



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
MEDICINA E SAÚDE**



ERLANE AGUIAR FEITOSA DE FREITAS

**FATORES ASSOCIADOS À INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PARAÍBA**

TESE DE DOUTORADO

Salvador – Bahia
2013

ERLANE AGUIAR FEITOSA DE FREITAS

**FATORES ASSOCIADOS À INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PARAÍBA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde, da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Medicina e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Caline N. da Costa

Salvador – Bahia
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

F866f Freitas, Erlane Aguiar Feitosa de
Fatores associados à independência funcional de idosos
no município de Cajazeiras- Paraíba / Erlane Aguiar Feitosa
de Freitas. Bahia, 2013.
68f. : il.
Bibliografia
Orientadora: Ana Caline Nóbrega da Costa.
Tese (Doutorado) Universidade Federal da Bahia, 2013.

1. Idoso- capacidade funcional. 2. Qualidade de vida.
3. Independência funcional - Idoso. I. Costa, Ana Caline
Nóbrega da. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Saldanha Lucena
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof. Dr. Ailton de Souza Melo
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof. Dr. Abrahão Fontes Baptista
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof.^a Dr.^a Maria Teresa Nascimento Silva
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Prof.^a Dr.^a Francisca Bezerra de Oliveira
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Ao meu filho, Caio Efigênio,
minha principal razão para existir,
persistir e prosseguir.

AGRADECIMENTOS

- Ao DEUS, nosso pai;
- A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Ana Caline Nóbrega da Costa, pela atenção, paciência, orientação e simpatia;
- A meus irmãos (Eliane e Eugênio), aos meus pais (Efigênio e Mariêta), pelo amor e presença sempre encontrados nos momentos difíceis;
- Ao meu diretor Prof. Dr. Cezário, (pelo apoio) e à Prof.^a Dr.^a Francisca Bezerra (pelo incentivo);
- À Prof.^a Dr.^a Tereza e ao Prof. Dr. Patrício, pela presteza, responsabilidade e compromisso que tiveram durante todo o processo do Dinter (UFCEG/UFBA);
- Aos funcionários da Pós do Dinter (UFCEG/UFBA);
- Aos idosos e cuidadores que confiaram em nós e se colocaram à disposição das coletas;
- A Secretaria de Saúde do Município de Cajazeiras, principalmente, aos Enfermeiros (as) e Agentes Comunitários das Unidades Básicas de Saúde que sempre estiveram dispostos a nos ajudar;
- Aos alunos (as) do Curso de Enfermagem: Fernanda, Fransuélcio e Glaucia e aos alunos do Técnico de Enfermagem: Júnior, Edna, Samara e Lucivânia, pela incansável colaboração. Meu agradecimento especial à Enfermeira e mestrandia, Perla;
- Aos carteiros da Empresa de Correios e Telégrafos de Cajazeiras que muito contribuíram na localização dos endereços;
- Aos amigos (as) e colegas do doutorado: Luciana, Lucinha, Abrão e Betânia, em especial, a Rômulo, que estiveram juntos comigo nessa batalha;
- A Eliane de Sousa Leite que nos ajudou a desvendar o Whoqol-bref;
- À Banca Examinadora da defesa, pelas críticas e sugestões que, com certeza, contribuíram para o enriquecimento do estudo.

“...viver não é somente existir...”

Guedes & Silveira

SUMÁRIO

Lista de siglas e abreviaturas.	08
Lista de quadros, figuras e tabelas.	09
Resumo.	10
Abstract.	11
1. Introdução.	12
2. Objetivos.	14
3. Revisão da literatura.	15
3.1 - Artigo de Revisão N°1 – Fatores Associados à Capacidade Funcional do Idoso no Brasil: Revisão Sistemática da Literatura.	16
4. Resultados.	35
4.1 - Artigo Original N° 2 – Preditores associados à independência funcional dos idosos assistidos na atenção básica.	36
4.2 - Artigo Original N° 3 – Depression in Elderly Cared in Basic Health Units.	52
5. Conclusões.	60
6. Considerações Finais.	61
7. Perspectivas de Estudos.	62
8. Apêndice.	63
8.1 – Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	64
9. Anexos.	66
9.1 – Anexo A: Declarações do Comitê de Ética.	67

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BA	Bahia
BOMFAQ	<i>Brazilian Version of OMFAQ</i>
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEEM	Míni Exame do Estado Mental
OARS	<i>Older Americans Resources and Services</i>
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PB	Paraíba
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
QSD	Questionário Sócio Demográfico
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TDFM	Teste de Desempenho Físico Modificado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

LISTA DE FIGURA E TABELAS

Figura 1 – Fluxograma de busca, exclusão e seleção dos estudos para identificar os fatores associados à capacidade funcional dos idosos

Tabela 1 – Estudos incluídos na revisão sistemática sobre fatores associados à capacidade funcional dos idosos

Tabela 1 – Características sociodemográficas da população do estudo e associações com o grau de independência funcional

Tabela 2 – Frequência do Grau de Independência Funcional na população do estudo

Tabela 3 – Frequência do grau de depressão e sua associação com o grau de Independência Funcional

Tabela 4 – Resultado da regressão logística com as variáveis sociodemográficas e o grau de depressão

Tabela 5 – Resultado da regressão logística para estimativa de risco para apresentar dependência funcional de acordo com o grau de dependência funcional

RESUMO

OBJETIVO: Investigar os fatores associados à independência funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Cajazeiras, PB. **MÉTODOS:** Estudo observacional e transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido com 377 idosos cadastrados e residentes na zona urbana e zona rural de Cajazeiras. Os dados foram coletados no domicílio do sujeito, através dos instrumentos: Questionário Sócio Demográfico (QSD); Míni Exame do Estado Mental (MEEM); Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e Escala Modificada de Barthel. Foi utilizado o teste do Qui-quadrado para investigar a associação entre as variáveis da Escala Modificada de *Barthel*, EDG e demais variáveis categóricas do estudo e o teste de *Mann-Whitney* para as variáveis quantitativas. Para identificar as variáveis associadas à capacidade funcional dos idosos foi utilizado um modelo de regressão logística multivariado, seguido de um modelo de regressão com processo *Backward Conditional*. **RESULTADOS:** A idade dos participantes era entre 60-97 anos (dp=8.116), a maioria do sexo feminino (63,7%) e residentes na zona urbana (84,1%). Foram observadas dependência funcional em 40,6% bem como independência funcional em 59,4% da amostra estudada. Verificou-se que a diminuição da capacidade funcional está associada ao aumento da idade, à presença de depressão e de deficiência visual. **CONCLUSÕES:** Fatores demográficos e a presença de comorbidades podem interferir na independência funcional dos idosos.

Palavras-chaves 1.Qualidade de vida. 2.Fatores associados. 3.Idoso. 4.Capacidade Funcional.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate the factors associated to the functional independence of the elderly seen by the Family Health Strategy (FHS), in the municipality of Cajazeiras, PB.

METHODS: Observational and cross-sectional study, with quantitative approach, developed with 377 elderly registered and dwellers in the urban and rural areas in Cajazeiras. Data were collected in the individual's home, by means of the Socio-demographic Questionnaire (SDQ); Mini Mental State Examination (MMSE); Geriatric Depression Scale (GDS) and the Modified Barthel Index. The statistical analysis was carried out through the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) – version 18.0, with significance level $p < 0,05$. The chi-square test was used in order to investigate the association among the variables of the Modified Barthel Index, GDS and other categorical variables of study and the Mann-Whitney test for the quantitative variables. To identify the variables associated to the functional capacity of the elderly, it was used a multivariate logistic regression model followed by a regression model with backward conditional procedure.

RESULTS: The participants aged between 60-97 years ($dp=8.116$), the majority was of the female sex (63,7%) and dwellers from the urban area (84,1%). Functional dependence in 40,6% and functional independence in 59,4% of the studied sample were observed. It was verified that the decrease of the functional capacity is associated to increasing age, presence of depression and visual impairment.

CONCLUSIONS: Demographic factors and the presence of comorbidities can interfere with the functional independence of the elderly.

Keywords: 1. Quality of Life. 2. Associated Factors. 3. Elderly. 4. Functional Capacity.

1 – INTRODUÇÃO

O grupo etário dos idosos foi o que mais cresceu demograficamente no Brasil. Estima-se que até o ano 2020, nós seremos o sexto país com maior número de pessoas idosas (*). De acordo com o Censo/2010 do IBGE, os indicadores demográficos sociais apontam que na cidade de Cajazeiras, estado da Paraíba, de uma população de 58.437, 11.553 são idosos acima de 60 anos (**).

O envelhecimento é um conjunto de mudanças morfológicas e fisiológicas que acontece como manifestação e consequência do tempo, inserido no ciclo biológico, natural de todo ser humano. Entretanto, esse fenômeno não acontece da mesma maneira para todos os indivíduos (***). Para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o envelhecimento é “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (****).

Podemos considerar que a saúde do idoso não está ligada somente ao bem-estar físico, psíquico e social, mas que também é regida pelo paradigma da capacidade funcional. Essa capacidade seria o idoso conseguindo executar as atividades básicas (vestir-se, alimentar-se, autocuidar-se e controlar esfíncteres); atividades instrumentais (executar tarefas domésticas e administrar sua medicação) e avançadas (trabalho, lazer, relações sociais e exercícios físicos) da vida diária (*****). Dentro dessa ótica, a dependência (incapacidade) ou autonomia e independência (capacidade) funcional são determinadas a partir de uma adição de fatores encontrados no idoso e no seu ambiente.

Dessa forma, a partir dos aspectos e pressupostos expostos, e considerando que é um direito do idoso ter uma velhice saudável, bem-sucedida, cercada de atenção e cuidados, faz-se necessário incluir este idoso dentro dos padrões da dignidade humana. O objetivo deste estudo foi investigar os fatores associados à independência funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Cajazeiras, PB.

(*) JOÃO, A. D. F.; SAMPAIO, A. A. Z. S.; CARDOSO, R. D. C. C.; DIAS, R. C. Atividade em grupo-alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento. *Textos Envelhecimento*, v.8, n.3, p. 1-10, Rio de Janeiro, 2005.

(**) Indicadores Demográficos Sociais do IBGE, 2010. Disponível em: <http://dtr202.saude.gov.br>.

(***) FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. dos. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre os idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 – Jan-Mar; 21(1): 167-76.

(****) Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

(*****). CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, 2003; 19(3): 773-781.

2 – OBJETIVOS

Principal:

- Investigar os fatores associados à independência funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Cajazeiras, PB.

Secundários:

- Identificar o grau de independência funcional de idosos atendidos pela ESF;
- Avaliar o grau de depressão em idosos atendidos pela ESF.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 – ARTIGO n° 1: Revisão Sistemática

Título

Fatores Associados à Capacidade Funcional do Idoso no Brasil: Revisão Sistemática da Literatura

PERÍODICO: RSP – Revista Saúde Pública da USP

SITUAÇÃO: A submeter

**FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO NO BRASIL:
REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

**FACTORS ASSOCIATED TO FUNCTIONAL CAPACITY OF THE ELDERLY IN
BRAZIL: SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE**

Erlane Aguiar Feitosa de Freitas¹, Eliane de Sousa Leite², Perla Figueredo Carreiro Soares³, Ana Caline Nóbrega⁴.

1. Educadora Física. Doutora em Medicina e Saúde. Docente da Unidade Acadêmica de Letras, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras-PB. Brasil. E-mail: lana-ff@bol.com.br

2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Servidora Técnica Administrativa da UFCG. Cajazeiras-PB. Brasil. E-mail: eliane.mlf2013@gmail.com

3. Enfermeira. Mestranda em Neurociências Cognitiva e Comportamento pela UFPB. João Pessoa-PB. Brasil. E-mail: perla07figueredo@gmail.com

4. Fonoaudióloga. Doutora em Medicina e Saúde. Docente do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador-BA. Brasil. E-mail: anacaline@uol.com.br

CORRESPONDÊNCIA / CORRESPONDENCE: Toda correspondência deverá ser encaminhada a Erlane Aguiar Feitosa de Freitas, Universidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica de Letras, Centro de Formação de Professores de Cajazeiras – Paraíba – CEP 58.900-000, Cajazeiras – PB. Tel. (83) 3531-2275. E-mail: lana-ff@bol.com.br

RESUMO

OBJETIVO: Identificar os fatores que influenciam a capacidade funcional dos idosos residentes no Brasil. **MÉTODO:** Revisão Sistemática da literatura de artigos científicos originais realizada por dois revisores independentes, em revistas indexadas nas bases de dados Medline, LILACS e Scielo Brasil, utilizando os descritores em português: “idoso”, “atividades cotidianas” e “autonomia pessoal”, e o termo “capacidade funcional”, e os seus correlatos na língua inglesa. Foram critérios de inclusão: estudos exploratórios e analíticos, com abordagem quantitativa, com população idosa de ambos os sexos e artigos publicados na íntegra, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Os critérios de exclusão para seleção dos artigos foram: estudos com idosos de instituições de longa permanência, de hospitais ou ambulatórios de especialidades, duplicidade dos artigos e artigos de revisão sistemática. **RESULTADOS:** Foram encontrados 1.106 artigos nas bases de dados consultadas. Destes, 17 artigos preencheram os critérios de inclusão do estudo. Entre os 1.089 que foram excluídos, houve duplicidade de títulos em 929 artigos, 159 foram descartados pelo fato do título e o resumo estarem em discordância e um por não apresentar relação com o tema, depois da leitura dos artigos na íntegra. Foram identificados como fatores fundamentais para o aumento da capacidade funcional dos idosos: morar só, ser casado ou manter alguma relação conjugal estável, ter raça/cor da pele preta e/ou parda, residir na zona urbana, apresentar maior nível educacional, possuir ocupação, possuir condições socioeconômicas mais elevadas, ter relações sociais e manutenção do trabalho remunerado. Dentre os fatores que contribuem para a redução da capacidade funcional no grupo etário estudado, o sexo feminino foi o mais freqüente, seguido de doença crônica e má percepção de saúde **CONCLUSÕES:** As variáveis associadas à incapacidade funcional revelam que fatores sociais, educacionais e de saúde têm forte impacto na independência funcional dos idosos, podendo contribuir, significativamente, para o bem-estar e qualidade de vida dessa faixa etária da população.

DESCRITORES: Idoso. Atividades cotidianas. Autonomia pessoal. Capacidade funcional.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the factors which influence the functional capacity of the elderly living in Brazil. **METHOD:** Systematic review of the literature of original scientific articles accomplished by two independent proofreaders, in indexed magazines in the Medline, LILACS and SciELO Brazil databases, by using the Portuguese descriptors: “idoso”, “atividades cotidianas” and “autonomia pessoal”, and the term “capacidade funcional”, and their equivalent in the English language. Inclusion criteria were: exploratory and analytical studies with quantitative approach, with elderly population of both genders, published articles in entirety, and productions in Portuguese, English or Spanish language. As to the exclusion criteria for selection of the articles, they were: studies with elderly from long-term care facilities, from hospitals or outpatient specialty clinics, duplicity of articles and articles of systematic review. **RESULTS:** A total of 1.106 articles were found in the researched databases. Of these, only 17 articles fulfilled the inclusion criteria of the study. Among the 1.089 articles which were excluded, there was title duplicity in 929 of them; 159 articles were disregarded due to the fact that the title and the abstract were in disagreement and 01 for not presenting any relation with the theme, after reading the articles completely. These are noteworthy factors for the increase of the elderly’s functional capacity: living alone, being married or maintaining any stable marital relationship, having black/brown skin color, being of black/brown race, living in the urban area, presenting high educational level, having occupation, having higher socioeconomic conditions, having social relationships and maintaining paid work. The factors that contribute to reduction of the functional capacity in the age group studied were female sex, it was the most frequent, followed by chronic disease and poor health perception. **CONCLUSIONS:** The variables associated to functional incapacity reveal that social, educational and health factors have a profound impact in the functional independence of the elderly. They can contribute meaningfully to the well-being and quality of life of this age group of the population.

DESCRIPTORS: Elderly. Daily activities. Personal autonomy. Functional Capacity.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é conceituado como um processo universal e natural de todo o ser humano. Mundialmente, é um fenômeno crescente. O Brasil apresenta demograficamente uma significativa mudança na estruturação etária, com o ritmo maior do que os relatados nos países de primeiro mundo¹. Estima-se que até o ano 2020, o Brasil será o sexto país em maior número de idosos².

Sabe-se que durante todo o ciclo vital, o ser humano passa por processos sequenciais de mudanças, e uma delas é o envelhecimento³. Essa fase é a senescência caracterizada pelo declínio da capacidade funcional do organismo, sendo que a velocidade se agrava de acordo com cada indivíduo⁴.

A preocupação com as características graves apresentadas no envelhecimento, bem como o declínio da capacidade funcional, força, equilíbrio, flexibilidade, agilidade e coordenação motora fazem parte das variáveis atingidas diretamente por alterações neurológicas e musculares, deixando o idoso mais vulnerável e dependente⁵.

Considerando o exposto, é prudente haver uma preocupação com a capacidade funcional dos idosos, pois se percebe que a maioria das pessoas deseja chegar à velhice. Contudo, é certo que esse desejo é acompanhado de uma necessidade maior de atenção no que concerne a saúde como um todo.

A independência funcional é definida como a capacidade que o indivíduo apresenta para realizar atividades inerentes a si mesmo como banhar-se, alimentar-se, ir ao banheiro, vestir-se, mover-se na cama, passar da cama para cadeira e vice-versa, além de demonstrar controle dos esfíncteres urinário e anal⁶. Atualmente a independência funcional tem sido utilizada como indicador de saúde da população idosa.

Diante dessas considerações, este estudo tem como objetivo identificar fatores associados à capacidade funcional de idosos residentes no Brasil, observando as evidências da literatura.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, na qual se utilizou como procedimento metodológico a construção do protocolo; definição da pergunta; busca de estudos; seleção de estudos; avaliação crítica dos estudos; extração e síntese dos dados.

Dois avaliadores independentes realizaram a busca de artigos publicados nas bases de dados eletrônicas Medline, LILACS, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scielo Brasil, utilizando como termos os descritores em português: “idoso”, “atividades cotidianas” e “autonomia pessoal”, e o termo “capacidade funcional”, e os seus correlatos na língua inglesa.

Os artigos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: estudos exploratórios e analíticos, com abordagem quantitativa, desenvolvidos no território brasileiro; com população idosa de ambos os sexos; artigos publicados na íntegra; produções em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Os critérios de exclusão para seleção dos artigos foram: estudos com idosos de instituições de longa permanência, de hospitais ou ambulatórios de especialidades, duplicidade dos artigos e artigos de revisão sistemática. Os avaliadores realizaram uma triagem independente para busca e seleção dos artigos, bem como para extração das variáveis de interesse nos artigos selecionados. Eventuais discordâncias foram resolvidas em reuniões de consenso.

RESULTADOS

Foram encontrados 1.106 artigos nas bases de dados consultadas. Destes, 17 artigos preencheram os critérios de inclusão descritos. A Figura 1 apresenta o Fluxograma com etapas da busca, exclusão e seleção dos estudos.

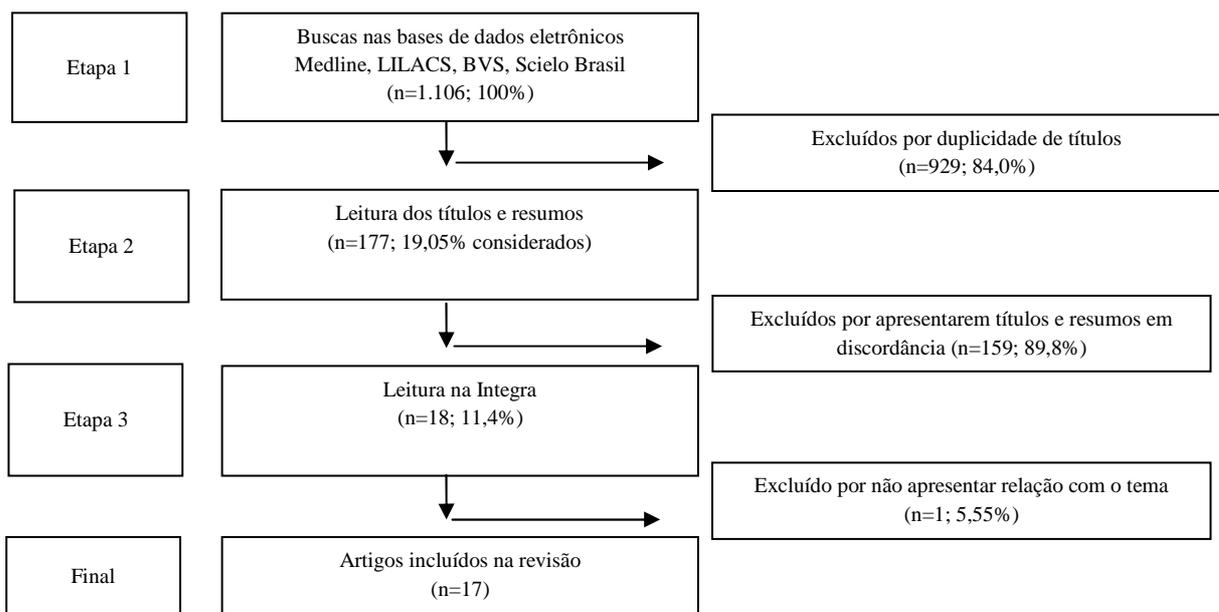


Figura 1- Fluxograma de busca, exclusão e seleção dos estudos para identificar os fatores associados à capacidade funcional dos idosos.

Todos os estudos selecionados na pesquisa eram do tipo transversal.⁷⁻²³ A idade dos idosos que participaram das amostras variou de 60 a 106 anos, e envolveram indivíduos de ambos os sexos, sendo o sexo feminino prevalente em 15 deles.^{7,8,10,12-23}

Observamos nas análises dessa revisão que dois estudos foram da região sudeste,^{7,20} oito da região sul,^{9-11,13-15,17,18} um da região norte,²² três da região nordeste,^{8,21,22} um da região centro-oeste¹⁹ e dois da nação brasileira.^{12,16}

Os instrumentos mais utilizados nos estudos selecionados para avaliar a capacidade funcional foram a AVD, que se propõe avaliar as Atividades da Vida Diária,^{7,11,14,15,18} seguidos do Barthel, que mensura o grau de independência funcional em AVD no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações;^{9,17,19} Escala de Lawton, para avaliar as atividades instrumentais;^{8,13,19} Índice de Katz, para avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso;^{8,13} base de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).^{12,16} Brazilian Version of OMFAQ (BOMFAQ), para avaliar o comprometimento funcional;^{20,21} Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)²² e Physical Performance Test ou Teste de Desempenho Físico Modificado (TDFM) para avaliar a aptidão físico-funcional.²³

A Tabela 1 descreve as características dos estudos e apresenta os fatores associados ao aumento da capacidade funcional dos idosos.

Tabela 1 – Estudos incluídos na revisão sistemática sobre fatores associados à capacidade funcional dos idosos.

ANO/AUTORES	AMOSTRA	IDADE	LOCAL ANO/COLETA	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	CAPACIDADE FUNCIONAL	
					AUMENTO	REDUÇÃO
ROSA et al ⁷ (2003)	964	60	São Paulo - SP Zona urbana 1989	Escala AVD	Morar só	Aumento da idade, hospitalização nos últimos 6 meses, história de Acidente Vascular Cerebral (AVC), ser “casos” de rastreamento de saúde mental, não visitar parentes e amigos, não participar de obras religiosas e avaliação pessimista da saúde ao se comparar com seus pares
MACIEL et al ⁸ (2007)	310	60	Santa Cruz - RN Zona urbana 2002	Índice de Kartz Índice de Lawton SPMQS EDG	Casado ou alguma relação conjugal estável	Aumento da idade, sexo feminino, sintomatologia depressiva, má percepção de saúde e analfabetismo
SANTOS et al ⁹ (2007)	371	60	Guatambu - SC Zona urbana e rural 2005	Índice de Barthel		Aumento da idade, deficiências, sexo feminino, baixa escolaridade, classes sociais e econômicas menos favorecida, percepção ruim de saúde, ser aposentado, ter sido hospitalizado, número de comorbidades, sofrer acidente ou doença com sequelas, número elevado de consultas e baixa qualidade de vida
FIEDLER et al ¹⁰ (2008)	345	60	Joaçaba - SC Zona urbana 2003 e 2004	Escala Rikli & Jones		Aumento da idade, sexo feminino, diminuição da qualidade auditiva e visual, auto percepção negativa da situação econômica
GIACOMIN et al ¹¹ (2008)	1.786	60	B. Horizonte - MG Zona urbana 2003	Escala AVD		Aumento da idade, ser do sexo feminino, não encontrar amigos nos últimos 30 dias, menor apoio dos amigos, má percepção de saúde, doenças crônicas (hipertensão arterial, artrite, diabetes, AVC).
PARAHYBA et al ¹² (2008)	63.985	60	Brasil Zona urbana 1998 e 2003	PNAD		Aumento da idade, renda per capita baixa de até 3 salários mínimos, ser portador de doenças crônicas, sexo feminino e baixa escolaridade
DUCA et al ¹³ (2009)	598	60	Pelotas – RS Zona urbana 2007 e 2008	Índice de Katz Escala de Lawton		Aumento da idade e cor parda/preta/outras

ANO/AUTORES	AMOSTRA	IDADE	LOCAL ANO/COLETA	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	CAPACIDADE FUNCIONAL	
					AUMENTO	REDUÇÃO
NUNES et al ¹⁴ (2009)	397	60	Ubá - MG Zona urbana 2004	Escala AVD	Morar só	Aumento da idade, ser do sexo feminino, analfabeto, baixa renda, viuvez, afastamento do ambiente de trabalho por aposentadoria ou presença de doença (hipertensão arterial, doença cardiovascular e sequela de AVC), auto percepção de saúde pessimista, relato de visão e audição “ruim ou péssima”, relato de queda nos últimos três meses, sedentarismo, não está ativo no mercado de trabalho
AIRES et al ¹⁵ (2010)	155	80	Porto Alegre – RS Zona urbana e rural 2006 e 2007	Escala AVD		Aumento da idade e morar na zona urbana
ALVES et al ¹⁶ (2010)	33.515	60	Brasil Zona urbana e rural 2003	PNAD	A raça/cor preta e parda, residir na zona urbana, maior nível educacional, morar em estado com vantagem no nível econômico e ter ocupação	Aumento da idade, ser do sexo feminino, morar acompanhado, auto percepção de saúde como ruim, doenças crônicas, hospitalização, morar em estado com desvantagem no nível econômico
CARDOSO et al ¹⁷ (2010)	254	60	Vale do R dos Sinos –RS – Zona urbana 2005 e 2006	Índice de Barthel EDG	Condições socioeconômicas mais elevadas	Aumento da idade (acima de 80 anos)
NOGUEIRA et al ¹⁸ (2010)	129	80	São Geraldo - MG Zona urbana 2008	Escala AVD	Relações sociais	Aumento da idade (+ de 85), ser do sexo feminino, considerar a própria saúde pior que a dos seus pares, não visitar parentes e/ou amigos pelo menos uma vez por semana

ANO/AUTORES	AMOSTRA	IDADE	LOCAL ANO/COLETA	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	CAPACIDADE FUNCIONAL	
					AUMENTO	REDUÇÃO
NUNES et al ¹⁹ (2010)	388	60	Goiânia - GO Zona urbana 2001 e 2005	Índice de Barthel Escala de Lawton MEEM EDG		Aumento da idade (ter mais de 80 anos), ser mulher, renda menor ou igual a 2 salários mínimos, analfabetos, comprometimento visual e auditivo, déficit cognitivo, presença de sintomas depressivos, ser portador de uma ou mais doenças crônicas (principalmente hipertensão arterial e diabetes), comprometimento na AVD e AIVD: fator equilíbrio e mobilidade diminuídos
D'ORSI et al ²⁰ (2011)	326	65	São Paulo - SP Zona urbana 1991 a 1999	Bomfaq MEEM	Manutenção do trabalho remunerado e relacionamento mensal com amigos	Aumento da idade, provável déficit cognitivo, hipertensão arterial, asma e diabetes
SILVA et al ²¹ (2011)	319	60	Maceió - AL Zona urbana 2009	Bomfaq		Aumento da idade, ser do sexo feminino, baixa escolaridade, ser solteiro e presença de duas ou mais doenças
FREITAS et al ²² (2012)	316	60	Lafaiete Coutinho-BA Zona urbana e rural 2011	MEEM ABVD AIVD EDG IPAQ SPMQS		Aumento da idade, comprometimento cognitivo, hospitalização nos últimos 12 meses, sobrepeso e não participar de atividades religiosas
SANTOS et al ²³ (2013)	259	60 – 70 71 - 80 81 – 88	Belém do Pará – PA Zona Urbana 2010	TDFM		Aumento da idade, ser do sexo feminino, baixa escolaridade, má percepção de saúde (ruim/regular), presença de dor (joelhos), comprometimento visual (catarata), presença de doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade

DISCUSSÃO

Neste estudo de revisão sistemática foi possível identificar os fatores que influenciam no aumento e na redução da capacidade funcional dos idosos. O morar só,^{7,14} ser casado ou manter alguma relação conjugal estável,⁸ ter raça/cor da pele preta e parda, residir na zona urbana, apresentar maior nível educacional, possuir ocupação,¹⁶ possuir condições socioeconômicas mais elevadas,¹⁷ ter relações sociais,^{18,20} e manutenção do trabalho remunerado²⁰ são elementos fundamentais para o aumento da capacidade funcional dos idosos. Dentre os fatores que contribuem para a redução da capacidade funcional no grupo etário estudado, o sexo feminino^{8-12,14,16,18,19,21,23} foi o mais frequente, seguido de doença crônica^{11,12,14,16,19,20,23} e má percepção de saúde.^{8,9,11,14,16,23}

Observamos que todos os estudos selecionados investigaram a associação entre fatores demográficos e socioeconômicos e a capacidade funcional dos idosos. As comorbidades auto referidas foram o terceiro fator mais investigado, seguido de auto percepção negativa da saúde. No entanto, fatores relacionados às atividade de lazer, e principalmente ao suporte social foram explorados por poucos estudos.^{7,9,11,18,20} Sabemos que essas atividades sociais e de lazer integram e socializam o indivíduo, o que aponta para a necessidade da realização de estudos que investiguem o impacto de aspectos sociais e culturais na capacidade funcional do idoso nas diferentes regiões do Brasil.

Entre os fatores demográficos estudados, a variável idade destacou-se como principal influenciador da incapacidade funcional.⁷⁻²³ Alguns estudiosos verificaram que casos de incapacidade aumentam com a longevidade, limitando e restringindo o indivíduo a realizar tarefas rotineiras necessárias ao seu bem-estar, destacando-se indivíduos com mais de 80 anos que apresentam maior susceptibilidade.^{17,24} No entanto, quando as pessoas da terceira idade são estimuladas através de atividades físicas, no início da fase idosa, essas limitações são minimizadas.^{25,26}

Destacamos uma segunda variável presente na maioria dos estudos, o sexo feminino.^{8-12,14,16,18,19,21,23} A maioria dos artigos citados diz que a mulher tem perda da massa óssea mais que os homens, e isso leva a serem acometidas de doenças reumáticas e, conseqüentemente, ficam mais expostas a quedas. Queda¹⁴ e dor nos joelhos²³ apareceram nos estudos como responsáveis pela redução funcional do idoso.

Com relação à raça/cor da pele preta e parda, constatou-se que cores parda/preta influenciam positivamente na capacidade funcional. Os autores acham presumível que idosos

com essa pigmentação são relativamente mais saudáveis que os idosos de cor branca.¹⁶ Contradizendo essa afirmação, outros pesquisadores selecionados neste estudo dizem que a raça/cor preta e parda se apresentam como fator comprometedor da incapacidade funcional. Os autores justificam que a população estudada pertence a uma nação em desenvolvimento onde há muitas desigualdades sociais, e esses menos favorecidos passam por exposições ao longo da vida.¹³

Habitar na zona urbana apresentou-se como um fator de proteção para a incapacidade funcional.¹⁵ Aproveitando a deixa, Alves et al¹⁶ (2010) encontraram indicativos que idosos têm a capacidade funcional afetada quando moram em estados com desvantagens no nível econômico. Esses achados podem ser explicados pelo fato do nível econômico favorável oferecer a comunidade maiores oportunidades de assistência à saúde, saneamento básico, transporte, lazer e atividades sociais, principalmente aos moradores da zona urbana.

Morar só foi um fator individual relevante na melhora da capacidade funcional dos idosos avaliados nos estudos referenciados nesta pesquisa, entende-se que o fato dele morar sozinho é sinal de independência e autonomia.^{7,14} O idoso percebe que ter autonomia é ser capaz de agir em seu ambiente, respondendo às obrigações familiares e desempenhando papéis sociais.²⁷

No que concerne ao estado civil, verificou-se que o idoso casado ou que mantém alguma relação conjugal estável apresenta menos chance de ter declínio funcional.⁸ Sabemos que faz parte do convívio a dois, a atividade sexual, e este quando ausente está intensamente associado à presença da dependência, sendo que as mulheres têm duas vezes mais probabilidade de serem afetadas em relação aos homens.⁷ Estudos revelam que as pessoas solteiras e viúvas apresentaram maior risco para desenvolver dependência funcional.^{14,21} É fácil entender que os idosos solteiros e viúvos passam maior tempo do dia em suas casas, isolados de convívios sociais. Entretanto, existem alguns idosos viúdos e solteiros que moram em casas separadas, mas que mantém relações conjugais.

Quanto aos fatores socioeconômicos, evidenciou-se, nesta pesquisa, que condições mais elevadas têm forte associação com a capacidade funcional.¹⁷ Tal achado é reafirmado por resultados semelhantes, onde os autores asseguram que existe forte associação entre classes sociais e econômicas menos favorecidas e a incapacidade funcional.^{9,28-30} A auto percepção negativa da situação econômica conduz o idoso a ser incapaz funcionalmente,¹⁰ como também a renda per capita baixa.^{12,14,19} A situação financeira desfavorável também contribui para que ocorram dificuldades referentes à aquisição de uma alimentação adequada, de passagens para

deslocamentos com as mais variadas finalidades e de medicamentos e atendimentos de saúde especializados.

Ter um nível educacional elevado contribui, substancialmente, para impactos positivos na redução de fatores de risco relacionados à incapacidade funcional.¹⁶ Corroborando com esse desfecho, estudiosos confirmam que o analfabetismo e a baixa escolaridade apresentam forte influência na incapacidade funcional.^{8,9,12,14,19,21,23} A escolaridade é um fator educacional que influencia, positivamente na capacidade funcional dos idosos, ou seja, o idoso com algum grau de escolaridade fica aberto para entender e incorporar as propagandas da mídia que orientam para uma vida saudável, a buscar grupos de convivência, bem como a participar das campanhas promovidas pelas instituições de saúde.

Segundo estudo analisado nesta revisão outro fator que influencia para ter uma capacidade funcional bem sucedida é a ocupação.¹⁶ Santos et al⁹ (2007) asseguram que a ociosidade está associada a incapacidade funcional. Consideramos que a atividade laboral além de submergir mecanismos de concorrência, até certo ponto favoráveis e benéficos, provoca desafios cotidianos que nutrem o trabalhador e protegem na manutenção da capacidade funcional.

Quanto aos fatores relacionados à saúde, observa-se que os idosos acometidos por doenças crônicas têm sua capacidade funcional prejudicada.^{11,12,14,16,19,20,23} Entretanto, quando essas doenças são controladas a capacidade funcional não piora tanto.²⁰ O sedentarismo e a obesidade estão associados à incapacidade funcional,^{14,22} pois estas levam o idoso a desenvolver doenças crônicas. Embora o processo de envelhecimento não seja essencialmente relacionado a enfermidades e incapacidades, as doenças crônicas são comumente encontradas entre os idosos,¹ e quando o idoso tem uma ou mais doença o quadro de comprometimento funcional se agrava.^{19,21,23} Estudo revela que o idoso mais comprometido funcionalmente é aquele que realiza maior número de consultas médicas.⁹ Obviamente, ele se consulta porque se sente ou está doente e a enfermidade é considerada em alguns achados como um fator associado à incapacidade funcional.

Pesquisadores afirmam que a capacidade funcional é reduzida quando o idoso faz avaliação pessimista da sua saúde ao comparar-se com seus pares,^{8,9,11,14,16,23} ou seja, quanto mais otimista a auto percepção, mais otimizada é a capacidade funcional. Parece evidente que a partir do momento que o idoso avalia, compara e diagnostica sua saúde inferior ao do seu par, ele poderá se deprimir e definhar, podendo determinar um comprometimento funcional.

A hospitalização é um indicador de risco da incapacidade funcional.^{7,9,16,22} Estudo afirma que a internação sujeita anciãos doentes a um considerável decaimento na situação funcional, pela perda da força dos segmentos inferiores e diminuição na capacidade aeróbica, levadas pela falta de atividade física e descanso no leito.³¹ Provavelmente, seja decorrente do mesmo ficar retido na cama, a própria enfermidade que está acometido, além da inatividade, o idoso se ausenta do convívio social e do lazer.

Achados garantem que o idoso que foi acometido de Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem mais chance de ser dependente funcional.^{7,14,19} Ocorre igual com o ancião que tem “casos” de rastreamento de saúde mental,⁷ ter sofrido acidente ou doenças com sequelas⁹ e relato de quedas nos últimos três meses.¹⁴

A capacidade funcional é também diminuída quando a pessoa idosa tem problema de visão e audição.^{10,14,19} Essas informações sensoriais são indiscutivelmente importantes, pois tanto orientam o indivíduo no ambiente em que ele se encontra, como também promovem o equilíbrio. Santos et al²³ (2013) citam a catarata como um dos principais causadores do comprometimento visual. Concordando com essas afirmativas, autores relatam que o equilíbrio e mobilidade diminuída comprometem a capacidade.¹⁹

Sobre a atividade cognitiva, foi observado em estudo que essa variável quando estimulada torna-se um fator contribuinte para o aumento da capacidade funcional.²⁰ Foram encontrados trabalhos na literatura que afirmam o mesmo, ou seja, o déficit cognitivo reduz a capacidade funcional do idoso.^{12,20,22} Essa associação pode ser explicada pelo fato de que os indivíduos com baixos coeficientes cognitivos estão aquém de se envolverem em programas de tratamento e controle de enfermidades crônicas, o que pode derivar no acréscimo de internações hospitalares, ocasionando maiores limitações.

Ser caso de rastreamento de saúde mental⁷ e ter sintomatologia depressiva^{8,19} apareceram nas nossas análises como fatores associados ao declínio funcional, pois levam a uma repercussão baixa na qualidade de vida que é um outro fator associado à incapacidade funcional.⁹ Na maioria das vezes, o indivíduo que tem sua saúde mental afetada e/ou indícios depressivos, é incapaz de fazer suas escolhas e cultivar hábitos de vida mais adequados à saúde, levando-o, provavelmente, a ser excluídos do convívio social.

Estão incluídas, como fator de preservação da capacidade funcional, as relações sociais. A integração social, quando ausente, pode afetar de forma negativa a capacidade funcional do idoso. É certo que todo ser humano necessita de um convívio social diário, neste contexto, se

apresenta incluída a este fator relações sociais, o trabalho remunerado, encontro com familiares, amigos ou vizinhos.^{20,18} Estes últimos pesquisadores afirmam que podem ter efeito protetor assistir a TV e participar de atividades manuais. Essas associações são confirmadas por autores analisados neste estudo, quando asseguram que não visitar parentes e amigos, não encontrar os amigos, pelo menos uma vez por mês, ou ainda, receber pouco apoio desses amigos apresentam uma forte associação com a incapacidade funcional.^{7,11} A não participação em atividades religiosas contribui no decaimento da capacidade funcional.^{7,22} Devemos considerar que todos estes resultados envolvem o aspecto social, e que estas relações, indiscutivelmente, desempenham influência na conservação e melhoramento da capacidade funcional, pois é por meio da socialização, da impressão de controle e autoeficácia que se pode tornar mínima tal incapacidade.

Os objetivos dos 17 estudos demonstraram que a intenção dos pesquisadores foi conhecer o idoso na sua integralidade. As características sócio-demográficas, condições de saúde, escolaridade, atividade física, aspecto cognitivo e capacidade funcional interferem na dinâmica da autonomia e independência frente aos desafios da vida diária do idoso.

Observa-se que a maioria dos estudos utilizou escalas e índices validados para o uso no Brasil, no entanto, a diversidade de instrumentos e da categorização dos resultados da variável apresentar ou não apresentar dependência funcional dificulta em algumas situações, a comparação dos resultados apresentados.

Apesar de termos encontrado estudos desenvolvidos em todas as regiões do Brasil, também chama a atenção a pequena quantidade de estudos realizados nas regiões menos desenvolvidas no país, e a maior concentração de estudos nas regiões de maior poder aquisitivo. Levando-se em conta a associação encontrada entre fatores sócio-econômicos e a capacidade funcional dos idosos, observa-se a necessidade da realização de estudos que melhor identifiquem o perfil dos idosos de acordo com as diferenças regionais e possam nortear os programas de saúde voltados para esta faixa etária da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos ora apresentados demonstraram que o quadro de incapacidade funcional se agrava quando o fator idade é somado à doença crônica, sexo feminino, estar solteiro, baixa renda per capita, aposentado, pensionista, isolamento social, baixo grau de escolaridade e avaliação pessimista da saúde.

A capacidade funcional do idoso consiste em importante indicador do grau de independência, bem como da necessidade de medidas preventivas ou mesmo de intervenções terapêuticas que reduzam os mecanismos que afetam o declínio da habilidade de o indivíduo exercer diversas funções físicas e mentais cotidianas.

Portanto, o grande desafio para a saúde pública, no século XXI, será cuidar de uma população de aproximadamente 32 milhões de idosos, investindo no diagnóstico e prevenção dos possíveis riscos associados à incapacidade funcional, em busca de uma longevidade com maior independência, autonomia e qualidade de vida.

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao apoio Institucional da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*. 2003;3(19):725-33. DOI:10.1590/S0102-311X2003000100006.
2. João AF, Sampaio AAZ, Santiago EA, Cardoso RC, Dias RC. Atividade em grupo - alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento. *Textos Envelhecimento*. 2005;8(3):1-10.
3. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos institucionalizados. *Rev Qualidade de Vida*. 2007; 4(25):59-66. DOI: 0000-0004.
4. Cancela DMG. O Processo de Envelhecimento. Portal dos Psicólogos, 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>> Acessado em: 21 set. 2012.
5. Meireles AE, Pereira LMS, Oliveira TG, Christofolletti G, Fonseca AL. Alterações neurológicas fisiológicas ao envelhecimento afetam o sistema mantenedor do equilíbrio. *Rev Neurocienc*. 2010; 18(1):103-08.
6. Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [online] 2009;11(1):144-50. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/1/v11n1a18.htm>>. Acessado em: 21 set. 2012. DOI: 10.1590/S1516-18462012005000019.
7. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da

capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*. [online] 2003; 37(1): 40-48. DOI:10.1590/S0034-89102003000100008.

8. Maciel ACC, Guerra RO. Influence of biopsychosocial factors on the functional capacity of the elderly living in Brazil's Northeast. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):178-89. DOI:1590/S1415-790X2007000200006.

9. Santos KA, Koszuoski R, Costa JAD, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):160-8. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001100025.

10. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):409-15.. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000200020.

11. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(6):1260-270. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000200020.

12. Parahyba MI, Veras R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1257-264. DOI: 10.1177/0733464811427443.

13. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública [online]*. 2009;43(6):796-05. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000057.

14. Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. The influence of sociodemographic and epidemiological characteristics on the functional capacity of elderly residents in the city of Ubá, Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(5):376-82. DOI: 10.1590/S1413-35552009005000055.

15. Aires M, Paskulin LMG, Moraes EP. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev. Latino-Am.. Enfermagem. [online]*. 2010;18(1):11-17. DOI: 10.1590/S0104-11692010000100003.

16. Alves LC, Leite, IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública. [online]*. 2010; 44(3)468-78. DOI: 10.1590/S0034-89102010005000009.

17. Cardoso JH, Costa JSD. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *ciênc.saúde coletiva [online]*. 2010;15(6):2871-878. DOI:10.1590/S1413-81232010000600024.

18. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC, Ribeiro AQ, Pereira, ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev Bras Fisioter.* 2010;14(4):322-9. DOI: 10.1590/S0104-42302012000400014
19. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010;15(6): 2887-98.
20. D`orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. *Rev. Saúde Pública [online].* 2011; 45(4):685-92. DOI: 10.1590/S0034-89102011000400007.
21. Silva MDC, Guimarães HA, Filho EMT, Andreoni S, Ramos LR. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. *Rev. Saúde Pública [online].* 2011;45:(6)1137-144. DOI: 10.1590/S0034-89102011005000073.
22. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RC, Reis Júnior WM, Rocha SV, Brito TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *acta paul enferm.* 2012;25(6):933-39. DOI: 0.1590/S0103-21002012000600017.
23. Santos MIPO, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do Sus em Belém (PA). *Ciênc. saúde coletiva.* 2013;18(3):753-61. DOI: 0.1590/S1413-81232013000300021.
24. Borges LL, Albuquerque CR, Garcia PA. O impacto do declínio cognitivo, da capacidade funcional e da mobilidade de idosos com doença de Alzheimer na sobrecarga dos cuidadores. *Fisioter. Pesqui. [online]* . 2009;16(3):246-51. DOI: 10.1590/S1809-29502009000300010.
25. Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. 1998. Belo Horizonte: *Postgraduate.*
26. Fried LP, Guranilk JM. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. *J Am GeriatrSoc* 1997; 45:92-100.
27. Hwang H, Lin H, Tung Y, Wu H. Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies.* 2006;43(4):429-37. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.06.002.
28. Fried LP, Tangen CM, Walston J, NewmanAB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A BiolSci Med Sci* 2001; 56:146-156.
29. Kawamoto R, Yoshida O, Oka Y. Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly. *Geriatrics and Gerontology Internacional* 2004; 4(4):105-110.
30. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira, MAC. Prevalência de Incapacidade Funcional e Dependência em Idosos Atendidos em um Centro de Saúde –

Escola da Universidade de São Paulo. *Cogitare Enfermagem*. 2010; 15(1)12-18.

31. Kortebein P, Symons TB, Ferrando A, Paddon-Jones D, Ronsen O, Protas E, et al. Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *J Gerontol A. Biol Sci Med Sci*. 2008; 63(10):1076-81.

4. RESULTADOS

4.1 – ARTIGO n° 2: Original**Título****Fatores associados à independência funcional dos idosos assistidos na atenção básica**

PERÍODICO: Journal of Nursing Education and Practice

SITUAÇÃO: A submeter

Fatores associados à independência funcional dos idosos assistidos na atenção básica**Factors associated to functional independence of the elderly seen at basic attention**

Erlane Aguiar Feitosa de Freitas¹, Eliane de Sousa Leite², Perla Figueredo Carreiro Soares³, Ana Caline Nóbrega⁴.

1. Educadora Física. Doutora em Medicina e Saúde. Docente da Unidade Acadêmica de Letras, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras-PB. Brasil. E-mail: lana-ff@bol.com.br.

2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Servidora Técnica Administrativa da UFCG. Cajazeiras-PB. Brasil. E-mails: eliane.mlf2013@gmail.com

3. Enfermeira. Mestranda em Neurociências Cognitiva e Comportamento pela UFPB. João Pessoa-PB. Brasil. E-mail: perla07figueredo@gmail.com.

4. Fonoaudióloga. Doutora em Medicina e Saúde. Docente do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador-BA. Brasil. E-mail: anacaline@uol.com.br.

CORRESPONDÊNCIA / CORRESPONDENCE: Toda correspondência deverá ser encaminhada a Erlane Aguiar Feitosa de Freitas, Universidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica de Letras, Centro de Formação de Professores de Cajazeiras – Paraíba – CEP: 58.900-000, Cajazeiras – PB. Tel. (83) 3531-2275. E-mail: lana-ff@bol.com.br.

RESUMO

OBJETIVO: Investigar os fatores associados à independência funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

MÉTODO: Foi realizado estudo observacional e transversal com amostra populacional de 377 idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no período 2011/2012. Foram utilizados os instrumentos: Questionário Sócio Demográfico (QSD); Míni Exame do Estado Mental (MEEM); Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e Escala Modificada de Barthel. O teste do Qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação entre as variáveis categóricas do estudo e o teste de Mann-Whitney para as variáveis quantitativas. Para identificar variáveis associadas à dependência funcional, foi realizada uma regressão logística multivariada, seguida de um modelo de regressão com processo *Backward Conditional*. O nível de significância estabelecido foi $p < 0,05$.

RESULTADOS: A maioria dos participantes era do sexo feminino (63,7%), com idade entre 60-97 anos ($dp=8.116$) e residentes na zona urbana (84,1%). Foram observadas dependência funcional em 40,6% bem como independência funcional em 59,4% da amostra estudada. Constatou-se que capacidade funcional está associado ao aumento da idade, a presença de depressão e de deficiência visual.

CONCLUSÕES: Os resultados desse estudo apontam que idade, deficiência visual e depressão estão associadas à dependência funcional dos idosos.

Palavras-chave: 1.Idoso. 2.Capacidade Funcional. 3.Fatores Associados. 4.Qualidade de Vida.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate the factors associated to functional independence of the elderly seen by the Family Health Strategy (FHS), in the municipality of Cajazeiras, Paraíba, Brazil.

METHOD: Observational and cross-sectional study was carried out with a population sample of 377 elderly registered at Health Basic Units (HBU), in 2011/2012. In regard to the used instruments, they were: Socio-demographic Questionnaire (SDQ); Mini Mental State Examination (MMSE); Geriatric Depression Scale (GDS) and the Modified Barthel Index. The chi-square test was used in order to verify the association among the categorical variables of the study and the Mann-Whitney test for the quantitative variables. To identify variables associated to the functional dependence, it was accomplished a multivariate logistic regression followed by a regression model with backward conditional procedure. The established significance level was $p < 0,05$. **RESULTS:** The majority of the participants was of the female sex (63,7%), aged between 60-97 years ($dp=8.116$) and dwellers of the urban area (84,1%). Functional dependence in 40,6% and functional independence in 59,4%, of the studied sample, were observed. It was realized that the decline of functional capacity is associated to increasing age, presence of depression and visual impairment. **CONCLUSIONS:** The results of this study point that age, visual impairment and depression are associated to functional dependence of the elderly.

Keywords: 1. Elderly. 2. Functional Capacity. 3. Associated Factors. 4. Quality of Life.

Introdução

A expectativa de vida dos brasileiros aumentou significativamente nos últimos anos, proporcionando um crescimento acentuado da população de idosos que está para atingir em 2025, aproximadamente, 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos.¹ Este crescimento tem grande impacto social e econômico, exigindo da sociedade e do governo o planejamento de ações voltadas para a promoção e manutenção da saúde deste grupo etário.

À medida que aumenta a idade cronológica, as pessoas tornam-se menos ativas e a capacidade de realizar atividades relacionadas à sobrevivência, de forma autônoma e independente, tende a diminuir.² A independência funcional ou a capacidade de realizar algo com os próprios meios está ligada à mobilidade e à capacidade funcional, quando o indivíduo não requer ajuda para a realização das atividades de vida diária, ou seja, a independência supõe condições motoras e cognitivas satisfatórias para o desempenho dessas tarefas.³

Atualmente, a independência funcional tem sido utilizada como mais um indicador de saúde na população idosa. Portanto, a determinação de preditores da independência funcional, a partir da utilização de instrumentos que privilegiem a realização das atividades cotidianas, representa importante estratégia para subsidiar medidas de intervenções específicas que contemplem variadas formas de apoio e cuidados aos idosos.⁴

A capacidade funcional sofre influência de fatores externos ambientais, físicos e culturais, que interferem na independência funcional da pessoa idosa. A perda de independência, ao longo da vida, faz com que cresça a necessidade de assistência, em longo prazo, por parte da família ou dos profissionais de saúde.²

Diante desse contexto, os profissionais que atuam na atenção básica devem cumprir a Política Nacional do Idoso, cuja finalidade principal é a manutenção da capacidade funcional, garantindo um envelhecimento saudável e digno. Assim, conhecer a capacidade funcional é importante para os profissionais de saúde, pois pode identificar a necessidade de auxílio aos idosos para atividade de manutenção e promoção da própria saúde, bem como desenvolver ações visando sua potencialização, possibilitando, assim, que o idoso viva da forma mais independente possível. Nessa perspectiva, o objetivo do estudo foi investigar os fatores associados à independência funcional de idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Cajazeiras, PB.

Métodos

Estudo exploratório, transversal e analítico descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido com idosos residentes na zona urbana e zona rural do município de Cajazeiras, PB. O cálculo amostral foi realizado a partir dos 10.050 idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde do município, resultando numa amostra de 377 sujeitos.

A amostra foi determinada aleatoriamente, através de sorteio simultâneo, pelo Programa de Sorteio Virtual Mais,⁵ dos indivíduos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Prevendo a não aceitação para participar do estudo e as eventuais perdas foram sorteados 500 sujeitos para visita domiciliar.

Assim, participaram desta pesquisa os 377 idosos que atenderam aos critérios de inclusão: ter 60 anos de idade ou mais; ambos os sexos; ser cadastrado nas UBS; residir na zona urbana ou zona rural e concordar em participar da pesquisa.

Os dados foram coletados, no período de abril/2011 a junho/2012, em visita ao domicílio dos participantes, por estudantes treinados e cegos ao resultado da variável dependente através da aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário Sócio Demográfico (QSD); Míni Exame do Estado Mental (MEEM); a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e Escala Modificada de Barthel.

O QSD foi utilizado para caracterização da população e aplicado a todos os sujeitos. As variáveis estudadas foram: idade (em anos), zona que reside (rural ou urbana), sexo (masculino ou feminino), cor da pele (branca, preta e parda), estado civil (solteiro, casado, viúvo e separado/desquitado), coabitação (sozinho, somente com o cônjuge/companheiro(a); com cônjuge/companheiro(a) e outros familiares; sem cônjuge/companheiro(a) e com outros familiares), ocupação (aposentado(a), dona do lar, agricultor(a), comerciante, costureira, professor(a), funcionário público, pensionista, desempregado, auxílio doença), renda mensal (não tem renda própria, menor que 1 salário mínimo (R\$ 512,00), 1 salário mínimo, entre 1 e 2 salários mínimos, entre 2 e 4 salários mínimos, entre 4 e 6 salários mínimos, 6 salários mínimos ou mais), escolaridade (ensino fundamental, ensino médio, ensino superior completo, ensino superior incompleto), prática de exercício físico (sim ou não), frequência semanal do exercício físico (1 vez por semana, 2 ou três vezes por semana, 4 ou mais vezes por semana), auto percepção da saúde (ótima/boa, regular, má/péssima), presença de doença crônica (sim ou não), número de doenças (1 doença, 2 ou mais), deficiência auto referida física (paralisia total ou parcial de membros, perda total ou parcial de membros, não tem

paralisia e/ou perda total ou parcial de membros), visual (sim ou não) e auditiva (sim ou não). Após sua aplicação os sujeitos com déficit auditivo auto referido não responderam a EDG e o MEEM.

O MEEM, elaborado por Folstein e McHugh (1975), validado no Brasil por Bertolucci et al (1994), foi aplicado para rastreio da avaliação da função cognitiva dos idosos. Consideramos como ponto de corte 17 pontos para quem tivesse menos de quatro anos de escolaridade e 24 pontos para quem tivesse quatro anos ou mais de escolaridade. Após sua aplicação os sujeitos que não atingiram o ponto de corte não responderam a EDG, nem à escala de Barthel. No entanto, esta última foi respondida por seus cuidadores.

A EDG, Yasavage et al⁶ (1983), adaptada e validada no Brasil em 1999, tem 15 questões. O objetivo é avaliar: a satisfação do idoso com a vida, religiosidade, humor, receios, perspectiva de vida e vida social. Esse instrumento é totalmente individual/pessoal, não podendo ter interferência de terceiros, tendo sido categorizado como: “sem depressão”, “depressão leve” a “moderada” e “depressão grave”.

A Escala de Barthel foi traduzida para língua portuguesa, e validada no Brasil em 2010, para ser utilizada em idosos atendidos em ambulatórios. Mensura o grau de independência funcional em Atividades de Vida Diária (AVD) em 10 tarefas, como higiene pessoal, banho, alimentação, toalete, subir escadas, vestuário, controle esfinteriano (bexiga e intestino), deambulação, uso de cadeira de rodas e transferência cadeira/cama.⁷ Ficou determinada a categorização das variáveis em totalmente independente, dependência leve, dependência moderada, dependência severa e dependência total.

Na análise estatística foi utilizado o pacote estatístico *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) - versão 18.0, o nível de significância foi estabelecido como $p < 0,05$ ou 5%. O teste de *Shapiro-Wilk* foi utilizado para testar a normalidade das variáveis quantitativas. O teste do Qui-Quadrado e o Exato de Fisher foram utilizados para verificar a associação entre as variáveis e grau de independência Barthel, EDG e demais variáveis categóricas do estudo. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar as variáveis quantitativas do estudo e o grau de independência Barthel e a EDG. Modelos de regressão logística multivariada foram utilizados para identificar variáveis associadas ao grau de independência Barthel e a EDG, incluindo esta última também como variável independente. Foi utilizado um modelo de regressão logística multivariada com processo *Backward Conditional* para identificar as variáveis preditoras e o grau de independência Barthel.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, protocolo nº 20100712-051. Os idosos foram contatados em seus domicílios aos quais foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e também foram oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo foi conduzida a entrevista.

Resultados

Foram realizadas visitas domiciliares a 500 idosos, destes 36 não aceitaram o convite para participar do estudo, 23 não se encontravam em casa no momento da visita, 9 tinham falecido, 11 tinham endereço equivocado e 3 estavam hospitalizados. Entre os 418 idosos que aceitaram o convite para participar do estudo, 41 desistiram após responderam o QSD, e foram excluídos.

Dessa forma, a amostra foi composta por 377 idosos, com média de idade de $71,4 \pm 8,2$ anos. A tabela 1 mostra a composição da amostra em relação aos demais dados sociodemográficos e a sua associação com o grau de independência funcional na análise univariada.

Tabela 1: Características sociodemográficas da população do estudo e as associações com o grau de independência funcional.

Características	Todos os		Grau de Independência Barthel				valor-p *
	Indivíduos		Independente		Dependente		
	n=377	(%)	n=224	(%)	n=153	(%)	
Zona onde reside							
Rural	60	15,9	39	17,4	21	13,7	0,337
Urbana	317	84,1	185	82,6	132	86,3	
Sexo							
Masculino	137	36,3	86	38,4	51	33,3	0,316
Feminino	240	63,7	138	61,6	102	66,7	
Cor da pele							
Branca	171	45,4	91	40,6	80	52,3	0,049
Preta	36	9,5	26	11,6	10	6,5	
Parda	170	45,1	107	47,8	63	41,2	
Estado civil							
Solteiros (as)	51	13,5	28	12,5	23	15,0	<0,001
Casados (as)	194	51,5	132	58,9	62	40,5	
Viúvos (as)	111	29,4	49	21,9	62	40,5	
Separados (as)/Desquitados (as)	21	5,6	15	6,7	6	3,9	
Coabitação^a							
Sozinho	43	11,4	20	8,9	23	15,1	0,004
Somente com o cônjuge/companheiro (a)	54	14,4	39	17,4	15	9,9	
Com cônjuge e com outros familiares	141	37,5	94	42,0	47	30,9	
Sem cônjuge e com outros familiares	138	36,7	71	31,7	67	44,1	
Possui ocupação							
Sim	100	26,5	71	31,7	29	19,0	0,006
Não	277	73,5	153	68,3	124	81,0	
Renda mensal							
1 salário mínimo	3	0,8	3	1,3	0	0,0	0,339
Entre 2 e 3 salários mínimos	131	34,7	76	33,9	55	35,9	
Mais que 4 salários mínimos	243	64,5	145	64,7	98	64,1	
Grau de escolaridade^b							
Não frequentou escola	123	32,7	74	33,0	49	32,2	0,115
Ensino fundamental	211	56,1	118	52,7	93	61,2	
Ensino médio	28	7,4	23	10,3	5	3,3	
Ensino Superior completo	12	3,2	8	3,6	4	2,6	
Ensino Superior incompleto	2	0,5	1	0,4	1	0,7	
Prática exercício físico?							
Sim	158	41,9	100	44,6	58	37,9	0,193
Não	219	58,1	124	55,4	95	62,1	
Exercício físico por semana^c							
1 vez por semana	7	4,4	5	5,0	2	3,5	0,539
2 ou 3 vezes por semana	40	25,5	28	28,0	12	21,1	
4 ou mais vezes por semana	110	70,1	67	67,0	43	75,4	
Como considera a saúde							
Ótima/Boa	240	63,7	163	72,8	77	50,3	<0,001
Regular	114	30,2	59	26,3	55	35,9	
Má/Péssima	23	6,1	2	0,9	21	13,7	
Tem doença crônica							
Sim	271	71,9	145	64,7	126	82,4	<0,001
Não	106	28,1	79	35,3	27	17,6	
Número de doenças							
Nenhuma	109	28,9	80	35,7	29	19,0	0,001
1 doença	183	48,5	104	46,4	79	51,6	
2 ou mais doenças	85	22,5	40	17,9	45	29,4	
Deficiência física							
Paralisia total ou parcial dos membros	4	1,1	0	0,0	4	2,6	0,003
Perda total ou parcial de membros	4	1,1	0	0,0	4	2,6	
Não tem paralisia e/ou perda total ou parcial de membros	369	97,9	224	100,0	145	94,8	
Deficiência Visual^d							
Sim	49	13,1	8	3,6	41	27,2	<0,001
Não	326	86,9	216	96,4	110	72,8	
Deficiência Auditiva^e							
Não	352	94,9	222	100,0	130	87,2	<0,001
Sim	19	5,1	0	0,0	19	12,8	

(*) valor-p < 0.05 foi considerado estatisticamente significativo: teste χ^2 Pearson ou Exato de Fischer. Nota: dados ignorados (a)1; (c)220; (d)2; (e)6; (f)7; (g)7; (h)12

O grupo de 224 idosos independentes apresentou uma média de idade (67,51 anos) diferente da média de idade (77,17 anos) do grupo de 153 idosos com algum grau de dependência ($p < 0,001$).

Foi observado que 40,6% da amostra estudada apresentaram algum grau de dependência funcional, enquanto que 59,4% apresentaram independência. O grau de independência funcional dos participantes está descrito na tabela 2.

Tabela 2: Frequência do Grau de Independência Funcional na população do estudo.

Grau de Independência Funcional	N	%
Independente	224	59,4
Dependente	153	40,6
<i>Dependência leve</i>	85	22,5
<i>Dependência moderada</i>	47	12,5
<i>Dependência severa</i>	9	2,4
<i>Dependência total</i>	12	3,2
Total	377	100,0

Após a exclusão de 19 participantes com déficit auditivo auto referido e de 88 que não passaram pelo ponto de corte do MEEM foi observado que, de um total de 270 idosos, 165 (61,1%) não apresentaram depressão, enquanto que 105 (38,9%) apresentavam algum grau de depressão. O grau de depressão dos participantes e sua associação com o grau de Independência Funcional estão descritos na tabela 3.

Tabela 3 – Frequência do grau de depressão e sua associação com o grau de Independência Funcional

EDG	Todos os		Grau de Independência Barthel				valor-p *
	Indivíduos		Independente		Dependente		
	n=270	(%)	n=221	(%)	n=49	(%)	
Sem depressão (0-5)	165	61,1	144	65,2	21	42,9	
Depressão leve a moderada (6 a 10)	98	36,3	72	32,6	26	53,1	0,014
Depressão grave (11 a 15)	7	2,6	5	2,3	2	4,1	

De acordo com os resultados das análises univariadas foi ajustado um modelo de regressão logística multivariada utilizando a depressão e as variáveis sociodemográficas com resultados significantes como variáveis independentes, A tabela 4, abaixo, mostra os resultados da regressão logística juntamente com os valores de *Odds Ratio* para cada variável em relação ao Grau de Independência Funcional.

Tabela 4: Resultado da regressão logística com as variáveis sociodemográficas e o grau de depressão.

Variáveis	P	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
Estado Civil (Casado)	0,265	0,313	0,040	2,418
Estado Civil (Viúvo)	0,759	0,796	0,185	3,423
Estado Civil (Desquitado/Separado)	0,540	0,425	0,028	6,547
Cor da pele (Preta)	0,784	0,811	0,180	3,641
Cor da pele (Parda)	0,306	0,603	0,228	1,590
Coabitação (Somente com o cônjuge/companheiro (a))	0,736	0,682	0,074	6,321
Coabitação (Com cônjuge/companheiro (a) e outros familiares)	0,908	1,133	0,138	9,314
Coabitação (Sem cônjuge/companheiro (a) e com outros familiares)	0,401	0,523	0,115	2,371
Possuir ocupação (Sim)	0,367	1,679	0,545	5,169
Como considera saúde (Regular)	0,397	1,623	0,529	4,976
Como considera saúde (Má/Péssima)	0,528	2,041	0,223	18,681
Possuir doença crônica (Sim)	–	–	–	–
Número de doenças (1 doença)	–	–	–	–
Número de doenças (2 ou mais doenças)	–	–	–	–
Deficiência Física (Paralisia total ou parcial de membros)	–	–	–	–
Deficiência Física (Perda total ou parcial de membros)	–	–	–	–
Deficiência Visual (Sim)	0,001	8,875	2,334	33,746
Idade	<0,001	1,248	1,153	1,352
EDG (com depressão)	0,039	2,702	1,053	6,938

Para verificar as variáveis que mais se ajustaram ao modelo para estimar o risco de apresentar dependência, de acordo com o Grau de Independência funcional, foi realizado um Modelo de Regressão Logística, do tipo *Backward Conditional*, que remove as variáveis menos ajustadas do modelo, passo a passo. Desta forma, A tabela 5 mostra o resultado da estimativa de risco para apresentar dependência funcional com as variáveis que mais se ajustaram ao modelo.

Tabela 5: Resultado da regressão logística para estimativa de risco para apresentar dependência funcional de acordo com o grau de independência funcional

Variáveis	P	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
Deficiência Física (Paralisia total ou parcial de membros)	–	–	–	–
Deficiência Física (Perda total ou parcial de membros)	–	–	–	–
Deficiência Visual (Sim)	<0,001	10,657	3,124	36,353
Idade	<0,001	1,244	1,162	1,333
EDG (com depressão)	0,021	2,689	1,161	6,230

De acordo com os nossos resultados foi possível estabelecer uma associação independente entre deficiência visual, idade e depressão e o grau de independência funcional. Quem possui deficiência visual apresentou 10,6 mais chance de ser dependente e para cada aumento de 1 ano de idade, a chance para dependência aumentou em 1,2 vezes. Além disso, a depressão aumenta a chance de ser dependente em 2,7 vezes.

Discussão

Os resultados desse estudo apontam que idade, deficiência visual e depressão estão associadas ao grau de independência funcional, aumentando as chances dos idosos de apresentarem dependência funcional.

A deficiência visual foi a variável estudada que mais aumentou as chances do idoso de apresentar dependência funcional. A associação entre o grau de independência funcional e deficiência visual foi confirmada em alguns estudos.^{4,8} Há maior dependência funcional nos indivíduos que apresentam tal deficiência, pois uma das principais funções da visão é orientar o indivíduo, quanto à posição do seu corpo no ambiente, para executar tarefas, como locomoção, alimentação, administração de medicamentos, realização de cuidados pessoais, usar o telefone e participação em atividades de lazer.

É a partir, principalmente, dos 60 anos, que os idosos tendem a desenvolver problemas visuais sérios, que podem levar a cegueira, como catarata (opacidade do cristalino), glaucoma (perda progressiva da visão lateral) e a degeneração macular relacionada à idade (lesão na mácula – parte central do olho).⁹ Dessas três patologias, a única cuja cegueira é reversível é a catarata. Portanto, é imprescindível um diagnóstico precoce para que se busque a tempo tratamentos adequados e precisos. Infelizmente, no Brasil cerca de 360 mil cirurgias de catarata são realizadas por ano, quando deveriam ser pelo menos 546 mil, como preconiza a Organização Mundial da Saúde.⁸

Dessa forma, quando o idoso não encontra tratamento adequado e apoio familiar para lidar com essa dificuldade, é possível que a deficiência o exclua do convívio social, e possa levá-lo ao isolamento.

De acordo com os nossos achados, a depressão esteve presente em mais de um terço dos idosos que responderem a EDG e mostrou-se fortemente associada com a dependência funcional. Pesquisadores afirmam que, atualmente, a depressão compõe-se como a desordem afetiva mais frequente no idoso e é a principal responsável de incapacidade em todo universo.¹⁰

Entre as características mais comuns da depressão como: tristeza, falta de humor, baixa autoestima, alteração do sono e do apetite, estão a sensação de inutilidade, hipocondria e pensamento de suicídio. A apatia, ou seja, desinteresse total ou parcial em relação ao seu ambiente pode ser responsável por uma menor participação nas atividades sociais diárias e corriqueiras no ambiente doméstico.¹¹ Um considerável número de idosos do nosso estudo manifestou em suas falas, durante as visitas, que sentiam falta de atividades lúdicas, vida social e afeto familiar. Essas carências fazem com que o idoso se renda ao processo depressivo deixando-o, conseqüentemente, mais vulnerável a dependências.

Não devemos esquecer também que o envelhecimento é acompanhado de várias ocorrências, muitas vezes traumáticas na vida do idoso, como por exemplo: perdas de pessoas queridas; morbidades; problemas financeiros; atritos familiares, perda das relações sociais e ociosidade, e essas ocorrências podem desencadear alguns declínios físicos/mentais/ambientais.¹² De tal modo, é perceptível que o ambiente onde os idosos estão inseridos esteja diretamente ligado ao estado de saúde biopsicossocial em que os mesmos se encontram.

A idade foi o terceiro fator associado da dependência funcional no grupo estudado. Existe evidência que a idade, à medida que avança cronologicamente, tem influenciado negativamente na capacidade funcional do idoso. Essa redução de qualidade é explicada pela própria peculiaridade do envelhecimento. Muitos estudiosos constataram que casos de incapacidade ampliam-se com a longevidade, restringindo o sujeito a realizar atividades cotidianas necessárias para o bem-estar.¹²⁻¹⁷ Este evento não é difícil de entender, pois o processo de envelhecimento aponta que, à medida que há um avanço cronológico da idade, ocorrem declínios sobre a função física, orgânica, cognitiva e motora.¹³

Estudos prévios apontam que características como apoio social, autonomia pessoal, alta escolaridade, controle de algumas patologias crônicas, estímulo à atividade cognitiva, relacionamento com amigos, atividade de trabalho e lazer, também estão associadas ao grau de independência funcional em idosos.^{16,18} No presente estudo, estas características perderam significância quando agrupadas com a depressão. No entanto, estes dados devem ser vistos com cautela, visto que, a EDG não foi respondida por quem apresentava déficit cognitivo e/ou auditivo, reduzindo o número de indivíduos investigados e, conseqüentemente, a precisão das medidas (OR e IC a 95%).

Devemos ressaltar ainda que além da Escala Modificada do Barthel, instrumento utilizado no nosso estudo, existe um modelo aprovado, em 2001, pela Assembleia Mundial de Saúde, a *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, traduzido

para a língua portuguesa pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde, com o título de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Um dos objetivos da CIF é substituir a visão negativa da deficiência e da incapacidade por uma óptica positiva, devendo fornecer políticas de inserção social, e não apenas para mensurar o estado funcional da pessoa. Aparentemente, esse modelo parece interessante, mas sua aplicação ainda é limitada, pois, por falta de recurso, segundo a OMS, o teste foi aplicado somente em cinco cidades do Brasil, sendo elas: Belém – PA, Salvador – BA, Londrina – PR, Duque de Caxias – RS e Goiânia – GO.¹⁹

Olhando nossos resultados, numa perspectiva social, podemos aventar que a independência funcional nos idosos não depende somente do seu estado de saúde, mas também do seu estado de espírito e da necessidade de sobrevivência, isto é, depende de uma força individual não relacionada à classe social.

Portanto, estudos futuros poderiam investigar também, além da frequência, a percepção da qualidade do suporte social vivenciado pelos idosos, bem como se debruçar sobre aspectos subjetivos como o sentido atribuído a vida e a morte, as atitudes perante a vida e suas adversidades, aspectos relacionados à autonomia emocional e de comportamento.¹⁸ Desta forma, seriam investigados aspectos que contribuiriam para que nossos idosos pudessem manter o controle sobre suas vidas, com a liberdade de fazer escolhas e assumir a responsabilidade sobre elas.

Por fim, ressaltamos que os nossos dados mostraram que mais de um terço dos idosos estudados apresentou algum grau de dependência funcional, e dois dos principais fatores associados encontrados podem ser prevenidos, se detectados precocemente e tratados através de ações previstas nas políticas públicas vigentes para a saúde do idoso, reforçando o papel dos profissionais de saúde na promoção de saúde e prevenção de agravos.

Conclusão

De acordo com os resultados encontrados, foi possível verificar que:

- Idade, deficiência visual e depressão estão associadas ao grau de independência funcional;
- A depressão é um fator associado ao declínio do desempenho funcional, sendo que, entre os indivíduos com depressão leve a moderada ou grave, houve maior frequência de idosos dependentes;
- Considerando o número da amostra deste estudo, pode-se afirmar que a depressão atinge um elevado percentual dos idosos.

Agradecimento

Graças ao apoio institucional fornecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Referências

1. Machado JC, Ribeiro RCL, Leal PFG, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. *Rev. bras. epidemiol [online]*. 2007;10(4):592-605.
2. Neto MG, Castro MF. Comparative study of functional independence and quality of life among active and sedentary elderly. *Rev Bras Med Esporte [online]*. 2012;18(4):234-37.
3. Camara FM, Gerez AG, Miranda MLJ, Velardi M. Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *Acta Fisiatr*. 2008;15:(4):249–56.
4. Rosa TEC, Benicio MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):40-8.
5. Programa Sorteio Virtual Mais 2.0. SHDO Blog [Internet]. Brasil: Lima SO. 2012 Abr –Disponível em: <http://shdo.com.br/blog/baixar/svm2>.
6. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17:(1):37-49.
7. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):218-23.
8. Borges SM, Cintra FA. Relação entre acuidade visual e atividades instrumentais de vida diária em idosos em seguimento ambulatorial. *Rev Bras Oftalmol*. 2010; 69(3):146-51.
9. Vaz SFA, Gaspar NMS. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Rev de Enfermagem Referência*. 2011;4(5)49-58.
10. LIMA, JP. A influência das alterações sensoriais na qualidade de vida do idoso. *Rev Cient Psicologia, Garça/SP, Periódicos Semestral*. 2007; 8(10):p.62-71.
11. Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JLR. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento Benefícios da Atividade Física. *Rev. Motriz [online]* 2002;8(3): 91-98.
12. Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):178-89.
13. Cardoso JH, Costa JSD. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores

associados em idosos de um plano de saúde. *Ciênc saúde coletiva* [on line]. 2010;15(6):2871-78.

14. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza, MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva* [on line]. 2010;15(6):2887-98.
15. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Rev Saúde Pública* [online]. 2009; 43:(5)796-805.
16. D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Work, social support and leisure protect the elderly from functional loss: Epidoso Study. *Rev Saúde Pública* [on line]. 2011; 45: (4):685-92.
17. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS, Patussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(00): 2781-8.
18. Hwang H, Lin H, Tung Y, Wu H. Correlates of perceived autonomy among elders in a sênior citizen home: Across-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 43(00) 429-437.
19. Farias N, Buchalla, CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectiva. *Rev Brasileira de Epimiologia*, 2005;8(2):187-93.

4.2 – ARTIGO n° 3: Original

Título

Depression in Elderly Cared in Basic Health Units

PERÍODICO: Journal of Nursing – UFPE On Line

SITUAÇÃO: Publicado



DEPRESSÃO EM IDOSOS ASSISTIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

DEPRESSION IN ELDERLY ASSISTED IN BASIC HEALTH UNITS

DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN UNIDADES BÁSICAS DE SALUD

Perla Figueredo Carreira Soares¹, Francisca Bezerra de Oliveira², Erlane Aguiar Feitosa de Freitas³, Eliane de Sousa Leite⁴, José Rômulo Feitosa Nogueira⁵, Ana Laine Nóbrega⁶

RESUMO

Objetivo: identificar a prevalência de idosos na Estratégia Saúde da Família com sinais e sintomas de depressão, caracterizando-os. **Método:** pesquisa documental, descritiva e quantitativa, com a amostra de 376 idosos e coleta de dados realizada aplicando o questionário sociodemográfico e Escala de Depressão Geriátrica. A análise de dados foi feita pelo Microsoft Excel, depois da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo nº 20100712-051. **Resultados:** 41% com suspeita de depressão, sendo 24% usuários de antidepressivos. Desses, 42,9% com idade entre 60-69 anos; 84% residentes na zona urbana e 16% na rural; 49,3% casados e 33,8% viúvos; 41,6% praticavam atividades do lar e 31,2% agricultores. **Conclusão:** tornam-se necessárias ações específicas voltadas à saúde do idoso, detecção de casos de depressão nessa faixa etária, priorizando a prevenção e a promoção da saúde. **Descritores:** Idoso; Transtorno de Adaptação; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to identify the prevalence of elderly in the Family Health Strategy with signs and symptoms of depression, characterizing them. **Method:** documental, quantitative and descriptive research, with the sample of 376 elderly and data collection done by applying the demographic questionnaire and the Geriatric Depression Scale. Data analysis was performed by Microsoft Excel, after approval of the research project by the Committee of Ethics in Research, Protocol No. 20100712-051. **Results:** 41% with suspected depression, 24% of antidepressive users. Of these, 42.9% aged 60-69 years old, 84% living in urban areas and 16% in rural areas, 49.3% were married and 33.8% widowed, 41.6% practiced home activities and 31.2% farmers. **Conclusion:** become necessary specific actions to elderly health, detection of depression in this age group, emphasizing prevention and health promotion. **Descriptors:** Elderly; Disorder Adaptation; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: verificar la prevalencia de adultos mayores en la Estrategia Salud de la Familia con signos y síntomas de depresión, caracterizándolos. **Método:** investigación documental, descriptiva y cuantitativa con 376 adultos mayores y recolección de datos mediante la aplicación de un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Depresión Geriátrica. El análisis de datos fue realizado con el software Microsoft Excel, después de la aprobación del proyecto de investigación por el Comité de Ética de la Investigación, Protocolo N° 20100712-051. **Resultados:** Hubo 41% con sospecha de depresión, siendo 24% usuarios de antidepressivos. De estos, 42,9% tenían edad de 60 a 69 años; 84% eran residentes en zonas urbanas y 16% en zonas rurales; 49,3% eran casados y 33,8% viudos; 41,6% realizaban actividades domésticas y 31,2% eran agricultores. **Conclusión:** son necesarias acciones específicas encaminadas a la salud de los adultos mayores y detección de casos de depresión en este grupo de edad, dando prioridad a la prevención y promoción de la salud. **Descritores:** Adultos mayores; Trastorno de adaptación; Atención Primaria de la Salud.

¹Enfermeira, Mestranda em Neurociência Cognitiva e Comportamento/Universidade Federal da Paraíba/UFPB, João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: perla07figueredo@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Unidade Acadêmica Ciências da Vida, Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cajazeiras, Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: oliveirafb@uol.com.br; ³Educadora Física, Doutoranda em Medicina e Saúde, Universidade Federal da Bahia/UFBA, Docente, Unidade Acadêmica de Letras Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cajazeiras, Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: liana-ff@bol.com.br; ⁴Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/UFPB, Servidora Técnica administrativa, Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cajazeiras, Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: elianeleitesousa@yahoo.com.br; ⁵Psicólogo, Doutorando em Medicina e Saúde, Universidade Federal da Bahia/UFBA, Docente da Unidade Acadêmica de Educação, Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cajazeiras, Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: zedezefinha@bol.com.br; ⁶Fonoaudióloga, Doutora em Medicina e Saúde, Docente do Departamento de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde, Universidade Federal da Bahia/UFBA, Salvador (BA), Brasil. E-mail: www.lis@ufba.br

INTRODUÇÃO

Dentre os diversos transtornos psíquicos que afetam os idosos, tem-se a depressão que merece especial atenção por parte dos profissionais da saúde, uma vez que apresenta frequência elevada e consequências negativas para a qualidade de vida. Essa doença é prevalente na terceira idade e constitui grave problema de saúde pública, gerando repercussões sociais e econômicas.¹

A depressão apresenta-se como distúrbio da área afetiva ou do humor, com impacto funcional em qualquer faixa etária. Na velhice, a depressão envolve os aspectos biológicos (fragilidade na saúde decorrente de doenças crônicas), psicológicos (viuvez, falta de atividades sociais e mudanças de papéis) e sociais (pobreza, escolaridade, solidão e modificações no suporte social).² É uma doença psiquiátrica e está associada ao maior risco de morbidade e mortalidade, ao aumento na utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, à adesão reduzida aos regimes terapêuticos e maiores risco de suicídio. A depressão é subdiagnosticada e ignorada entre os idosos, uma vez que, frequentemente, profissionais de saúde tratam os sintomas depressivos como manifestações normais decorrentes do processo do envelhecimento e não tomam as atitudes necessárias.³

Enquanto sintoma, a depressão pode apresentar os mais variados quadros clínicos, dentre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia e doenças clínicas. Pode ocorrer, ainda, resposta às situações estressantes ou as circunstâncias sociais e econômicas adversas. Entretanto, a presença desses sintomas pode ser responsável por perda de capacidade funcional, autonomia e agravamento dos quadros de enfermidades preexistentes.²

Diante da relevância do cuidado com a saúde dos gerontes, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família-ESF, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade; é a equipe de saúde da família a responsável pelo acolhimento, pelo tratamento e pela promoção da saúde mental do idoso.⁴

Diante do contexto, ressalta-se a importância dos profissionais que atuam na Atenção Básica de estarem renovando conhecimentos no campo da saúde do idoso, especialmente, sobre transtornos mentais como forma de possibilitar a detecção de

sinais e sintomas da depressão, favorecendo diagnóstico precoce e tratamento adequados. Além disso, deve-se buscar rápida intervenção, bem como medidas de reabilitação, todos esses cuidados são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivenciam a terceira idade.

O desafio que se segue é a reestruturação do modelo assistencial para contemplar o segmento idoso de forma integral, de modo que este consiga viver com a máxima qualidade possível. A promoção da saúde é capaz de responder a tal proposta, visto que promoção da saúde pode ser entendida como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde.⁵

Frente ao exposto, este estudo tem como objetivo:

- Identificar prevalência de idosos na Estratégia Saúde da Família com sinais e sintomas de depressão, caracterizando-os.

MÉTODO

Este estudo é parte de pesquisa interinstitucional da Universidade Federal da Bahia e da Universidade Federal de Campina Grande << Fatores Associados à Independência Funcional dos Idosos >>.

Trata-se de pesquisa documental, descritiva e quantitativa. A pesquisa documental utiliza-se de instrumentos que ainda não receberam tratamento analítico, de tal forma que possam ser reelaborados, de acordo com o objeto da pesquisa, não necessitando do contato direto do pesquisador com os sujeitos investigados.⁶

Os sujeitos deste estudo foram idosos, com 60 anos de idade ou mais, não institucionalizados que compunham a classe idosa assistida pela ESF, de Cajazeiras-PB, Brasil. Existem nesse município 7.539 pessoas acima de 60 anos, destes 3.221 eram homens e 4.318 mulheres. Foram excluídos do estudo aqueles que não tiveram condições físicas e cognitivas de responder aos instrumentos de coleta de dados.

O cálculo amostral foi realizado pelo programa "sample.exe" do pacote estatístico PFPI, versão 4, utilizando nível de significância de 0,05, resultando em uma amostragem de 376 sujeitos.

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: questionário sociodemográfico e Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida - EDG. No questionário, foram avaliadas características da população amostral estudada, a EDG foi utilizada para

identificar o índice de prevalência de características indicativas de depressão. A EDG é um instrumento valioso, composto de 15 questões em sua versão reduzida, utilizado com frequência para identificação do quadro depressivo em idosos.⁷

Após sorteio dos sujeitos de forma aleatória virtual, realizou-se visita domiciliar e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes, para então dar início à aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Primeiramente, foram analisados os dados coletados, observando a possível omissão de alguma informação considerável, avaliando estatisticamente o percentual do que fora coletado. Tal avaliação efetuou-se com auxílio

do *software Microsoft Office Excel*, apresentando-os tabelas.

A participação dos sujeitos fora aceita mediante a assinatura do TCLE, havendo pela pesquisa o parecer favorável, conforme nº 20100712-051, junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Hospital Universitário Alcides Carneiro- HUAC, em 2011, conforme doravante preconiza a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil.⁸

RESULTADOS

Foram encontrados 41% dos idosos com suspeita de depressão (Tabela 1).

Tabela 1. Casos de depressão entre idosos. Cajazeiras-PB, Brasil. 2011

EDG	n	%
Sem depressão	222	59
Depressão leve a moderada	144	38,3
Depressão grave	10	2,7
Total	376	100

A amostra foi composta em sua maioria por mulheres. Referindo-se aos idosos com suspeita de depressão, 77,3% eram do sexo feminino e 22,7% do masculino. Os idosos com depressão leve a moderada e depressão grave também foram maioria, 75,5% e 100%, respectivamente.

Com relação à faixa etária, a maioria dos idosos apresentou idade entre 60 e 69 anos e 70 a 79. Portanto, os casos de depressão grave foram caracterizados pelos dois grupos de faixa etários mencionados, assim como os casos de depressão leve a moderada.

A quantidade de idosos residentes na zona urbana foi predominante na amostra. Assim, dos idosos com suspeita de quadro depressivo, a maioria residia na zona urbana, observando-se que os idosos com depressão grave também eram residentes nessa zona. Mesmo tendo esse quadro de depressão em idosos caracterizado como problema urbano, é pertinente observar que, diante do pequeno número de idosos da amostra de residentes na zona rural, o percentil de idosos deste perímetro, com indicativo de depressão deve ser atentado, pois dos 60 idosos residentes na zona rural, 20 destes, o que corresponde a 33,3%, apresentaram algum indicio de depressão, os quais foram incluídos nos 13% dos sujeitos com suspeita de depressão.

No que se refere ao estado civil, a maioria dos idosos era casada e viúva. Especificando-se com relação à classificação por escore, destacaram-se os idosos com depressão grave que em sua maioria era viúva. A relação de viuvez com a depressão tem sido diretamente proporcional, fato que remete à ligação da

solidão ao sentimento de tristeza que quando não resiliente pode ser porta de entrada para depressão na vida do idoso.

Dos idosos com depressão, a maioria era católica, seguidos dos evangélicos. Quanto à depressão leve a moderada, esse padrão percentual continuou, variando consideravelmente os valores dos idosos com suspeita de depressão grave, caracterizados por católicos e testemunhas de Jeová.

Constatou-se que dos idosos com depressão, de modo geral vivem sem o cônjuge, mas com outros familiares, seguido dos que vivem com o cônjuge e outros familiares.

Destacou-se que entre os idosos com depressão, tratando-se da profissão, 41,6% era dona do lar e 31,2% agricultor (a), outrora residentes na zona rural. Os casos de depressão leve a moderada, assim como os de depressão grave seguiram as mesmas características. As demais profissões apresentaram percentuais menores, mas não deixaram de ser relevantes. A profissão de comerciante foi representada nos casos de depressão leve a moderada, com 4,2%, seguido de auxiliar de serviço, com 3,5%. O valor de 16,2% referiu-se aos demais tipos de profissão. Referindo-se aos casos de depressão grave, destacaram-se 70% como dona do lar, e os demais 30% distribuídos igualmente entre agricultor (a), costureira e outras profissões, cada com 10%.

É importante ressaltar que dos idosos com suspeita de depressão, todos relataram ter alguma ocupação, de modo que a maior parte

referiu ser aposentado, seguido de idosos que declararam ser dona do lar, com 71,4% e 12,3%, respectivamente. Especificando, nos casos de depressão leve a moderada e grave, seguiu-se o mesmo percentual. Outros idosos referiram como ocupação a agricultura, representada por 6,5% dos idosos com suspeita de algum tipo de transtorno depressivo.

Sobre a categoria beneficiária, se aduz que nem todos os idosos aposentados consideravam seu benefício (aposentadoria) como ocupação, tanto que um percentual maior de idosos declarou ser aposentado. Pode-se conjecturar que esse valor foi menor pelas definições de ocupações formadas divergirem de indivíduo-indivíduo. Portanto, a população caracteriza-se em sua maioria com 79,9% de idosos aposentados com depressão. No tocante, especificamente, à depressão leve a moderada, destes, 79,2% eram aposentados, percentual que cresceu para 90%, no grupo de sujeitos com depressão grave.

Demonstra-se, portanto, que os idosos em depressão, na maioria, eram aposentados, porém sem menção à ideia de que todos os idosos aposentados têm indicativo de transtorno depressivo.

Sobre a variável renda mensal, demonstrando, de modo geral, que idosos com depressão têm renda mensal entre um e dois Salários Mínimo (SM) e alguns com apenas um SM. A população com depressão leve a

moderada também possuía renda de 1 - 2 SM e de 1 SM. Os casos de depressão grave apresentaram renda também de 1 - 2 SM, seguido de grupos de 1 SM e de 1 - 4 SM.

Com relação à escolaridade, pôde-se verificar que dos idosos com depressão em geral, um pouco mais da metade sabia ler, embora alguns soubessem apenas escrever. Um percentual considerável deste grupo era de analfabetos funcionais, ou seja, apenas assinavam o nome. O grupo de sujeitos com depressão leve a moderada seguiu o mesmo padrão das características dos casos de depressão em geral. É relevante enfatizar que, nos casos de depressão grave, o percentual de idosos que sabe ler cresceu, porém os que não sabiam escrever e que não frequentaram a escola foram representados neste grupo por 50%.

A tabela 2 expõe as condições gerais de saúde dos idosos com sinais e sintomas representativos da depressão. Sobre a atividade física, a maioria não praticava exercício físico e tinha algum tipo de doença crônica. Percebeu-se que 42,2% dos idosos afirmaram ter mais de uma doença.

Tabela 2. Condições gerais de saúde. Cajazeiras-PB, Brasil. 2011

Variável	Depressão		Depressão leve a moderada		Depressão grave	
	n	%	n	%	n	%
Pratica exercício físico						
Sim	42	27,3	41	28,5	1	10,0
Não	94	61,0	87	60,4	70	70,0
Não, mas já pratiquei	18	11,7	16	11,1	2	20
Tem doença crônica						
Sim	121	78,6	114	79,2	7	70,0
Não	33	21,4	30	20,8	3	30,0
Usa medicamento?						
Sim	98	63,6	91	63,2	7	70,0
Não	56	36,4	53	36,8	3	30,0

Dentre as principais doenças apresentadas por estes idosos, destacaram-se doenças cardiovasculares (62,3%), Hipertensão Arterial Sistêmica (59,7%), doenças reumáticas e osteoarticulares (22,7%), diabetes mellitus (14,9%), doenças respiratórias (3,2%), doenças gastrintestinais (2,6%), Acidente Vascular Encefálico (1,3%) e doença renal (1,3%), como também a depressão. Outras doenças, como labirintite, câncer, neuropatias, também foram relatadas, em um conjunto de 23,4%. Ressalta-se que, dos idosos com suspeita de depressão (154), apenas sete relataram ter tal transtorno, o que correspondeu a 4,5% destes sujeitos. Isso demonstra a acentuada

subnotificação de casos de depressão em idosos.

Em relação ao uso de medicação, idosos depressivos faziam uso de algum medicamento, tanto os com depressão leve a moderada quanto grave. Os medicamentos mais utilizados pelos sujeitos foram os anti-hipertensivos, polivitamínicos, antidiabéticos, diuréticos e antidepressivos, estes últimos com a capacidade de mascarar possível caso de transtorno depressivo, já que eram medicamentos utilizados, na maioria das vezes, inadequadamente e que na amostra eram utilizados pelo correspondente a 24% dos idosos com suspeita de depressão.

DISCUSSÃO

Com relação ao índice de depressão, este estudo apresentou 41% dos idosos com algum tipo de depressão, leve a moderada ou grave. Considerando esse parâmetro, observou-se que o mesmo aconteceu em estudo realizado, em 2001, nos Centros de Convivência de Taguatinga-Brasília, DF, que de 118 idosos, 36 apresentaram depressão, 4% eram do tipo grave.⁹

Pesquisa tem reiteradamente afirmado, de forma concreta, que mulheres em diferentes etapas da vida sofrem mais de depressão, mesmo quando avaliadas por instrumentos diversos.¹⁰ Os resultados encontrados neste estudo confirmaram as evidências da literatura, cuja depressão predomina em mulheres.

Quanto à faixa etária, observou-se que a depressão era mais acentuada nos indivíduos que se enquadravam no início da fase idosa. Pesquisa realizada em comunidades apresenta correlação positiva entre a idade (principalmente acima de 65 anos) e a presença de sintomas depressivos.⁹

Desta forma, é perceptível que o ambiente em que os idosos estão inseridos está diretamente ligado ao estado de saúde biopsicossocial em que os mesmos se encontram.

O estresse do dia a dia, na zona urbana, denota vida conturbada, em que, na maioria das vezes, os idosos são pressionados a viverem em um ritmo de vida acelerado que não é alcançado por estes, tornando-os 'inúteis' para o meio social, situação totalmente diferente das suas origens, ou seja, no meio rural, cuja tranquilidade e atividade são realidade na vida dos moradores. Mesmo diante desse baixo índice de depressão em idosos na zona rural, deve-se atentar para os casos que muitas vezes podem estar mascarados e, pela calma apresentada no dia a dia do idoso, passam despercebidas pelos profissionais da Atenção Primária.

Em estudo realizado em Portugal, em uma amostra composta por 22 idosos, 11 da zona urbana e 11 da rural, perceberam-se que as diferenças nas médias entre as duas amostras ao nível da depressão eram estatisticamente significativas e que os níveis de depressão no meio rural eram significativamente inferiores aos do meio urbano.¹¹ Tais achados confirmam o que foi encontrado neste estudo, mesmo que a maioria da amostra tenha origem urbana, ainda, assim, foi percentualmente prevalente.

Verificou que a variável casado diminui o risco da depressão, especificamente para os homens idosos.¹² A depressão parece ser mais frequente entre pessoas divorciadas ou separadas, do que entre solteiros e casados. No entanto, com a viuvez recente, há alta ocorrência de depressão. É interessante considerar que, na amostra coletada, a maioria dos idosos era casada e viúva. Especificando-se com relação à classificação por escore, destacam-se os idosos com depressão grave que em sua maioria é viúva.¹³

O aumento da espiritualidade com o avançar da idade é alicerce emocional, com repercussões nas áreas da saúde física e mental, existindo evidências da relação entre o envolvimento religioso e melhor saúde mental.¹⁴ Entretanto, os achados da presente investigação demonstraram dados opostos quanto à identidade religiosa, pois os sujeitos definiram ter alguma religião. Percebeu-se, neste caso, que a religião exerceu pouca influência contra a depressão.

Quanto à coabitação, pôde-se entender que os idosos que viviam sem os cônjuges eram viúvos e/ou separados. A viuvez é um fator de risco presente em muitos idosos investigados. Nos casos de depressão grave isso se confirma, pois a maior parte dos idosos depressivos, correspondente a 60%, vive sem o cônjuge.¹⁵

Estudos mostram a existência de relações positivas entre a depressão e a solidão, e negativas entre a qualidade de vida e as duas anteriores, comprovando ainda que variáveis sociodemográficas, como o meio de moradia e a satisfação com a relação de amizade, influenciam a percepção da solidão, da depressão e da qualidade de vida do idoso.¹¹

Referindo-se à profissão e ocupação, antes de tudo, é interessante compreender o sentido destas variáveis. Destaca-se que a distinção entre ocupação e profissão são as exigências, como conhecimento técnico-científico, associações profissionais, sensibilidade para enxergar as necessidades dos clientes e saciá-las, bem como código de ética profissional, que caracterizam esta última, sendo imprescindíveis para o processo de profissionalização.¹⁶

Dessa forma, verificou-se que mulheres que exerciam apenas tarefas domésticas ao longo da vida, estavam mais vulneráveis ao transtorno depressivo, assim como os demais idosos que se caracterizaram como agricultores. Com relação ao tipo de profissão e ocupação, percebeu-se que alguns sujeitos consideraram a aposentadoria como ocupação. Há elo entre estar ativo profissionalmente com menor número de sintomas depressivos. Este fato é percebido

especificamente em mulheres idosas, sugerindo que aquelas apresentam menos sintomatologia depressiva.¹⁷ Constataram-se em estudo que a ocorrência de depressão moderada foi de 31,4% nos idosos aposentados, 27,3% pensionistas e 16,7% do lar.¹⁰

Destarte, observou-se que os idosos com suspeita de depressão tinham amparo por parte da Previdência Social, embora apresentados com faixas salariais reduzidas (Tabela 2) não remetendo descaso por parte do Instituto Nacional de Seguro Social - INSS. Os auxílios-doença acidentários por transtornos mentais e do comportamento concedidos em 2009, metade se deve a transtornos do humor, sendo que destes 90% eram casos de depressão.¹⁸

A renda mensal está ligada diretamente ao aparecimento de transtornos mentais, incluindo a depressão em qualquer indivíduo, inclusive na classe idosa que é mais vulnerável ao aparecimento de indícios de transtorno depressivo. A baixa renda é fator socioeconômico que sugere a tais indivíduos maior prevalência de transtornos mentais. Quanto menor a renda mensal, maior a quantidade e a gravidade dos casos de depressão. Dentre os casos de depressão grave, pode-se verificar que 10% dos sujeitos vivem sem renda própria.¹³

Na variável escolaridade, os idosos com suspeita de depressão, neste estudo, apresentaram baixo nível, fato presente em outros estudos. A baixa escolaridade pode ser fator de estresse em longo prazo, particularmente para os não alfabetizados.¹² Os idosos com cinco anos ou mais de escolaridade tiveram prevalência de sintomas depressivos 30% menor que os idosos com escolaridade inferior a cinco anos.¹⁸

No tocante à presença de outras doenças na população idosa, estudo realizado em 2009, em Campina Grande - PB, revelou que a doença mais prevalente foi a hipertensão arterial (60,4%), seguida da osteoartrite (27,0%), osteoporose (24,8%), diabetes (17,8%) e doenças respiratórias (16,1%). Foi constatado também que 82,0% dos idosos tomavam pelo menos um medicamento para doença crônica.¹⁹ Tais descobertas estão presentes e ratificadas nesta pesquisa.

Por fim, sobre as condições gerais de saúde, tratando-se do exercício físico, em particular o aeróbico, realizado moderadamente propicia alívio do estresse ou tensão, devido ao aumento da taxa de hormônios denominados endorfinas que agem sobre o sistema nervoso, reduzindo o impacto estressor do ambiente, contribuindo, assim,

para prevenção ou redução de transtornos depressivos.²⁰

Para a concretização deste estudo, foram realizadas visitas aos sujeitos, em que algumas dificuldades foram encontradas, como o deslocamento à zona rural, a ausência de muitos idosos em seus domicílios e mudança de endereço, sendo interessante destacar as perdas de algumas coletas por falecimento, os quais foram substituídos, a fim de minimizar os vieses.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados encontrados, foi possível verificar que há representatividade de idosos com suspeita de transtorno depressivo na população estudada, a qual superou o percentual de idosos com depressão no país. Percebeu-se que os casos de depressão em idosos tinham sido negligenciados. Condições de moradia, estado civil, sexo, entre outras variáveis tratadas neste estudo, são consideradas como fatores de risco, no entanto, não recebem atenção devida por parte dos serviços de Atenção Básica.

É evidente que, mesmo diante de novas Políticas de Atenção à saúde da pessoa idosa, é necessário repensar os cuidados essenciais às necessidades do idoso, com medidas concretas direcionadas a ações de prevenção, detecção precoce, acompanhamento e reabilitação desses idosos, bem como articulação de grupos de convívio, criação de rodas de conversa com o idoso e sua família e/ou cuidador por parte dos profissionais da Atenção Básica, principal ferramenta para aplicação das Políticas de Saúde do Idoso no dia a dia destes.

Propõe-se a capacitação da equipe multiprofissional da Atenção Básica, pois a sobrecarga de tarefas tem obscurecido a real necessidade da população mais fragilizada nas comunidades. Reivindicam-se, pois, ações de promoção e capacitação por parte dos órgãos municipais junto à Atenção Básica, a fim de cumprir e tornar mais belo o que já se é conhecido no papel.

Dessa forma, percebe-se que a melhoria da atenção voltada à saúde do idoso é indispensável, principalmente na Atenção Básica, que deve estar presente e ser conhecida na vida diária do idoso e sua família.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao apoio institucional fornecido pela Coordenação de

Soares PFC, Oliveira FB de, Freitas EAF de et al.

Depressão em idosos assistidos nas Unidades...

Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

REFERÊNCIAS

- Dandêira CD. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. Rev bras med fam comunidade [Internet]. 2008 [cited 2012 Sept 23];4(15):189-204. Available from: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/171/124>
- Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta psychiatr scand [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 02];113(5):372-87. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x/pdf>
- Veras RP. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: Papaléo N, organizador. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu. 2008;383-93.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2006.
- Cruz ALB, Martins AKL. Percepção da promoção da Saúde do Idoso: olhar de agentes comunitários de saúde. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 02];4(3):1484-91. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1056/pdf_146
- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4th ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- Almeida AS, Almeida OP. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Arq neuropsiquiatr [Internet]. 1999 [cited 2012 Sept 22];57(2-B):421-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa - CONEP. Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: MS; 2014.
- Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalence of depression among the elderly population who frequent community centers. Rev saúde pública [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 10];40(4):734-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/en_26.pdf
- Nardi EFR, Andrade OG. Estados depressivos entre idosos na comunidade - Jandaia do Sul, Paraná, Brasil. Arq Ciênc vet zool UNIPAR [Internet]. 2005 [cited 2012 Oct 22];9(2):109-16. Available from: <http://revistas.unipar.br/saude/article/view/206/180>
- Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZD, Prette AD. Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. Psicol reflex crit [Internet]. 2007 [cited 2012 Nov 01];20(2):229-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a08v20n2.pdf>
- Leite VMM, Carvalho EMF, Barreto KML, Falcão IV. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. Rev bras saúde matern infant [Internet]. 2006 [cited 2012 Sept 23];6(1):31-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a04v6n1.pdf>
- Lima MS. Epidemiologia e impacto social. Rev bras psiquiatr [Internet]. 1999 [cited 2012 Nov 03];21(1):1-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a02.pdf>
- Flortano PJ, Dalgatarrondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. J bras psiquiatr [Internet]. 2007 [cited 2012 Sept 05];56(3):162-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n3/a02v56n3.pdf>
- Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidence of depression and associated factors in the elderly. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2009 [cited 2012 Nov 03];17(1):173-40. Available from: http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n1/pdf/art_10.pdf
- Angelin PE. Profissionalismo e profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. Revista espaço de diálogo e desconexão [Internet]. 2010 [cited 2012 Nov 06];3(1):123-31. Available from: <http://seer.fclar.unesp.br/redd/article/view/4390/3895>
- Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. Rev saúde pública [Internet]. 2004 [cited 2012 Nov 04];38(3):365-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20652.pdf>
- Jardim S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. Rev bras saúde ocup [Internet]. 2011 [cited 2012 Sept 05];36(123):84-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n123/a08v36n123.pdf>
- Silva ADI, Catão MHC. Doenças sistêmicas em idosos não institucionalizados. HU rev [Internet]. 2012 [cited 2012 Nov 05];37(3):299-303. Available from: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/viewFile/1381/571>
- Moraes H, Deslandes A, Ferreira C, Pompeu FAMS, Ribeiro P, Laks J. Physical exercise in the treatment of depression in the elderly: a systematic review. Rev psiquiatr Rio Gd Sul [Internet]. 2007 [cited 2012 Oct 27];29(1):65-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n1/v29n1a14.pdf>

Submissão: 25/03/2012

Aceito: 29/06/2013

Publicado: 01/09/2013

Correspondência

Perla Figueredo Carneiro Soares
 Programa de Pós-graduação em Neurociência
 Cognitiva e Comportamento
 Universidade Federal da Paraíba
 Rua Antônio Barbosa da Silva, 40
 Bairro Alto Bela Vista
 CEP: 58900-000 – Cajazeiras (PB), Brasil

5. CONCLUSÕES

De acordo com os resultados encontrados, foi possível verificar que:

- O perfil sócio-demográfico dos idosos participantes deste estudo mostra que a maioria reside na zona urbana, são mulheres, casadas e com média de idade de 71,4 anos. Moram quase sempre com a família, não possui ocupação, têm médio poder aquisitivo, pouca escolaridade e, grande parte, não pratica exercício físico;

- Quanto às condições clínicas da amostra, a maior parte dos idosos declararam ter a saúde ótima/boa, mesmo sendo portador de alguma doença crônica;

- O grau de independência funcional não está associado a zona onde reside, sexo, renda mensal, escolaridade, prática e frequência de exercício físico;

- Os fatores que estão associados ao grau de independência funcional são: idade, estado civil, coabitação, autopercepção de saúde, presença e número de doenças crônicas, ser depressivo, e por fim, portador de deficiência física/visual e/ou auditiva;

- A depressão é um fator que influencia no declínio do desempenho funcional, sendo que, entre os indivíduos com depressão leve a moderada ou grave, houve maior frequência de idosos dependentes;

- Considerando o número da amostra deste estudo, pode-se afirmar que a depressão atinge um elevado percentual dos idosos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo poderão auxiliar numa nova direção das práticas dos profissionais de saúde, já que os órgãos públicos estão preocupados somente em realizar trabalhos assistencialistas não voltados para a prevenção e preservação, fatores que julgamos imprescindíveis no combate à doenças que alteram, agressivamente, a saúde do idoso e comprometem, radicalmente, a qualidade de vida dessa população. Portanto, os serviços de saúde e governo devem identificar as necessidades da população idosa, reorganizar estratégias junto aos idosos e seus familiares, auxiliando o estabelecimento de políticas de saúde local mais adequada.

7. PERSPECTIVAS DE ESTUDOS

Recomenda-se a realização de novos estudos, com desenho longitudinal, para observar os fatores de risco que interferem na independência funcional durante o envelhecimento, objetivando auxiliar os profissionais no planejamento do trabalho de prevenção das incapacidades funcionais dos idosos.

8. APÊNDICE

8.1 – Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sujeito Nº: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Fatores Associados à Independência Funcional dos Idosos

Durante a leitura do documento abaixo fui informado (a) que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com objetivo de tirar dúvidas, para o meu melhor esclarecimento.

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de um estudo que tem como objetivo estudar os Fatores Associados a Independência Funcional dos Idosos.

Eu, _____, fui procurado(a) pela educadora física ERLANE AGUIAR FEITOSA DE FREITAS, sobre o Projeto de pesquisa com o título acima citado, coordenado pela profa. Dra. Ana Caline Nóbrega da Costa, por ter sido selecionado(a) para participar desse estudo.

Fui informado (a) que:

- Estarei ajudando no estudo de independência funcional de idosos;
- poderei sair desse estudo a qualquer momento, caso decida;
- os investigadores não serão remunerados para a realização desse estudo;
- os objetivos e procedimentos que serão seguidos na pesquisa foram explicados de forma simplificada;
- objetivo: Estudar os fatores associados à independência funcional dos idosos;
- serão aplicados os questionários Sócio-ecômico-demográfico; Mini Exame do Estado Mental; Escala de Depressão Geriátrica; Inventário de Barthel, e posteriormente os Instrumentos Whoqol Old e Whoqol Bref;
- Os resultados da pesquisa serão publicados em revista médica e utilizados somente para fins científicos, em meio adequado. Não serei identificado como participante deste estudo. Ou seja, os dados serão utilizados SEM constar o nome e o endereço.

Declaro que minha participação no estudo é voluntária e que a minha assinatura garante que recebi uma cópia deste termo. Qualquer dúvida ou complicação que me ocorra no transcurso deste estudo, poderei contactar a orientadora do projeto Dra. Ana Caline Nóbrega da Costa, na Coordenação de Fonoaudiologia, no 1º andar, do Instituto de Ciências da Saúde - UFBA, telefone (71) 3247-6982, e-mail: anacaline@uol.com.br , a educadora física Erlane Aguiar Feitosa de Freitas, no Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Letras da Universidade Federal de Campina Grande, Bairro Casas Populares , CEP.: 58.90-000, Cajazeiras, PB ou pelos telefones (83) 3531-2275 / 9613-3855, e-mail: lana-ff@bol.com.br e o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, Rua Dr. Carlos Chagas, S/Nº, Bairro São José, CEP.: 58107-670, Campina Grande-PB, Telefones: (83) 2101-5545, e-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Cajazeiras, ___/___/_____

Nome do Participante: _____

Assinatura do participante ou representante legal: _____

Assinatura do Investigador: _____

Testemunha: _____

9. ANEXOS

9.1 – Anexo A: Declarações do Comitê de Ética



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que em reunião de 03/ 03/ 2011 foi aprovado o Projeto de Pesquisa: Fatores Associados à Independência Funcional dos Idosos.

Projeto a ser realizado no período de: Abril de 2011 a Junho de 2012.

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC, em 30 dias (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC em data a ser acordada entre pesquisador e CEP/ HUAC.

Karynna M. Barros da Nóbrega

Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFPG.

Campina Grande - PB, 31 de Março de 2011.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br



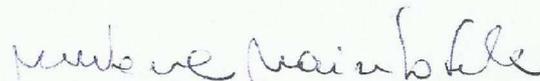
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Erlane Aguiar Feitosa de Freitas entregou o relatório final referente à pesquisa: Fatores Associados à Independência Funcional dos Idosos, com número de protocolo: 20100712 - 051, estando à mesma apta a publicação.

Campina Grande - PB, 27 de Dezembro de 2012.


Dr^a. Maria Teresa Nascimento Silva
Vice - Coordenadora CEP/ HUAC

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande - PB.
Telefone.: (83) 2101 - 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br