

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RENATA DA SILVEIRA PIA SEVERINO

**SATISFAÇÃO COM A VIDA E DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE-RS**

Porto Alegre

2012

RENATA DA SILVEIRA PIA SEVERINO

**SATISFAÇÃO COM A VIDA E DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE-RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Idiane Rosset Cruz

Porto Alegre

2012

Dedico este trabalho:

À minha mãe Ivone e ao meu marido Leandro pelo amor, apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos idosos que participaram desta pesquisa.

À Profa. Dra. Idiane Rosset, orientadora do meu TCC, por compartilhar seus conhecimentos de forma generosa e por sua dedicação.

Aos bolsistas de iniciação científica Lucas Mariano e Marina Stecanela, pela ajuda e companhia durante as coletas de dados.

À equipe ESF Nossa Senhora de Belém, principalmente, para ACS Juliana.

À minha irmã Maura pelo carinho e auxílio nos momentos que mais precisei.

Aos professores Johannes Doll e Lisiane Paskulin, por aceitarem fazer parte da banca de avaliação, momento tão especial neste final de graduação.

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo geral avaliar a satisfação com a vida e o desempenho funcional dos idosos de uma micro-área da Estratégia da Saúde da família Nossa Senhora de Belém de Porto Alegre/RS. Foi realizado um estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa. A amostra foi de conveniência com um total de 85 idosos. A coleta de dados foi realizada nas residências dos participantes por meio de um instrumento formulado para a pesquisa. A análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa SPSS for Windows, versão 18.0. O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética da Prefeitura de Porto Alegre. Foi fornecido aos entrevistados um termo de consentimento livre e esclarecido. Houve um predomínio de mulheres e de faixa etária de 60 a 69 anos; a idade média foi de 70 anos ($\pm 7,1$). A média de anos de estudo foi de 6,3 ($\pm 4,6$) e 43,5% tinham até 4 anos de estudo. A maior parte (35,3%) era casado e 67% dos domicílios tinham como responsáveis o próprio idoso. O escore médio obtido no MEEM foi de 24,9 ($\pm 2,7$). Em relação à satisfação com a vida 52,9% a classificou como boa. A média do Índice de Barthel foi de 96,6 ($\pm 7,92$) e do teste Timed Up and Go 15,4 ($\pm 14,4$). O desempenho cognitivo e funcional de acordo com a satisfação com a vida teve escores médios no MEEM de 27 ($\pm 2,7$), 24,5 ($\pm 4,1$) e 23,7 ($\pm 4,5$), para as respectivas categorias muito boa, boa e regular, apresentando diferença estatisticamente significativa. Já o desempenho funcional obteve médias decrescentes em relação às categorias descritas, porém não verificou-se diferença estatisticamente significativa. Nas atividades básicas de vida diária, 72,9% apresentou independência completa e 32,9% independência para a mobilidade. Acredita-se que este estudo possa contribuir para direcionar e melhorar o planejamento de estratégias e ações de enfermagem voltadas para a população idosa na unidade saúde local.

Descritores: Idoso; Satisfação com a vida; Desempenho Funcional; Mobilidade.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
3 REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 Envelhecimento e Políticas Públicas de Saúde do Idoso	10
3.2 Desempenho Funcional em Idosos	11
3.2.1 Instrumentos de Avaliação do Desempenho Funcional em Idosos	12
3.3 Satisfação com a Vida	13
4 METODOLOGIA	15
4.1 Tipo de Estudo	15
4.2 Campo do estudo	15
4.3 População e Amostra	15
4.4 Coleta de Dados	16
4.5 Variáveis do Estudo	16
4.6 Análise dos dados	18
5 ASPÉCTOS ÉTICOS	19
6 RESULTADOS	20
6.1 Caracterização sociodemográfica e cognitiva	20
6.2 Satisfação com a vida e desempenho funcional	21
6.3 Desempenho cognitivo e funcional de acordo com a satisfação com a vida	23
7 DISCUSSÃO	25
7.1 Caracterização sociodemográfica e cognitiva	25
7.2 Satisfação com a vida e desempenho funcional	26
7.3 Desempenho cognitivo e funcional de acordo com a satisfação com a vida	27
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A- Instrumentos de Coleta de Dados	34
APÊNDICE B-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	41
ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética da Prefeitura de Porto Alegre	42
ANEXO B-Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem	43

1 INTRODUÇÃO

Destacam-se duas temáticas em relação ao interesse da autora por desenvolver o presente estudo. A primeira foi referente às pessoas idosas, interesse despertado através do seu contato prévio com o assunto durante a graduação, e a segunda foi referente à saúde coletiva e sua contribuição para melhorar o atendimento a esse grupo populacional na atenção básica. A combinação desses dois temas tornou-se fundamental para a construção deste trabalho.

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. Estima-se que para o ano de 2050, haverá cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL,2006a).

No Brasil, os idosos (≥ 60 anos) representam, de acordo com o censo de 2010, 10,8% da população total, e estima-se que cheguem a 19% da população em 2050 (IBGE, 2010). O RS é um dos estados com a maior proporção de pessoas idosas, ou seja, 13,1%, sendo que no município de Porto Alegre essas representam 15,01% da população. (PORTO ALEGRE, 2011a).

Em paralelo a essa transformação demográfica ocorre a transição epidemiológica caracterizada pela mudança do perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, com diminuição progressiva de mortes por doenças infecto-contagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (BRASIL,2010).

Ainda que velhice não seja sinônimo de doença, é significativa a associação entre idade avançada e certas condições causadoras de incapacidades físicas e/ou mentais. (RABELO, 2006). Sabe-se que na proporção em que se envelhece um maior percentual de DCNT emergem e que essas podem afetar o desempenho funcional das pessoas idosas (TORRES, 2010).

Estudos nacionais e internacionais apontam que a dependência para o desempenho das atividades básicas de vida diária (ABVD), tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 anos ou mais (BRASIL, 2006a).

Nessa perspectiva, a percepção subjetiva que o idoso tem sobre seu bem estar e sua satisfação com a vida poderá ser influenciada pelo grau de preservação de seu desempenho funcional. Estudos têm mostrado resultados de maior incidência de doenças crônicas, e também de maior incapacidade para realização das atividades de vida diária e atividades

instrumentais de vida diária em grupos de indivíduos que se consideram insatisfeitos com a sua vida, além de maior incapacidade para realização das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária (KIMM, 2012).

Satisfação é um fenômeno complexo e de difícil mensuração por se tratar de um estado subjetivo. A satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais e autonomia entre outros (JOIA, 2007).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, tem como finalidade primordial, recuperar, manter, e promover a autonomia e a independência dos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006b). Além disso, define que a atenção à saúde da população idosa terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006a).

Nessa perspectiva, torna-se fundamental que os enfermeiros que atuam na Atenção Básica trabalhem de forma articulada com os demais profissionais da saúde, visando identificar e prevenir agravos à saúde dos idosos, prestando um cuidado integral e continuado.

Assim, o presente estudo visa investigar a satisfação com a vida e o desempenho funcional de idosos adscritos em uma Estratégia da Saúde da Família do município de Porto Alegre. Considera-se esta uma forma de conhecer melhor as condições e as necessidades de saúde dessa população, além de contribuir para a melhoria da assistência ao idoso.

Pretende-se por meio das informações geradas neste estudo, fornecer subsídios para o redirecionamento do cuidado e planejamento de estratégias e ações de enfermagem voltadas à população idosa, de acordo com as demandas locais.

2 OBJETIVOS

O objetivo geral:

- Avaliar a satisfação com a vida e o desempenho funcional dos idosos de uma micro-área da Estratégia da Saúde da Família Nossa Senhora de Belém de Porto Alegre.

Os objetivos específicos são:

- Caracterizar os idosos de acordo com as variáveis sociodemográficas e desempenho cognitivo;
- Identificar a satisfação com a vida e o desempenho funcional em atividades básicas de vida diária e mobilidade desses idosos;
- Avaliar o desempenho cognitivo e funcional de acordo com a satisfação com a vida dos idosos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Envelhecimento e Políticas Públicas de Saúde do Idoso

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos que em condições normais não costuma provocar problemas, porém em condições de estresse físico ou emocional, pode ocasionar uma condição patológica (BRASIL, 2006a).

A organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como um processo seqüencial, 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. (BRASIL, 2006a, p.8)

De acordo com a I Assembléia Mundial sobre o envelhecimento, conforme resolução 39/125, são considerados idosos os indivíduos com idade a partir de 60 anos que residem em países em desenvolvimento, enquanto que nos países desenvolvidos são considerados idosos as pessoas a partir de 65 anos de idades (ONU, 1982).

O acelerado processo de envelhecimento da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida, dos avanços da medicina e da tecnologia, da redução das taxas de fecundidade e mortalidade infantil e; das melhorias nas condições de saneamento e infra-estrutura básica (CAMARANO, 2006).

Nesse cenário de aumento contínuo do contingente de idosos, é importante destacar as diferenças em relação ao processo de envelhecimento entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Enquanto que no primeiro o envelhecimento ocorreu de forma lenta e associada à melhoria das condições gerais de vida, no segundo se deu de forma rápida e sem reorganização social e de saúde (BRASIL, 2010).

Diante do crescimento progressivo de idosos no Brasil, foi preciso adequar e direcionar as políticas públicas para atender essa nova realidade que implica em novas demandas sociais, principalmente na área da saúde, previdência e assistência social.

Com o objetivo de assegurar atenção a toda população, as políticas públicas de saúde têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública – os idosos e as idosas (BRASIL, 2006b). É função das políticas de saúde contribuir para que

mais pessoas alcancem idade avançada com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo (BRASIL, 2010).

Até o início da década de 1990, não havia uma política pública específica para os idosos, mas alguns programas ou ações da iniciativa privada (SAYEG, 2006). Somente em 1994, em acordo com os direitos previstos na Constituição de 1988, foi promulgada a Política Nacional do Idoso, lei nº 8.842/1994, que assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395, anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso. Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades básica e instrumentais de vida diária (BRASIL, 2006b).

Em 2003, o Congresso Nacional aprova o Estatuto do Idoso que amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas (BRASIL, 2006b). Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória.

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida (BRASIL, 2006b).

Nesse documento, a saúde do idoso aparece como uma das prioridades, o que significa pela primeira vez na história das políticas públicas no Brasil, a explícita preocupação com a saúde da população idosa brasileira. (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída através da portaria nº 2.528/06, surgiu em atendimento ao Pacto pela Saúde, como reestruturação da portaria nº 1395/99. Sua finalidade é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b).

O Brasil caminha velozmente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido, fenômeno que implicará em adequações das políticas sociais, particularmente daquelas voltadas para as demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 2010).

3.2 Desempenho Funcional em Idosos

O desempenho funcional compreende a capacidade de realização das atividades cotidianas, ou ainda, os níveis no qual uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas

utilizando diferentes habilidades (BRASIL, 2006a).

As atividades do cotidiano podem ser divididas entre as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) que são aquelas relacionadas ao auto-cuidado e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) são aquelas relacionadas à participação do idoso em seu entorno social (BRASIL, 2006a).

Desempenho funcional pode ser mensurado pelo desempenho nas atividades motoras, capacidade de comunicação e outros aspectos relacionados à cognição. Além de medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros para a realização de tarefas motoras e cognitivas (OVANDO, 2010).

Entre os principais sistemas funcionais que devem ser avaliados nos idosos estão: a cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação. A utilização de testes ou escalas apropriadas são fundamentais como indicadoras de incapacidades na população idosa (MORAES, 2012).

A cognição pode ser entendida como um conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver problemas do cotidiano, já a mobilidade está ligada ao movimento ou deslocamento do idoso no meio em que está inserido, possibilitando-o a independência (MORAES, 2012).

A avaliação do desempenho funcional no idoso é preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que a considera fundamental na determinação não só do comprometimento funcional da pessoa idosa, mas também sua necessidade de auxílio (BRASIL, 2006a).

Considera-se que a abordagem do desempenho funcional em idosos seja ampla. Esta pode incluir tanto escalas ou instrumentos autoaplicáveis ou aplicadas pelo entrevistador com respostas autorreferidas, quanto testes que avaliem o desempenho no momento da entrevista.

3.2.1 Instrumentos de Avaliação do Desempenho Funcional nos Idosos

Vários são os instrumentos existentes utilizados na avaliação geriátrica global do idoso. A escolha adequada do instrumento depende, entre outros fatores, do ambiente operacional e dos objetivos do estudo. A seleção correta pressupõe também conhecer formalmente os resultados de validade e confiabilidade do instrumento (MINOSSO, 2010).

Na prática de suas utilizações, as avaliações funcionais têm dado ênfase às atividades de Vida Diária (AVD) e mobilidade. Na avaliação das (ABVD), são utilizadas basicamente duas escalas: a de Katz e o Índice de Barthel. A primeira, é composta por 6 itens de abordagens ao auto-cuidado. Esta escala foi publicada pela primeira vez em 1963, e foi

planejada para medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente e assim determinar as necessárias intervenções de reabilitação (BRASIL, 2006a).

Já o Índice Barthel é mais amplo, abordando 10 atividades relacionadas ao auto cuidado. Este foi publicado em 1965 e tem sido amplamente utilizado com o objetivo de quantificar e monitorizar a (in) dependência dos indivíduos para a realização das atividades básicas de vida diária (MAHONEY E BARTHEL, 1965). Este instrumento já validado no Brasil, mostrou-se confiável como estratégia de avaliação do grau de independência das pessoas idosas (MINOSSO, 2010).

Posteriormente, Lawton em 1969, propôs outro instrumento para avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), as quais são consideradas mais complexas e cuja independência para o desempenho está diretamente relacionada com a capacidade de viver de forma independente na comunidade (BRASIL, 2006a).

Na década de 80, foi desenvolvida por uma força-tarefa americana, a Medida de Independência Funcional (MIF). Traduzida para o português em 2000, passou por um processo de validação em 2004. É um instrumento amplamente utilizado internacionalmente para avaliação da capacidade funcional e tem como diferencial a incorporação da avaliação cognitiva (MINOSSO, 2010).

Considera-se que a independência para as (ABVD) inclui também uma satisfatória mobilidade que pode ser avaliada pela execução de diversos movimentos como: levantar-se de uma cadeira, virar-se, manter-se em várias posições (FIGUEIREDO, 2007).

Um dos testes utilizados para avaliar a mobilidade é o teste *Timed Get Up and Go* (TUG), proposto por Podsiadlo e Richardson, no ano de 1991. Este teste avalia o equilíbrio do indivíduo sentado, transferência de sentado para a posição em pé, estabilidade na deambulação e mudanças no curso da marcha. O mesmo tem sido amplamente utilizado para avaliar a mobilidade em idosos tanto no Brasil, quanto no cenário internacional. (FIGUEIREDO, 2007).

Para fins do presente estudo, o desempenho funcional será avaliado por ABVD segundo o (Índice de Barthel) e por teste baseado em desempenho da mobilidade (teste *Timed Up and Go*).

3.3 Satisfação com a Vida

Satisfação é um fenômeno complexo e de difícil mensuração por se tratar de um estado subjetivo. A satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios

específicos na vida como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre outros (JOIA, 2007).

Nesse sentido, a satisfação com a vida refere-se à avaliação que a própria pessoa faz sobre sua vida a partir de seus valores e critérios pessoais. É o resultado final que o indivíduo faz sobre o conjunto e a dinâmica das relações dos outros domínios de sua vida, incluindo a competência para desenvolver atividades do cotidiano (RABELO, 2006).

Sabe-se que os níveis de saúde física, mental e funcional refletem na capacidade para o desempenho funcional e interferem na avaliação subjetiva do idoso em relação à sua satisfação com a vida (RABELO, 2006).

Estudos indicam que resultados de insatisfação com a vida estão associados a vários indicadores de saúde ou fatores de risco à saúde, especialmente com sintomas depressivos, presença de morbididades e mortalidade prematura (KOIVUMAA, 2005). Em um estudo internacional realizado com idosos coreanos, constatou-se maior risco de morte entre os idosos insatisfeitos quando comparados aos satisfeitos com a vida (KIMM,2012). Por isso, no cuidado integral à saúde do idoso, “[...] torna-se relevante identificar os aspectos subjetivos de seu bem-estar a partir do seu próprio ponto de vista[...]” (SPOSITO,2010, p.82).

A satisfação com a vida em idosos é maior quando estes podem contar com apoio social emocional e para a realização de suas atividades de vida diária e mobilidade em seus próprios domicílios. Assim, o apoio de profissionais e serviços de saúde torna-se fundamental para que os idosos, muitas vezes com maiores necessidades, possam viver independentemente na comunidade.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo:

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa. Em delineamentos transversais todas as aferições são realizadas em um único momento. Estes são especialmente úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuições. (HULLEY, 2006). O presente estudo é um recorte do projeto maior intitulado “Identificando idosos frágeis e com sintomas depressivos em uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre”, o qual visa avaliar a presença de fragilidade, sintomas depressivos, comorbidades, estado cognitivo e funcional e variáveis relacionadas em idosos residentes na comunidade.

4.2 Campo do estudo:

Este estudo foi realizado com idosos residentes da micro-área 1 da Estratégia da Saúde da Família (ESF) Nossa Senhora do Belém em Porto Alegre – RS . A ESF, localiza-se no bairro Belém Velho em Porto Alegre e compreende cinco micro-áreas. Pertence ao distrito sanitário Glória e à gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal. Em 2010, a população da área totalizou 3.145 habitantes distribuídos em 949 famílias. Desse total, 327 eram idosos (≥ 60 anos), perfazendo aproximadamente 10,7% do total da população local (PORTO ALEGRE, 2011c).

O distrito sanitário Glória possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,788, valor que o classifica em médio desenvolvimento humano e inferior ao do município de Porto Alegre (0,865), que se mantém classificado com alto desenvolvimento humano. O IDH avalia o desempenho das sociedades através das seguintes dimensões: renda, saúde e educação (PORTO ALEGRE, 2011b).

A escolha do local se deve ao contato prévio da aluna com aquela comunidade, por meio da participação no projeto de pesquisa maior desenvolvido com toda a população de idosos adscritos naquela ESF.

4.3 População e amostra:

A população total de idosos com 60 anos ou mais adscritos na referida ESF era de 335 indivíduos em 2011. A distribuição da população de idosos por micro-área da ESF Nossa Senhora de Belém se dá da seguinte forma: micro-área nº1, 100 idosos; micro-área nº2, 45

idosos; micro-área nº3, 72 idosos; micro-área nº4, 60 idosos; micro-área nº5, 50 idosos; totalizando um total de 327 idosos. (PORTO ALEGRE,2011c)

Para essa população, considerando-se prevalências de 30%, Intervalo de Confiança de 95% e uma margem de erro absoluto de 8,5%, obteve-se um cálculo de amostral de 83 indivíduos. Prevendo-se perdas em torno de 10%, obteve-se uma amostra final de 85 indivíduos.

Optou-se por uma amostra de conveniência, considerando-se inicialmente sujeitos da amostra todos os idosos residentes na micro-área número 1 da ESF, com um total de 100 idosos.

Tal micro-área foi selecionada pela proximidade da ESF, por ser de mais fácil acesso do que as demais e por conter o número mais aproximado de sujeitos do cálculo amostral.

Em relação às perdas de entrevistas durante as coletas, 8 idosos se recusaram participar da pesquisa, 6 idosos não foram encontrados após três tentativas em dias e horários diferentes e 1 idoso apresentou diagnóstico de demência avançada, totalizando uma amostra final obtida de 85 idosos.

Os critérios de inclusão foram:

- Possuir idade igual ou superior a 60 anos;
- Ser residente da micro-área 1 e cadastrado na ESF Nossa Senhora de Belém;

Os critérios de exclusão foram:

- Diagnóstico médico prévio de demência avançada;
- Ser institucionalizado.

4.4 Coleta de dados:

Os dados foram coletados pela pesquisadora deste estudo e por outros 5 acadêmicos de enfermagem previamente treinados para coleta de dados do estudo maior e devidamente identificados. Os sujeitos foram entrevistados em seus domicílios, através de uma busca ativa, em até três tentativas em dias e horários diferentes. Houve a possibilidade de agendamento da entrevista conforme preferência do idoso. A identificação desses idosos foi feita por meio de uma listagem da ESF, onde constavam os endereços dos mesmos. Quando necessário era solicitado o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde para a localização dos idosos. Foi aplicado inicialmente o Mini-Exame do Estado Mental e para os idosos que obtiveram uma pontuação menor do que 13 pontos foi solicitado o auxílio do familiar para responder à

entrevista.

4.5 Variáveis do estudo:

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) incluiu variáveis sociodemográficas, Mini Exame do Estado Mental, desempenho funcional e satisfação com a vida.

- **Sociodemográficas:** para a variável idade consideraram-se as subfaixas etárias propostas por Veras (2002): idosos jovens (60-69 anos), meio idosos (70-79 anos) e idosos (80-89 anos); sexo; estado civil; escolaridade (em anos); e quem é o responsável pelo domicílio.
- **Mini-Exame do Estado Mental (MEEM):** instrumento desenvolvido por Folstein et al em 1975, constando, originalmente, de 30 questões relativas ao grau de função cognitiva. A pontuação varia de 0 (maior grau de comprometimento cognitivo) a 30 pontos (melhor capacidade cognitiva). O teste avalia os seguintes domínios: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem/nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho.
- **Desempenho funcional:** foram avaliadas as atividades básicas de vida diária (AVD), por meio do **Índice de Barthel**, e a mobilidade, por meio do teste **“Up and Go”**. O **Índice de Barthel** é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (MINOSSO,2010). A pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima (zero) corresponde à máxima dependência para todas as atividades de vida diárias (AVD) avaliadas, e a máxima (100) equivale à independência total para as mesmas AVD avaliadas. (MINOSSO,2010). Para fins deste estudo considerou-se independentes os indivíduos que obtiveram pontuação máxima de 100, em contrapartida considerou-se com algum tipo de dependência os indivíduos que obtiveram pontuação inferior a 100. O teste **Timed Up and Go**, avalia o equilíbrio sentado para a posição em pé, estabilidade na deambulação e mudanças no curso da marcha. É um teste simples no qual o paciente é solicitado a levantar-se de uma cadeira (a partir da posição encostada), deambular uma distância de 3 m, virar-se, retornar no mesmo percurso e

assentar-se na cadeira novamente, com as costas apoiadas no encosto. Considerou-se que os indivíduos que conseguiram realizar esse teste em até 10 segundos eram independentes e sem alterações no equilíbrio e os que realizaram o teste em mais de 10 segundos possuíam algum tipo de dependência em transferências básicas e /ou alterações na mobilidade. (FIGUEIREDO, 2007).

- **Satisfação com a vida:** avaliada através da questão “em geral, de que forma o sr (a) avalia sua satisfação com a vida?” com opções de respostas por meio de uma escala Likert (muito boa, boa, regular, ruim ou péssima). Entretanto, no presente estudo foram observadas apenas três opções (muito boa, boa e regular).

4.6 Análise dos dados:

Foi elaborado um banco de dados no programa Excel , o qual foi transferido para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 18.0, para análise dos dados. As variáveis contínuas foram descritas por meio de médias e desvio padrão e as categóricas em números absolutos e relativos. Para avaliar a distribuição da média de variáveis (Mini Exame do Estado Mental, Índice de Barthel e teste de *Up and Go*) de acordo com a satisfação com a vida foi utilizado o teste ANOVA. Foi considerado o Intervalo de Confiança de 95% e um valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS. (ANEXO B) O projeto maior, no qual este estudo está inserido, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Prefeitura de Porto Alegre, sob processo nº 001036701 (ANEXO A). O estudo está em conformidade com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Todos os sujeitos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e a confidencialidade dos dados. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (APÊNDICE B), sendo que uma permaneceu com o idoso.

6 RESULTADOS

6.1 Características sociodemográficas e desempenho cognitivo

A tabela 1 mostra as características sociodemográficas dos sujeitos estudados em números absolutos e relativos e a média e DP do MEEM.

Tabela 1-Características sociodemográficas e desempenho cognitivo de idosos residentes na micro-área 1, da área de atuação da ESF Nossa Senhora de Belém. Porto Alegre, 2012

Variáveis	n= 85	(%)
Sexo		
Feminino	49	(57,6)
Masculino	36	(42,4)
Idade		
60 a 69 anos	45	(52,9)
70 a 79 anos	29	(34,2)
80 anos ou mais	11	(12,9)
Nível de Instrução		
0 anos	8	(9,4)
1 a 4 anos	29	(34,1)
5 a 8 anos	21	(24,8)
9 anos ou mais	27	(31,7)
Estado Conjugal		
Solteiro (a)	12	(14,1)
Casado (a)	30	(35,3)
Divorciado (a)/ Separado (a)	15	(17,7)
Viúvo (a)	28	(32,9)

Responsável pelo Domicílio

Próprio idoso	57	(67,1)
Cônjuge	15	(17,6)
*Outro	13	(15,3)

MEEM (0-30)

Média±DP	24,95	(4,06)
----------	-------	--------

*Outro (familiar ou não familiar); DP=Desvio Padrão; MEEM=Mini Exame do Estado Mental

Conforme observado na Tabela 1, referente à caracterização sociodemográfica, a maior parte dos idosos, do estudo era do sexo feminino (57,6%). A média para idade foi de 70 anos ($\pm 7,1$), sendo que 52,9% pertenciam à faixa etária de 60 a 69 anos. A média de anos de estudo foi de 6,3 anos ($\pm 4,6$), sendo que 43,5% tinham até 4 anos de estudo e 31,7% tinham 9 anos ou mais de estudo. Quanto ao estado conjugal, 35,3% eram casados e 32,9% eram viúvos. Em relação ao item responsável pelo domicílio 67,1% consideram o próprio idoso responsável pelo domicílio. O escore médio obtido no MEEM foi de 24,9 ($\pm 4,1$).

6.2 Satisfação com a vida e desempenho funcional

O gráfico 1 apresenta resultados referentes ao nível de satisfação com a vida dos idosos.

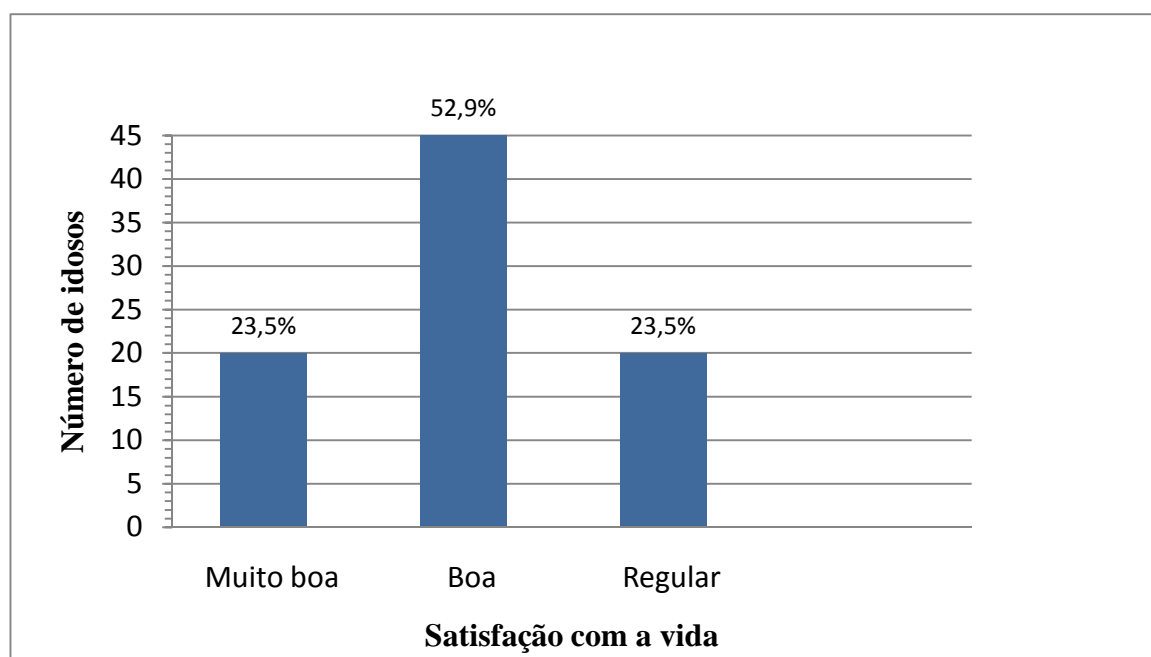


Gráfico 1- Distribuição dos idosos de acordo com a satisfação com a vida. Porto Alegre, 2012 (n= 85)

Em relação à satisfação com a vida, constatou-se que a maioria (52,9%) dos idosos entrevistados a classificaram como boa. Já para as categorias muito boa e regular, obteve-se a mesma proporção de 23,5% (Gráfico1).

A tabela 2 apresenta as médias e Desvio Padrão do desempenho funcional segundo o Índice de Barthel e *Timed Up and Go* da amostra estudada.

Tabela 2-Distribuição dos escores médios obtidos pelos idosos no desempenho funcional. ESF Nossa Senhora de Belém. Porto Alegre, 2012

Variáveis	Média n=85	Desvio Padrão
Desempenho funcional		
Índice de Barthel (0-100)	96,6	(7,92)
<i>Timed Up and Go</i> (em segundos)	15,4	(14,43)

Verifica-se na tabela 2, escores médios de 96,6 para as (ABVD) segundo o Índice de Barthel e de 15,4 para a mobilidade segundo o teste (TUG).

A tabela 3 apresenta a distribuição dos idosos segundo a dependência ou independência funcional.

Tabela 3- Distribuição dos idosos quanto o desempenho funcional de acordo com o índice de Barthel e o *Timed Up and Go*. ESF Nossa Senhora de Belém. Porto Alegre, 2012

Variáveis	n = 85	(%)
Índice de Barthel (0-100)		
Dependente (<100)	23	(27,1)
Independente (=100)	62	(72,9)

Timed Up and Go (em segundos)

Dependente (>10 segundos)	57	(67,1)
Independente (\leq 10 segundos)	28	(32,9)

n= tamanho da amostra

Observou-se conforme a tabela 3, que no item desempenho funcional segundo o Índice de Barthel 72,9% dos idosos apresentaram independência completa para as atividades básicas de vida diária. Já o item desempenho funcional segundo o teste *Timed Up and Go*, apenas 32,9% dos idosos apresentaram total independência para mobilidade.

6.3 Desempenho cognitivo e funcional de acordo com a satisfação com a vida

A tabela 4 apresenta a satisfação com a vida de acordo com o desempenho cognitivo e funcional dos idosos.

Tabela 4- Distribuição dos escores médios do desempenho cognitivo e funcional dos idosos de acordo com a satisfação com a vida. ESF Nossa Senhora de Belém. Porto Alegre, 2012 (n=85).

Variáveis	Satisfação com a vida			p*
	Muito boa	Boa	Regular	
MEEM (0-30)				
Média \pm DP	27 \pm 2,7	24,5 \pm 4,1	23,7 \pm 4,5	0,025
Índice de Barthel (0-100)				
Média \pm DP	98,7 \pm 4,5	96,6 \pm 7,4	94,5 \pm 11	0,23
TUG (em segundos)				
Média \pm DP	10,9 \pm 3,0	17 \pm 18,5	16,5 \pm 9,7	0,27

Nota: MEEM:Mini Exame do Estado Mental; DP= Desvio Padrão;* teste ANOVA ; TUG= *Timed Up and Go*

Observou-se que houve diferença decrescente e estatisticamente significativa no escore médio do MEEM, entre os idosos que consideraram a satisfação com a vida (muito boa, boa e regular). O Índice de Barthel, embora tenha apresentado média gradual entre as categorias de satisfação com a vida, com maior independência entre aqueles muito satisfeitos com a vida, não apresentou diferença estatisticamente significativa. Já o escore médio obtido

no TUG oscilou entre as categorias de satisfação com a vida não apresentando diferenças importantes entre essas (Tabela 4).

7 DISCUSSÃO

7.1 Caracterização sociodemográfica e cognitiva

As características sociodemográficas evidenciaram uma amostra predominantemente feminina, com prevalência de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos de idade. Estes dados são similares aos encontrados previamente em outros estudos brasileiros (COSTA,2006; MARIN,2010).

Segundo o Censo do IBGE, o mundo passa por um processo feminização da população idosa, situação que é bem intensa no Brasil. A maioria da população idosa de 60 anos ou mais de idade é composta por mulheres (55,7%), devido aos efeitos da mortalidade diferencial por sexo. (IBGE,2012).

A expectativa de vida a partir dos 60 anos aumentou, em todas as faixas de idade, tanto para homens quanto para mulheres, entretanto, a expectativa de vida das mulheres excede a dos homens. A tendência de as mulheres sobreviverem mais do que os homens, exibindo uma mortalidade menor que a masculina, ocorre em todo o mundo. (IBGE,2000)

Em relação à faixa etária, utilizando-se as subfaixas proposta por Veras (2002): idosos jovens (60 a 69 anos), meio idosos (70 a 79 anos) e idosos (80 anos ou mais), constatou-se um predomínio de idosos jovens. A prevalência dessa faixa etária mais jovem também foi encontrada em outros estudos (NAKATANI et al.,2009). Estudos apontam para o envelhecimento populacional evidenciado pelo aumento da proporção de idosos em relação à população total. No Brasil as taxas aceleradas de envelhecimento populacional, assinalam o rápido processo de transição demográfica que tem como principais determinantes a redução expressiva da taxa de fecundidade vinculada à intensa redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. (MENDES,2011). Essa dinâmica demográfica no Brasil vem apresentando uma diminuição no ritmo de crescimento populacional e mudanças na sua estrutura etária, provocando uma diminuição de crianças e jovens, aumento da população adulta e acentuada elevação de idosos (IBGE,2010).

Quanto à escolaridade a pesquisa mostrou um predomínio de idosos com até 4 anos de estudo. Esses dados corroboram aqueles encontrados na literatura nacional (DINIZ,2009). A escolaridade dos idosos é baixa, principalmente entre as mulheres, o que pode ser atribuído às políticas de educação predominantes na década de 1930 e 1940, quando o acesso à escola ainda era muito restrito. Entre idosos brasileiros em geral a média de anos de estudo foi de 3,9 anos, sendo que 32% têm menos de 1 ano de estudo (IBGE (2010), ou seja, menor do que a

média encontrada no presente estudo ($6,3 \pm 4,6$).

Observou-se ainda que 32% dos idosos apresentou 9 anos ou mais de estudos, situação diferenciada em relação aos estudos nacionais que indicam baixa escolaridade entre os idosos. É possível que também se deva ao fato do predomínio de idosos mais jovens e de população urbana de grande cidade, onde o acesso às escolas é maior quando comparado a áreas mais rurais.

No que tange à situação conjugal dos idosos pesquisados, os maiores percentuais foram de idosos casados 35,3%, seguido viúvos 32,9 %, o que se assemelha à outra pesquisa com idosos desta mesma faixa etária (NAKATANI,2009). Segundo Camarano (2004), a proporção de idosos casados cresceu entre ambos os sexos, principalmente, entre as mulheres. Em 1940, aproximadamente 30% das idosas eram casadas, proporção essa que passou para 41% em 2000.

Quando questionados sobre quem era o responsável pelo domicílio, grande parte dos idosos afirmou serem os próprios responsáveis, (67,1%). O crescente aumento na expectativa de vida e de condições sociais dos idosos pode contribuir para que estes assumam cada vez mais a responsabilidade pelos domicílios. Conforme Camarano (2004) a proporção de idosos responsáveis pelos domicílios não se alterou ao longo do tempo, ficando ao redor de 87% desde a década de 80, esses idosos são em sua maioria do sexo masculino. Embora essa proporção seja maior do que a encontrada no presente estudo, neste não foi avaliada a proporção diferencial por sexo.

No presente estudo, o escore médio obtido no MEEM foi de 24,9 ($DP \pm 4,06$) o qual foi mais elevado quando comparados a outros estudos a nível nacional Valle (2009) e também internacional, embora esse tenha considerado uma faixa etária acima de 65 anos (ANDERSON, 2007). Estes estudos de base populacional mostram ainda, associação entre o aumento da idade e baixos escores no MEEM. Dessa forma, o achado do presente estudo pode ter relação com a predominância de idosos considerados jovens e com um percentual significativo de idosos com 9 anos ou mais de estudo.

7.2 Satisfação com a vida e desempenho funcional

A maioria dos idosos, quando questionados sobre como consideravam a sua satisfação com a vida, responderam boa (52,9%) e, a mesma proporção (23,5%), muito boa ou regular. Assim, embora houvesse cinco opções de resposta, foram obtidas apenas três escolhas de respostas entre os sujeitos desta amostra. Este resultado vai ao encontro daqueles de outros estudos com a mesma faixa etária, que considerou a maioria dos idosos satisfeita com a vida

(JOIA,2007). É possível também, que a homogeneidade da amostra, por serem idosos de apenas uma micro-área, e a baixa prevalência de idosos dependentes encontrada neste estudo também tenha contribuído nessa auto-avaliação da satisfação com a vida.

Em relação ao desempenho funcional, na presente pesquisa, predominaram idosos independentes (cerca de 73%) para as (ABVD), ou seja, com pontuação igual a 100 na escala de Barthel. Outros estudos que utilizaram essa mesma escala e faixa etária também identificaram maior proporção de idosos completamente independentes (NAKATANI,2009; MINOSSO, 2010). Este achado pode também estar relacionado com a faixa etária prevalente neste estudo que são de idosos jovens (60 a 69 anos). Segundo Araújo (2007), a dependência funcional no idoso tende a aumentar gradualmente com a idade, sendo que em geral os idosos apresentam inicialmente dependências em atividades mais complexas de vida diária e posteriormente naquelas mais básicas. Já na avaliação da mobilidade pelo teste *Timed Up and Go*, houve um predomínio de idosos dependentes (67,1%). Embora a faixa etária de idosos mais jovens tenha predominado, a relação desta com a mobilidade não foi avaliada neste estudo.

Aveiro (2012) encontrou associação no comprometimento da mobilidade com a variável idade, ou seja, quanto maior a idade, maior a probabilidade de alteração na mobilidade. Por outro lado, Ferrantin (2007), não encontrou diferença estatisticamente significativa entre o aumento da idade e o aumento do tempo para a realização do (TUG). Outros estudos indicam ainda, que não há consenso sobre a interferência do aumento da idade sobre o tempo gasto nesse teste (STEFFEN, 2002).

O comprometimento na mobilidade está associado ao risco de quedas, situação que pode trazer complicações importantes como fraturas e limitações (MORAES,2012). Dessa forma, torna-se essencial incluir a avaliação da mobilidade durante a abordagem à saúde dos idosos, prevenindo situações de risco, como as quedas, bem como instituir ações de promoção à saúde desta população.

7.3 Desempenho cognitivo e funcional de acordo com a satisfação com a vida

Segundo Rabelo (2006), algumas variáveis podem prejudicar a avaliação subjetiva da satisfação com a vida, entre elas os déficits cognitivos e a incapacidade funcional.

Em relação à média do MEEM, constatou-se escores maiores para os idosos que consideraram sua satisfação com a vida muito boa ($27 \pm 2,7$) e médias decrescentes para as categorias boa e regular (Tabela 4), obtendo-se uma diferença estatisticamente significativa. Percebe-se a partir desses dados que há uma redução da satisfação com a vida de acordo com

o decréscimo no desempenho cognitivo. É possível que os idosos com comprometimento cognitivo leve já percebam tal fato, influenciando sua avaliação de satisfação com a vida. No desempenho funcional para as (ABVD), observou-se conforme o Índice de Barthel, que embora os escores médios tenham apresentado uma graduação decrescente entre as categorias de satisfação com a vida (Tabela 4), ou seja, a média do desempenho funcional foi maior entre aqueles muito satisfeitos com a vida, não houve diferença estatisticamente significativa. Porém, nota-se a partir destes dados um possível declínio no desempenho das atividades básicas de vida diária de acordo com a redução da satisfação com a vida desses idosos. Já o escore médio obtido no TUG oscilou entre as categorias de satisfação com a vida, apresentando média de 10,9, 17, e 16,5, respectivamente nas categorias muito boa, boa e regular. Percebe-se um aumento no tempo do TUG entre as duas últimas categorias citadas e isso pode representar algum tipo de comprometimento na mobilidade desses idosos que apresentaram menor satisfação com a vida, embora não tenha demonstrado diferença estatisticamente significativa neste estudo.

Em um estudo nacional que analisa três fatores importantes para a satisfação com a vida (o estado subjetivo de saúde, os contatos sociais e a situação financeira) de idosos com faixa etária de 53-95 anos, destaca o caráter subjetivo da satisfação com a vida não se baseando em fatos objetivos. Sabe-se que os fatos objetivos, como certas doenças que aumentam o risco de incapacidade, podem exercer certa influência sobre a satisfação subjetiva, porém é a forma que o indivíduo percebe e vivencia essas condições objetivas que determinará o seu julgamento de satisfação com a vida. (DOLL,1999)

Foram encontrados poucos estudos nacionais que abordassem o tema satisfação com a vida entre idosos, especialmente quando relacionado a outras variáveis, dificultando assim a análise comparativa deste estudo com outros dados de idosos brasileiros. O tamanho e a homogeneidade da amostra também podem ter sido um limitante na obtenção de resultados mais significativos, uma vez que esta pesquisa foi realizada somente com idosos de uma micro-área, e esses podem apresentar características semelhantes. Entretanto, pretende-se dar continuidade ao estudo, ampliando a análise para toda a população de idosos adscritos na unidade deste estudo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que a maioria dos idosos eram do sexo feminino, pertencentes à faixa etária de 60 a 69 anos, tinham até 4 anos de estudo e eram os responsáveis pelo domicílio. A média do MEEM encontrada no presente estudo foi de 24,9. Em relação à satisfação com a vida e ao desempenho funcional respectivamente, a maioria a classificou como boa e apresentou independência para as (ABVD), porém algum tipo de dependência para a mobilidade.

Através da proposta inicial deste estudo em avaliar a percepção subjetiva dos idosos e o seu desempenho funcional e cognitivo, obteve-se resultados que podem direcionar as ações de cuidado e planejamento de estratégias e ações de enfermagem de modo a produzir intervenções mais eficazes e resolutivas para os idosos dessa unidade local.

Com o expressivo aumento da população idosa as políticas públicas voltadas para a saúde do idoso, preconizam entre outras necessidades, a promoção do envelhecimento saudável, por meio de medidas que identifiquem precocemente algum grau de comprometimento funcional ou cognitivo, que restaurem a saúde desses idosos, que preservem a autonomia e a independência desse segmento populacional. Entretanto, é necessário que haja empenho e comprometimento tanto dos profissionais, quanto dos gestores para colocá-las e mantê-las em prática. Além disso, torna-se importante que a rede de saúde acolha essa população de forma integral, considerando inclusive o seu bem estar subjetivo. Acredita-se que mais estudos que envolvam a satisfação com a vida dos idosos devam ser realizados, principalmente, pesquisas que relacionem esse assunto com o desempenho funcional e cognitivo, entre outras variáveis. Foram encontrados poucos estudos nacionais que abordassem o tema, dificultando assim a análise comparativa deste estudo com outros dados. Sugere-se dar continuidade e ampliar a presente pesquisa de modo a caracterizar mais a população idosa atendida na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, T.M.; Brodaty, H.; Trollor, J.N.; Andrews, G.; **Effects of sociodemographic and health variables on Mini-Mental State Exam scores in older Australians.** Am J Geriatr Psychiatry. v.15, p.467-76, 2007. Disponível em <http://journals.lww.com/ajgponline/Abstract/2007/06000/Effects_of_Sociodemographic_and_Health_Variables.3.aspx>

Acesso em 03 de dezembro de 2012.

AVEIRO, M.C.; Driusso, P.; Barham, E.J.; Pavarini, S.C.J.I.; Oishi, J.; **Mobilidade e riscos de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos.** Ciência & Saúde Coletiva .v.17, n.9, p.2481-2488. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a28v17n9.pdf>>

Acesso em 03 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde . Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Caderno de Atenção Básica nº19. P 46. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>> Acesso em 10 de junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº2.528 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em 10 de junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2006.v.12. Atenção a Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. Acesso em 10 de junho 2012.

CAMARANO, A.A.; Kanso, S.; Mello, J.L.; Como vive o idoso brasileiro ? In: Camarano AA. (org). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA; 2004. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/idososalem60/Arq_06_Cap_01.pdf>. Acesso em 28 de novembro de 2012.

CAMARANO, A.A.; **Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica.** Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2.ed. pag.88. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.

COSTA, E.C. Nakatani, A. Y.K.; Bachion, M.M.; **Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária.** Acta Paul Enferm. v.19, n.1, p 43-8. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a07v19n1.pdf>> Acesso em 04 de dezembro de 2012

DINIZ, M.A.; Tavares, D.M.S; Rodrigues, L.R.; **Características sócio-demográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial.** Cienc Cuid Saúde. v.8, n.4, p.607-614, 2009. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9689/5393>>. Acesso em 03 de dezembro de 2012

DOLL, J.; **Satisfação de vida de homens e mulheres idosos no Brasil e na Alemanha.** Cadernos pagu. v.13, p.109-159, 1999

FERRANTIN, A.C.; Borges, C.F.; Morelli, J.G.S.; Rebelatto, J.R.; **A execução de AVDS e mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados.** Fisioterapia em movimento. v.20. n.3, p.115-121, 2007.

FIGUEIREDO, K.M.O.B.; Lima, K.C.; Guerra, R.O.; **Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos.** Rev. Bras. de Cineantropometria & Desempenho Humano, v.9, n.4, p. 408-413, 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/4111/16645>>. Acesso em 30 de maio 2012.

FOLSTEIN, M.F.; Folstein S.E.; High P.R.; Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12:189-95

FREITAS, E.V.; Py, L.; Cançado, F.A.X.; Doll, J.; Gorzoni, M.L.; Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

HULLEY, Stephen B.; Cummings, Steven R.; Browner, Warren S.; Grady, Deborah.; Hearst, Norman.; Newman, Thomas B.; Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. n.9. Rio de Janeiro, 2000, 97p.

_____. Síntese de Indicadores Sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas, n.27, Rio de Janeiro, 2010, 317p.

_____. Síntese dos Indicadores Sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas, n.29, Rio de Janeiro, 2012, 293p.

JOIA, L. C.; Ruiz, T.; Donalisio, M. R. **Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos.** Rev Saúde Pública, 41 (1), p.131-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/19.pdf>>. Acesso em: 27 de abril 2012.

KIMM, H.; Sull, J.W.; Gombojav, B.; Yi, S.; Ohrr, H.; **Life satisfaction and mortality in elderly people: The Kangwha Cohort Study.** BMC Public Health. 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-54.pdf>>. Acesso em 20 de junho 2012

KOIVUMAA-HONKANEN, H.; Kaprio, J.; Honkanen, R.J.; Viinamaki, H.; Koskenvuo, M.; **The stability of life satisfaction in a 15-year follow-up of adult Finns healthy at baseline.** BMC Psychiatry. v.5, n.4, p. 1-8. 2005. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244x-5-4.pdf>
Acesso em 11 de novembro de 2012

MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D.W. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 14:61-65, 1965

MARIN, M.J.S.; Bazaglia, F.C.; Massarico, A.R.; Silva, C.B.A.; Campos, R.T.; Santos, S.C.; **Características sócio-demográficas do atendimento ao idosos após alta hospitalar na Estratégia da Saúde da Família.** Rev Esc Enferm USP. v.44, n 4, p.962-8.2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/15.pdf>> Acesso em 03 de dezembro de 2012

M INOSSO, J.S.M; Amendola, F.; Alvarenga, M.R.M.; Oliveira, M.A.C.; **Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios.** Acta Paul.enferm.São Paulo; v.23, n 2, p.218-223.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielophp?pid=s0103-21002010000200011&script=sci_arttext> .Acesso em 18 de maio 2012

MENDES, E.V.; As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. 2ed. 549 p. Brasília-DF. 2011

MORAES, E.N.; **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.** Organização Pan-Americana da Saúde. 2012, 98p.

NAKATANI, A.Y.K.; Silva, L.B.; Bachion, M.M.; Nunes, D.P.; **Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenção pela equipe de saúde.** Rev .Eletr. de Enf.v.11, n.1, p.144-150.2009. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a18.pdf> Acesso em 21 de novembro de 2012

ONU. Organização das Nações Unidas. Assembléia mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena. 1982

OVANDO, L.M.K.; Couto, T.V.; **Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados.** O mundo da saúde, São Paulo; v.34, n 2, p.176-182.2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/75/176a182.pdf> Asso em 18 de maio 2012

PORTO ALEGRE. OBSERVAPOA. Porto Alegre em análise: sistema de gestão e análise de indicadores. [2011]. Disponível em: <http://bancoestatistico.procempa.com.br/>

_____. OBSERVAPOA. Porto Alegre Desigual: os vários retratos de uma metrópole. [2011]. Disponível em http://www2.portoalegre.rsgov.br/obsrvatorio/default.php?p_secao=44> Acesso em 06 de janeiro 2013.

_____. Planejamento Situacional Local 2011. Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém. Porto Alegre/RS, 2011.

RABELO, D.F.; Néri, A.L.; **Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão.** Estudos de Psicologia, v.11, n 2, p.169-177.2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-294x2006000200006> Acesso em 11 de junho de 2012.

SAYEG, M.A.; Mesquita, R.A.V.; Costa, N.E. **Políticas Públicas de Saúde para o**

Envelhecimento. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2.ed. pag.1394-1395. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan:2006.

SPOSITO, G.;Diogo, M.J.D'E.; Cintra, F.Ap.;Neri, A.L.; Guariento, M.E.; Sousa, M.L.R.; **Relações entre o bem- estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial.** Rev Bras.Fisioter, São Carlos; v.14, n 1, p. 81-90, jan/feb.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141335552010000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 18 de maio de 2012.

STEFFEN, T.M.;Hacker, T.A.;Mollinger, L.; Age-and Gender-Related Test Performance in Community-Dwelling Elderly People: Six-minute Walk Test, Berg Balance Scale, Timed Up & Go Test, and Gait Speeds. Physical Therapy.v.82.n.2,p.128-137.2002. Disponível em: <<http://physicaltherapyjournal.com/content/82/2/128.full.pdf>> Acesso em: 04 de dezembro de 2012.

TORRES, G.V.;Reis,L.A.; Reis,L.A.;**Avaliação da capacidade funcional em idosos residentes em área periférica do interior do Brasil. Bahia/Nordeste do Brasil.** Arq.Neuro Psiquiatr, São Paulo;v.68,n 1,fevereiro,2010. Disponível em:<http://www.scielo.php?pid=s0004-282x2010000100009&script=sci_arttext> .Acesso em 11 de junho de 2012

VALLE, E.A.;Costa-Castro,E.;Firmo, J.O.A.;Uchoa, E.;Lima-Costa, M.F.;**Estudos de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos:Projeto Bambuí.** Cad.Saúde Pública.Rio de Janeiro,v.25, n.4,p.918-926,abr.2009. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/23.pdf> Acesso em 03 de dezembro de 2012

VERAS,R.; Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva.In: Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em uma visão globalizada.São Paulo: Atheneu; 2002.p 383-93

APÊNDICE-A INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL</p> <p>ESCOLA DE ENFERMAGEM</p> <p>DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL</p> <p>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</p> <p>DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA</p> <p>Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr (a) não deseja responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta (apresentação do Termo de Consentimento).</p> <p>Nº Questionário: _____</p> <p>Município: Porto Alegre/RS</p> <p>Nome do(a) Entrevistador(a): _____</p> <p>Data da entrevista ____/____/____</p> <p>Nome do(a) idoso(a): _____</p> <p>Entrevistado: (1) idoso (2) cuidador (3) ambos</p> <p>Endereço: _____ nº _____</p> <p>Tel.: _____</p> <p>Microárea: _____</p> <p>.</p>	<p>NQUEST _____</p> <p>DATA __/__/__</p> <p>ENTREV _____</p> <p>MICROA _____</p>
--	--

A-INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

<p>A 1) Idade____(anos completos) Mês e ano de nascimento ___/____</p> <p>A 2) Sexo (1) Masculino (2) Feminino</p>	<p>BIDADE____ BMEAN___/___</p> <p>BSEXO_____</p>
<p>A 3) Qual é o seu estado conjugal? (1)Solteiro (2)Casado (a) (3)Divorciado (a)/desquitado (a) (4)Separado (a) (5)Viúvo (a) (6)Outro _____ (99) NS/NR</p>	<p>BECONJ_____</p>
<p>A 4) O Sr (Sra) mora sozinho? (1)Sim (2)Não</p>	<p>BMCASA_____</p>

B-PERFIL SOCIOECONÔMICO

<p>B1) Qual é a sua renda mensal? Idoso: _____ Família: _____ (99) NS/NR</p>	<p>CREMES_____</p>
--	--------------------

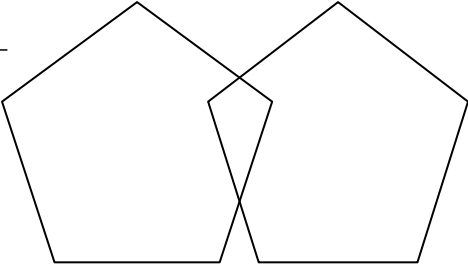
C-AVALIAÇÃO SATISFAÇÃO COM A VIDA

<p>C 1) Em geral, de que forma o (a) Sr (a) avalia sua satisfação com a vida? (1)Muito boa ou boa (2)Regular (3)Ruim ou péssima</p>	<p>BSVIDA_____</p>
---	--------------------

D- AVALIAÇÃO COGNITIVA (MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL)

<p>D1) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – <i>Anotar se acertou (1 ponto , errou (zero), ou não sabe (zero).</i></p>				<p>AORTEM _____</p> <p>(5 ITENS)</p>
Ano	()acertou	()errou	()Não sabe	
Semestre	()acertou	()errou	()Não sabe	
Mês	()acertou	()errou	()Não sabe	
Dia	()acertou	()errou	()Não sabe	
Dia da semana	()acertou	()errou	()Não sabe	
<p>D2) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – <i>Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).</i></p>				<p>AORESP _____</p> <p>(5 ITENS)</p>
Nome da rua	()acertou	()errou	()Não sabe	
Número da casa	()acertou	()errou	()Não sabe	
Bairro	()acertou	()errou	()Não sabe	
Cidade	()acertou	()errou	()Não sabe	
Estado	()acertou	()errou	()Não sabe	
<p>D3) REGISTRO - <i>Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote > Se o total for diferente de três repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda em no máximo 5 repetições. Anote o número de repetições que fez e nunca corrija a primeira parte. Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.</i></p> <p>Vou lhe dizer três palavras e quando terminar pedirei que repita-os, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?</p> <p><i>Lembrou = 1 Não lembrou = 0</i></p>				<p>AREGIS _____</p> <p>(3 ITENS)</p>
Árvore	()conseguiu	()não conseguiu		
Mesa	()conseguiu	()não conseguiu		
Cachorro	()conseguiu	()não conseguiu		
<p>Número de repetições: _____</p>				
<p>D4) ATENÇÃO E CÁLCULO - <i>Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).</i></p> <p>Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos</p>				<p>AATCAL _____</p> <p>(5 ITENS)</p>
100-7=93	()acertou	()errou	()Não sabe	
93-7=86	()acertou	()errou	()Não sabe	
86-7=79	()acertou	()errou	()Não sabe	
79-7=72	()acertou	()errou	()Não sabe	
72-7=65	()acertou	()errou	()Não sabe	

<p>D5) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS – Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem</p> <p>Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra.</p> <table border="1" data-bbox="217 360 1046 472"> <tr> <td>Árvore</td> <td><input type="checkbox"/> acertou</td> <td><input type="checkbox"/> errou</td> <td><input type="checkbox"/> Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input type="checkbox"/> acertou</td> <td><input type="checkbox"/> errou</td> <td><input type="checkbox"/> Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Cachorro</td> <td><input type="checkbox"/> acertou</td> <td><input type="checkbox"/> errou</td> <td><input type="checkbox"/> Não sabe</td> </tr> </table>	Árvore	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe	Mesa	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe	Cachorro	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe	<p>AMEEVO _____</p> <p>(3 ITENS)</p>
Árvore	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe										
Mesa	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe										
Cachorro	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe										
<p>D8) LINGUAGEM – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).</p> <p>Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)</p> <table border="1" data-bbox="217 640 1054 712"> <tr> <td>Caneta</td> <td><input type="checkbox"/> acertou</td> <td><input type="checkbox"/> errou</td> <td><input type="checkbox"/> Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Relógio</td> <td><input type="checkbox"/> acertou</td> <td><input type="checkbox"/> errou</td> <td><input type="checkbox"/> Não sabe</td> </tr> </table>	Caneta	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe	Relógio	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe	<p>ALINGU _____</p> <p>(2 ITENS)</p>				
Caneta	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe										
Relógio	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe										
<p>D9) Repita a frase que vou lhe dizer - (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale 1 ponto.</p> <p>NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ</p> <table border="1" data-bbox="217 891 1074 927"> <tr> <td>Conseguiu ()</td> <td>Não conseguiu ()</td> </tr> </table>	Conseguiu ()	Não conseguiu ()	<p>AREFRA _____</p>										
Conseguiu ()	Não conseguiu ()												
<p>D10) Dê ao idoso(a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: FECHOU OS OLHOS, diga-lhe:</p> <p>Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10 seg).</p> <table border="1" data-bbox="217 1178 1074 1214"> <tr> <td>Fechou os olhos () (1 ponto)</td> <td>Não fechou os olhos () (zero)</td> </tr> </table>	Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou os olhos () (zero)	<p>A FEOLH _____</p>										
Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou os olhos () (zero)												
<p>D11) Diga ao idoso(a):</p> <p>Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).</p> <table border="1" data-bbox="217 1429 1074 1570"> <tr> <td>Pegue o papel com a mão direita</td> <td><input type="checkbox"/> acertou</td> <td><input type="checkbox"/> errou</td> <td><input type="checkbox"/> Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Dobre esse papel ao meio</td> <td><input type="checkbox"/> acertou</td> <td><input type="checkbox"/> errou</td> <td><input type="checkbox"/> Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Ponha-o no chão</td> <td><input type="checkbox"/> acertou</td> <td><input type="checkbox"/> errou</td> <td><input type="checkbox"/> Não sabe</td> </tr> </table>	Pegue o papel com a mão direita	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe	Dobre esse papel ao meio	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe	Ponha-o no chão	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe	<p>APAPEL _____</p> <p>(3 ITENS)</p>
Pegue o papel com a mão direita	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe										
Dobre esse papel ao meio	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe										
Ponha-o no chão	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe										
<p>D12) Diga ao idoso(a):</p> <p>O (a) Sr(a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha?</p> <p>Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: “Isto é uma frase?” e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg)</p>	<p>A FRASE _____</p>												

<hr/> <p>Pontuação _____</p>	
<p>D13) Diga ao idoso(a): Por favor, copie este desenho:</p> <p>Mostre o desenho e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou dois ângulos (1 ponto)</p> <p>Pontuação: _____</p> 	<p>AESENH _____</p> <p>APONT _____</p>

E-DESEMPENHO FUNCIONAL (ÍNDICE DE BARTHEL)

Alimentação	(0) Dependente. (5) Necessita de ajuda para cortar a comida, espalhar a manteiga etc. (10)Independente (comida cozida e servida sob alcance, mas não cortada).	EALIME _____
Uso do Banheiro	(0) Dependente. (5) Necessita de ajuda, mas pode fazer algumas coisas sozinho, incluindo o uso do papel higiênico. (10)Independente.	EBANHE _____
Bexiga	(0) Incontinente. (5) Necessita de ajuda, tem acidente ocasional. (10)Continente, controla durante o dia e a noite.	EBEXIG _____
Intestino	(0) Incontinente. (5) Necessita de ajuda, ou tem acidente ocasional. (10) Continente.	EINTES _____
Banho	(0) Dependente necessita de alguma ajuda. (5) Independente.	EBANHO _____
Cuidados Pessoais	(0) Dependente necessita de alguma ajuda. (5) Independente, capaz de barbear-se, pentear o cabelo, lavar o rosto e escovar os dentes.	ECUIDP _____
Mobilidade (caminhar 50 mts)	(0) Dependente, imóvel. (5) Independente em cadeira de rodas. (10) Necessita de auxílio de uma pessoa (não treinada, incluindo supervisão). (15) Independente, pode usar qualquer órtese.	EMOBIL _____
Transferências	(0) Dependente, incapaz. Necessita de ajuda de Duas pessoas para levantar. (5) Necessita de grande ajuda. Auxílio físico de uma pessoa forte e treinada ou duas não treinadas. (10)Necessita de pequena ajuda. Uma pessoa com facilidade ou apenas supervisão para segurança. (15)Independente.	ETRANS _____
Escadas	(0) Dependente, incapaz. (5) Precisa de ajuda (verbal ou física). (10) Independente (para subir e descer), carregando a órtese.	EESCAD _____
Vestir-se	(0) Dependente. (5) Precisa de ajuda, mas parcialmente independente. (10)Independente, incluindo botões, zíper, laços.	EVESTI _____
Total: _____		ETOTAL _____

F-DESEMPENHO FUNCIONAL (MOBILIDADE: TESTE “GET UP AND GO”)**F. Desempenho Funcional**

Atenção: considere este teste como > 20 segundos se:

1. O indivíduo é relutante ou incapaz de completar o teste?
2. Para a realização do teste o paciente necessita usar 'gait belt', andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa.

TESTE “GET UP AND GO” CRONOMETRADO: “Eu gostaria que você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser “vá”, levante-se e caminhe em passo normal até a marca no chão (aproximadamente 3 metros), retorne até a cadeira e sente-se”. Anote o tempo total. **(Se omitir este item, marque a coluna C).**

(0) 0-10seg (1) 11-20seg (2) >20seg

TEMPO TOTAL: _____ segundos

GDFUNC _____

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO IDOSO/CUIDADOR

Título do Projeto:

Identificando idosos frágeis e com sintomas depressivos em uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre - RS

Prezado (a) Senhor (a)

Vimos pedir sua colaboração em um estudo que visa realizar uma avaliação quanto à presença de sintomas depressivos e de fragilidade nos idosos residentes na comunidade e vinculados ao posto N. Sra. de Belém. Solicitamos a(o) Sr(a) que atenda o(a) aluno(a) entrevistador(a) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituição responsável pela pesquisa, cujo crachá e identificação são obrigatórios. Os resultados do estudo serão avaliados e discutidos com a equipe de Saúde da Família, como forma de conhecer melhor as necessidades para melhor prestar o cuidado a essa população.

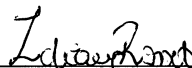
Os nomes dos participantes da pesquisa não serão divulgados. O(a) Sr(a) terá liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo, inclusive, retirar-se da mesma em qualquer etapa e isso não trará nenhum prejuízo a sua assistência na Unidade de Saúde. Esta entrevista terá duração de aproximadamente 45 minutos e não trará despesas, podendo causar possível desconforto físico ou psicológico, relacionados ao tempo de entrevista ou às perguntas.

Solicitamos a sua permissão para aplicar o questionário e, caso concorde, deverá assinar este termo de consentimento. Caso o(a) Sr(a) tenha dificuldades, solicitamos permissão ao seu cuidador para auxiliar na entrevista. Esperamos merecer sua confiança e nos colocamos à sua disposição para qualquer informação adicional nos telefones abaixo:

Em caso de qualquer outra dúvida, você poderá contatar com o professora Orientadora do projeto, Idiane Rosset Cruz responsável pelo estudo, pelo telefone (51) 33085425, ou com a acadêmica Marina Steconela pelo telefone (54) 99031868/ (51)33986599 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pelo telefone (51) 32895517 ou 91441379.

Nome do sujeito de pesquisa

Assinatura do sujeito de pesquisa




Profª Idiane Rosset Cruz

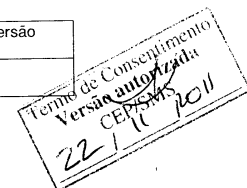
Entrevistador (nome)

Eu, _____ Declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar desta pesquisa. Idoso () Cuidador ()

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador (a) responsável.

Rubrica Sujeito de Pesquisa	Rubrica Pesquisador Responsável	Data	TCLE - versão
			



ANEXO A-Parecer do Comitê de Ética da Prefeitura de Porto Alegre



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Idiane Rosset Cruz
Registro no CEP: 683 **Processo N°:** 001.036701.11.4
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – ESF Nossa Sra de Belém
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.036701.11.4, referente ao projeto de pesquisa: “**Identificando idosos frágeis e com sintomas depressivos em uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre/RS**”, tendo como pesquisador responsável Idiane Rosset Cruz cujo objetivo é “- Avaliar as características sócio-econômicas, demográficas e de saúde dos idosos vinculados à ESF Nossa Sra. de Belem; Identificar os idosos frágeis e, conseqüentemente, estimar a prevalência de depressão entre esses idosos; Avaliar a relação entre a Síndrome Geriátrica de Fragilidade, depressão, estado cognitivo, tipo e número de morbidades e as demais variáveis do estudo, como aquelas de ordem demográfica e sócio-econômica; identificar os cuidados de enfermagem prestados a esses idosos, bem como propor novos cuidados, se necessário for”.

ADENDO: inclusão de um questionário sobre a saúde bucal

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como APROVADO.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data e a apresentação do trabalho em CD no final;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas, a apresentação do trabalho e o formulário de relatório que consta no site deste CEP.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 27/03/2012.

Elen Maria Borba
 Coordenadora do CEP

ANEXO B-Carta de aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS

Projetos

<https://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/ComissaoUnidade/form...>

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Idiane Rosset Cruz

Projeto N°: 23584**Título:** SATISFACAO COM A VIDA E DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS EM UMA UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE PORTO ALEGRE-RS

COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

O projeto de pesquisa SATISFAÇÃO COM A VIDA E DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE-RS corresponde a um TC do Curso de Enfermagem. Faz parte de um projeto maior já aprovado pelo CEP da Prefeitura de Porto Alegre. É um estudo quantitativo sobre satisfação com a vida e desempenho funcional de todos os idosos que pertencem à população adscrita de uma ESF de Porto Alegre. O trabalho está bem elaborado em todas as suas partes. Retrata o interesse e implicação da aluna com a comunidade e com o tema da pesquisa. Sugiro apenas uma alteração acerca do uso do termo "amostra de conveniência", porque como ela irá entrevistar todos os idosos que fazem parte da população de referência não se trata de uma amostra e sim de uma população de idosos de um determinado local. No mais, o projeto atende todos os requisitos e está aprovado.