

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

SABRINA PICCINELLI ZANCHETTIN SILVA

**CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS COM IDADE IGUAL
OU ACIMA DE 80 ANOS**

MARÍLIA
2015

Sabrina Piccinelli Zanchettin Silva

Condições de vida e saúde dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria José Sanches Marin

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Renta Rodrigues

Marília

2015

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa,
desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Famema.

S586c Silva, Sabrina Piccinelli Zanchettin.
Condições de vida e saúde dos idosos com idade
igual ou acima de 80 anos / Sabrina Piccinelli Zanchettin
Silva. - - Marília, 2015.
75 f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José Sanches Marin.
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Renata Rodrigues.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde e
Envelhecimento) - Faculdade de Medicina de Marília.

1. Determinação de Necessidades de Cuidados de
Saúde. 2. Idoso de 80 Anos ou mais. 3. Condições
 Sociais.

Sabrina Piccinelli Zanchettin Silva

Condições de vida e saúde dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Comissão examinadora:

Prof^a Dr^a Maria José Sanches Marin
Faculdade de Medicina de Marília

Prof. Dr. Pedro Marco Karan Barbosa
Faculdade de Medicina de Marília

Prof. Dr. Luís Carlos de Paula e Silva
Departamento Regional de Saúde de Marília

Data de aprovação: _____

A Deus,

E ao meu amado esposo, Fabio.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, que me capacitou e deu sabedoria para execução deste estudo,

Ao meu querido esposo, Fabio, por toda a paciência e amor neste período tão importante de minha carreira acadêmica,

Aos meus pais, Claudio e Natalina, que sempre estiveram comigo,

À Faculdade de Medicina de Marília, que me proporcionou esta oportunidade,

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria José Sanches Marin, pela dedicação e apoio na execução da pesquisa,

À Secretaria Municipal de Saúde, que possibilitou a execução do projeto,

Aos idosos que contribuíram na pesquisa. Sem vocês esta pesquisa não seria possível,

À Capes pelo apoio financeiro,

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para sua concretização deste trabalho.

“Agora, nosso Deus, damos-te graças, e
louvamos o teu glorioso nome”.
1 Crônicas 29:13

RESUMO

Introdução: A população mundial atravessa um período de transição demográfica e epidemiológica, sendo que os idosos, com 80 anos ou mais, representam o segmento populacional que mais cresce. **Objetivo:** Traçar o perfil sociodemográfico e das condições de vida e saúde de idosos com 80 anos ou mais no município de Marília. **Método:** O estudo é de caráter quantitativo-descritivo, realizado nas áreas de abrangências das Unidades de Atenção Básica à saúde. A população, composta por 95 idosos com idade de 80 anos ou mais, foi avaliada por meio de um instrumento de coleta de dados contendo a caracterização sociodemográfica, as condições de saúde, além do uso do Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody; Escala Geriátrica de depressão e Miniexame do estado mental. **Resultados:** A idade variou de 80 a 102 anos, com uma média de 85,4 anos, com predomínio de mulheres e de viúvas. O idoso tem desempenhado um papel financeiro importante dentro da renda familiar. A rede de apoio familiar mostrou-se eficaz e os idosos sentem-se satisfeitos com as relações familiares. Quanto a acesso ao sistema de saúde, 32,7% declararam ter dificuldade. Sobre as atividades básicas de vida diária, 65,2% são independentes em todas as funções avaliadas, enquanto, nas atividades instrumentais, a dependência mostrou-se maior. No que diz respeito ao uso de medicamentos, 45,3% utilizam 5 ou mais, sendo as doenças mais prevalentes a Hipertensão Arterial e a Diabetes Melitus. Na avaliação do estado mental, 19% foram classificados com declínio cognitivo. Dos entrevistados, 29,5% estão sob suspeita de depressão. **Conclusão:** A população estudada apresenta boas condições de vida, com acesso a boas condições de saneamento e moradia, contando com apoio de familiares. Apesar da idade avançada, a quantidade de medicamentos e doenças assemelha-se ao que ocorre entre idosos de outras faixas de idade. Mantêm preservadas as atividades básicas de vida diária, porém com limitações para as atividades instrumentais. A existência de limites e possibilidades dessa população indica a importância de tornar efetivas as políticas voltadas ao idoso.

Palavras-chave: Determinação de necessidades de cuidados de saúde. Idoso de 80 Anos ou mais. Condições sociais.

ABSTRACT

Introduction: The world population has been going through a period of demographic and epidemiologic change, as elderly people at the age of 80 or above represent the most increasing population segment. **Goal:** Setting the socio-demographic and life and health conditions profile of elderly people at the age of 80 or above in Marília city. **Method:** The study is performed in a quantitative-descriptive model in the areas covered by the health Basic Attention Units. The population was formed by 95 elderly people at the age of 80 or above, evaluated through a tool of data collection containing information regarding the socio-demographic characterization, general data regarding health conditions, besides the Katz index and Lawton and Brody Scale; Geriatric Scale of depression and Mini mental state examination. **Results:** The age range was between 80 and 102 years old, having an average of 85.4 years old, and predominance of women and widows. The elderly people perform an important financial role within the family income. The family support network has shown to be effective and the elderly people feel satisfied concerning family relations. Regarding access to the health system 32.7% stated to have had difficulties. As to daily living basic activities, 65.2% are independent in all of the assessed functions, on the other hand for the instrumental activities the dependence was shown to be higher. Concerning the use of medications, 45.3% use 5 or more, having as the most prevalent diseases the Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus. Regarding the basic instrumental daily living activities, the elderly people showed a significant degree in autonomy, mainly for the basic activities. In the mental state examination, 19% were classified as having a cognitive decline. Among the interviewee 29.5% are suspected to be depressed. **Conclusion:** The studied population presents good life conditions, has had access to good sanitation and housing with family support. Despite of the old age, the amount of medication and diseases, is similar to what happens among elderly people from other age ranges. They keep the basic activities of daily living preserved, however they are limited for the instrumental activities of daily living. The existence of limits and possibilities of this population indicates the importance of making the policies related to elderly effective.

Key-words: Needs assessment. Aged, 80 and over. Social conditions.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Porcentagem de Idosos com 80 anos ou mais em diferentes países e regiões do mundo, em 1950, 2000, 2050 e 2100 (projeção).....	12
Tabela 2 - Distribuição das unidades selecionadas de acordo com número total de idosos e proporção de população com plano de saúde suplementar, bolsa família, abastecimento de água e coleta de lixo pela rede pública. Marília, 2013.	20
Tabela 3 - Distribuição das unidades selecionadas de acordo com número de entrevistados e visitados, idosos não encontrados, recusas e óbitos. Marília, 2013.	21
Tabela 4 - Características sócio demográficas dos idosos acima de 80 anos. Marília, São Paulo. 2014.....	26
Tabela 5 - Satisfação dos idosos acima de 80 anos com o apoio familiar. Marília, 2014.	27
Tabela 6 - Condições de saúde dos idosos acima de 80 anos. Marília, 2014.....	29
Tabela 7 - Avaliação do grau de dependência para atividades instrumentais da vida diária dos idosos acima de 80 anos. Marília, 2014.....	31
Tabela 8 - Lista de doenças referidas nos idosos acima de 80 anos. Marília, 2014.....	32
Tabela 9 - Distribuição dos idosos acima de 80 anos de acordo com número de medicamentos que utiliza e quantidade de doses por dia. Marília, 2014.....	33
Tabela 10 - Adesão ao uso de medicamentos dos idosos acima de 80 anos. Marília, São Paulo. 2014.....	34
Tabela 11 – Lista de medicamentos utilizados segundo a Classificação Anatômica, indicado pelos grupos farmacológicos nos idosos acima de 80 anos. Marília, 2014.....	35

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Introdução.....	10
1.2	Definição de Idoso.....	11
1.3	O envelhecimento da população: Aspectos demográficos.....	11
1.4	Sobre o envelhecimento.....	13
2	OBJETIVO.....	18
2.1	Objetivo Geral.....	18
2.2	Objetivos Específicos.....	18
3	MÉTODO.....	19
3.1	Tipo de estudo.....	19
3.2	Local de estudo.....	19
3.3	População e amostra.....	20
3.4	Instrumentos de Coleta de Dados.....	21
3.5	Procedimento do estudo.....	23
3.6	Análise do estudo.....	23
3.7	Aspectos éticos.....	23
4	RESULTADOS.....	25
5	DISCUSSÃO.....	36
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERENCIAS.....	49
	APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados.....	59
	ANEXO A – Aprovação do Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa.....	71
	ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Marília.....	72
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	75

1 INTRODUÇÃO

1.1 Introdução

O crescimento da população idosa se deve à melhoria do acesso aos serviços de saúde, associado às campanhas de vacinação, avanços tecnológicos da medicina, aumento do nível de escolaridade, investimento em infraestrutura de saneamento básico, dentre outros fatores, culminando na redução das taxas de fertilidade e aumento da expectativa de vida⁽¹⁻²⁾.

No Brasil, esse processo, iniciado nas décadas de 1950 e 1960, ainda continua. Nos próximos anos, a taxa de mortalidade permanecerá estável, enquanto a natalidade vai continuar caindo, o que favorecerá o envelhecimento populacional⁽³⁾.

Quando se considera o Índice de Envelhecimento, definido pelo número de pessoas de 60 e mais anos de idade, em relação a cada 100 menores de 15 anos, residentes em um determinado espaço geográfico, encontra-se o seguinte resultado no ano de 1996, era de 25,0; subindo para 28,9 no ano 2000; 33,9 em 2005 e 44,8 no ano de 2010⁽⁴⁾.

O envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma diferente ao redor do mundo. Os países da Europa Ocidental iniciaram-no de forma precoce, já os da América Latina e Caribe tiveram uma iniciação tardia e, por fim, há aqueles que ainda não iniciaram como os países africanos⁽⁵⁾. No Brasil o envelhecimento populacional caracteriza como um dos fenômenos sociais mais significativos para a economia e para a sociedade desde a metade do século passado.

Na análise das consequências do processo de envelhecimento para países em desenvolvimento têm sido consideradas distintas possibilidades. Uma delas aponta para a condição de a curva de mortalidade ser “empurrada para frente”, assim como a da morbidade e da incapacidade e, ao caminharem juntas, a maior sobrevivência não apresentará incapacidade. Ao contrário disso, discute-se que os anos vividos não serão acompanhados pela redução de morbidade e incapacidade, levando ao aumento das doenças e da incapacidade. Outra condição possível seria que o aumento dos anos vividos, a frequência de doenças crônicas e a conservação da autonomia ocorriam de forma independente entre si, porém dependentes de intervenções que viassem retardar o início das doenças ou suas complicações⁽⁵⁾.

1.2 DEFINIÇÃO DE IDOSO

Para definição de idoso, o critério cronológico tem sido o mais utilizado. A Política Nacional do Idoso⁽⁶⁾ e o Estatuto do Idoso⁽⁷⁾ definem idoso como pessoas com 60 anos ou mais. Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde considera como idoso o indivíduo com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Com o aumento da longevidade, surge o que se denominou de quarta idade, que se compõe das pessoas com mais de 80 anos, população que vem apresentando significativo crescimento⁽⁸⁾.

O termo idoso, no dicionário⁽⁹⁾, está definido como “quem tem mais idade”. Entretanto, compreende-se que ser idoso é um conceito transdisciplinar, composto de várias dimensões, tais como: biológica, psicológica, social e espiritual, concluindo-se que representa o final do processo de desenvolvimento de vida⁽¹⁰⁾.

Por isso, o envelhecer não está relacionado somente com a idade cronológica, mas também com a capacidade de responder às necessidades da vida e à busca por objetivos e novas conquistas⁽⁸⁾.

Assim, o envelhecimento caracteriza-se por um processo individual e as mudanças físicas, comportamentais e sociais desenvolvem-se em ritmos diferentes para cada pessoa. Apesar disso, vale ressaltar que para a aplicação de políticas públicas é importante a demarcação de grupos populacionais^(8,11).

1.3 O envelhecimento da população: Aspectos demográficos

O processo de envelhecimento mundial deve-se à transição demográfica e epidemiológica, traduzindo na redução das taxas de fecundidade, de natalidade e de mortalidade, o que acarreta menor número de jovens ingressando na população⁽⁵⁾. Esse processo implica elevação na expectativa de vida da população mundial: em 1950 era de aproximadamente 47 anos; em 2010, de 69 anos, enquanto se estima que, em 2050, ela alcance os 76 anos⁽¹²⁾.

Nas regiões mais desenvolvidas, os idosos representam 23% da população, com projeção para que em 2050 cheguem a 32% e 34%, em 2100. Nos países em desenvolvimento eles representam 9% da população, com projeção de que, em 2050, atinjam 19%, e triplicarem esse número até 2100, chegando a 27%⁽¹³⁾.

Tabela 1. Porcentagem de Idosos com 80 anos ou mais em diferentes países e regiões do mundo, em 1950, 2000, 2050 e 2100 (projeção).

Ano				
País	1950 (em %)	2000 (em %)	2050 (em %)	2100 (em %)
Angola	0.3	0.2	0.5	2.8
Brasil	0.3	1.0	6.8	15.0
China	0.3	1.1	6.5	11.0
Índia	0.4	0.5	2.3	7.5
Japão	0.4	3.7	15.6	19.1
França	1.6	3.7	10.7	14.3
Alemanha	0.9	3.5	14.4	16.4
Itália	1.0	4.1	13.8	16.4
EUA	1.1	3.2	7.9	11.2
Europa	1.0	2.9	9.5	12.9
América Latina e Caribe	0.4	1.1	5.7	13.4

Fonte: UN⁽¹³⁾

Dentro desse contexto, destaca-se a população idosa com 80 anos ou mais. Enquanto a população com 60 anos ou mais deverá triplicar até 2100, a de pessoas com 80 anos ou mais deverá aumentar quase sete vezes no mesmo período. Em números absolutos, poderá passar de 120 milhões de pessoas em 2013 para 830 milhões em 2100⁽¹³⁾, conforme Tabela 1.

A população de idosos brasileiros em 2000 representava 5,5%; para o ano de 2050, a projeção é que atinja 22,5% e, em 2100, 32,6%, enquanto os acima de 80 anos, em 2000 eram 1%, para o ano de 2050 a projeção é de 6,8% e, em 2100, de 15%⁽¹⁴⁾.

Ao se considerar que em 2025 o Brasil contará com uma população de idosos de 65 anos ou mais, em torno de 24 milhões, depreende-se que a faixa etária de 80 anos ou mais irá perfazer um total aproximado de 5 milhões de pessoas ⁽⁵⁾. Sendo assim, o grupo de “mais idosos ou idosos em velhice avançada”, constitui-se no segmento populacional que mais tem crescido nos últimos tempos⁽¹⁾.

1.4 Sobre o envelhecimento

Apesar dos avanços em relação ao processo de envelhecimento, entre os 650 mil novos idosos que anualmente se incorporam à população brasileira, grande parte apresenta doenças crônicas não transmissíveis e limitações funcionais, o que acarreta agravos à saúde, diferentes níveis de dependência, demandando assistência de longa duração e de alto custo⁽¹⁵⁾. Além disso, segundo censo demográfico do IBGE, em 2010, 17% da população idosa possuía renda inferior a meio salário mínimo e 53% deles possuíam renda de até um salário mínimo⁽¹⁶⁾.

A transição epidemiológica brasileira se desenvolveu em quatro etapas, a primeira refere-se ao predomínio das doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; a segunda diz respeito à reintrodução de doenças, como a Dengue e a Cólera; a terceira diz que o processo de envelhecimento não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbimortalidade persiste elevada por ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada; a quarta e última etapa relata que as situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastantes, havendo o que se chama de polarização epidemiológica⁽¹⁷⁾.

Frente a esse contexto e ao despreparo da sociedade para lidar com tal condição, o cotidiano do idoso torna-se permeado por intensa problemática, envolvendo a desvalorização das aposentadorias e pensões, a falta de assistência e atividades de lazer, a desinformação e a precariedade de investimentos públicos para atendimento das necessidades próprias dessa faixa etária⁽¹⁸⁾. No campo da saúde, apesar das políticas voltadas à saúde do idoso, faltam ainda estratégias para conhecer e diagnosticar a capacidade física, fisiológica e mental, tendo em vista que, com o avanço da idade, é maior o uso dos serviços de saúde⁽¹⁹⁾.

Em vista disso, vem crescendo a preocupação com essa parcela da população. Os idosos apresentam condições específicas que os tornam mais vulneráveis a perdas, tanto do ponto de vista funcional como emocional, social e econômico, predispondo-os, principalmente, à presença de múltiplas doenças, baixa autoestima, depressão, incapacidade para realizações e pobreza, com grandes interferências na qualidade de vida.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁽²⁰⁾, 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 adoecimento e morte.”

Este processo de envelhecimento, no entanto, enquanto resultante de múltiplas condições incluindo tanto aspectos fisiológicos como social, cultural e econômico, ocorre de forma distinta entre os indivíduos e entre os diferentes contextos sociais, o que torna difícil delinear parâmetros a partir dos quais ele possa ser considerado⁽²¹⁾.

No processo de envelhecimento da população destaca-se, o predomínio de mulheres: no Brasil, tem-se 96 homens para cada 100 mulheres⁽²²⁾. Atribuindo-se ao sexo feminino, quando comparado ao sexo masculino, maior vulnerabilidade no estado de saúde em relação a risco de quedas, presença de múltiplas doenças, uso de múltiplos medicamentos, obesidade, pobreza e dependências diversas⁽¹²⁾.

Neste cenário composto de expectativa de vida maior entre as mulheres e a tendência de homens se casarem com mulheres mais jovens, explica-se o aumento do número de mulheres viúvas. Acrescenta-se a isso que as mulheres idosas tornam-se sozinhas e altamente vulneráveis à pobreza e ao isolamento⁽¹²⁾.

Como as mulheres historicamente executam o papel de cuidadora, o que contribui para a crescente pobreza e má saúde na idade avançada⁽¹²⁾, elas constituem a maioria dos pobres, tanto entre os idosos como entre os não idosos. Os idosos, pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho, constitui uma parcela da população vulnerável ao estado de pobreza, passando a depender significativamente de outras fontes de renda, principalmente da aposentadoria. Além disso, tendem a apresentar maior volatilidade na sua estrutura de gastos, decorrentes, quase sempre, do inesperado surgimento de despesas, principalmente com a saúde⁽²³⁾.

No que tange ao acesso dos idosos ao sistema de saúde, um estudo realizado em São Paulo evidenciou que 41% da amostra estava coberta por um plano/seguro privado, apesar de esse não cobrir a totalidade de consultas médicas, ter baixa cobertura de próteses e de medicamentos. Quanto à utilização dos serviços de saúde, aproximadamente 83% realizaram pelo menos 1 consulta médica no último ano, enquanto 4,7% teve, pelo menos, uma internação no mesmo período⁽²⁴⁾. Em tal contexto os idosos referem dificuldade de acesso ao tratamento e

a medicamentos considerados essenciais nos casos de doenças debilitantes como, diabetes e cerebrovasculares⁽²⁵⁾.

Neste âmbito os idosos são os que mais consomem os serviços de saúde, visto ficarem mais internados e ter maior tempo de ocupação do leito, o custo dessas internações só tende a aumentar conforme a idade⁽²⁶⁾.

A morbidade hospitalar é maior entre os idosos. Naqueles mais idosos, a causa está associada à insuficiência cardíaca (33,2%), pneumonia (30,3%), bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (22%), acidente vascular cerebral não especificado (13,3%), outras doenças isquêmicas do coração (7,6%) e desnutrição (5,3%)⁽²⁶⁾.

Quanto à capacidade funcional de idosos, uma pesquisa ⁽²⁷⁾ realizada na cidade do Rio de Janeiro mostrou que 67,6% dos idosos referiram ter completa autonomia e independência para a realização de todas as suas atividades, sejam elas atividades da vida diária (alimentar, banhar-se, higiene pessoal, vestir-se, transferir-se de um local a outro) ou atividades instrumentais da vida diária (preparar a própria comida, limpar a casa, lavar a roupa, cuidar dos próprios medicamentos, usar o telefone, fazer compras e ir ao médico ou a eventos sociais sem ajuda). Constata-se que esta última sofre influências significativas com o avançar da idade.

Quanto à população de idosos acima de 80 anos, encontrou-se que 70,27% dos homens relataram não ter dificuldades para realizar atividades da vida diária (AVD), enquanto na população feminina este número é de 63,84%. Além disso, foi evidenciado nesse estudo que as dificuldades dos idosos são crescentes conforme aumenta a idade⁽²⁸⁾.

Quanto à percepção de saúde, 69,4% dos entrevistados de uma pesquisa com idosos de 80 anos ou mais declararam que sua condição de saúde é regular/ruim, enquanto 30,6% disseram ser excelente/boa. No mesmo estudo, percebeu-se que essa população é a que mais sofre em relação a dificuldades sensoriais e problemas ósteoarticulares. Frente a isso, os autores destacam que o maior desafio na atenção à saúde do idoso consiste em garantir que sejam capazes de redescobrir possibilidades e desfrutar da melhor qualidade de vida possível⁽²⁹⁾.

No tocante aos direitos, os da população idosa vêm sendo assegurados em forma de lei desde a elaboração da Constituição Federal em 1988. Em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional, foi instituída e regulamentada, em 1996, a Política Nacional do idoso (PNI)⁽³⁰⁾, a qual tem como

finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover ou manter sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Essa política traz responsabilidades partilhadas pelo Estado, família, sociedade civil, ministério público, órgãos públicos e instituições sociais e assegura aos idosos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida⁽³¹⁾.

Em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso pela Lei n 10741. Essa lei prevê a prioridade às normas de proteção aos direitos do idoso, que vão desde o atendimento permanente, o aprimoramento de suas condições de vida até a inviolabilidade física, psíquica e moral. Em seu artigo 18 determina que “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como a orientação aos cuidadores e familiares e grupos de autoajuda”⁽⁷⁾.

Por meio do Ministério da Saúde, a Portaria 2528⁽³²⁾ estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), que tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos, a recuperação, a manutenção e a promoção da autonomia e da independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas de saúde coletivas para esse fim, em consonância com os princípios do SUS.

Em 2006, o Ministério da Saúde aprova o “Pacto pela Saúde” com a finalidade de estabelecer novos compromissos em nível federal, estadual e municipal, com ênfase nas necessidades da população, visando a defesa da vida, defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e Gestão do SUS. Assim, no Pacto em defesa da vida, a saúde do idoso surge como uma das seis prioridades estabelecidas. Cabe destacar que a Portaria GM nº 2528, de outubro de 2006, define que a atenção à saúde do idoso terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família⁽³³⁾.

Entende-se, portanto, que as políticas estão, de fato, direcionando a atenção à saúde do idoso de forma a aumentar e a facilitar o acesso a todos os níveis de atenção, com estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado⁽²⁴⁾. No entanto, tem se observado que o direcionamento dado pelas políticas de atenção ao idoso ainda estão distantes de serem implementadas na sua totalidade, o que dificulta a usufruir de seus direitos. Nesta discrepância entre o proposto e a implementação, ficam a cargo da família e das redes de apoio informal a atenção e o

cuidado dos idosos incapazes de se cuidarem. Tal foco torna-se ainda mais preocupante quando se trata da população dos mais idosos.

E assim, cresce o desafio de um tempo de vida maior, acompanhado de qualidade, pois, essa fase pode vir acompanhada de incapacidade, dependência, necessidade de cuidados prolongados, de instituições de longa permanência, perda de papéis sociais, isolamento, solidão, depressão e falta de um sentido para a própria vida⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Frente a isso, é necessário que as transformações sejam adaptáveis a uma vida saudável, uma vez que o envelhecer não pode determinar que o idoso seja um ser doente, perdendo sua capacidade e poderes sobre a saúde⁽³⁶⁾.

Assim, nesse novo cenário epidemiológico, esperam-se mudanças na atenção à saúde da população idosa, para que essas pessoas consigam desfrutar com qualidade os anos a mais de vida, pois a longevidade de nada adianta se vier acometida por incapacidades⁽³⁷⁾.

Perante ao exposto surgem alguns questionamentos acerca das condições de vida e de saúde dos idosos de 80 anos ou mais: Como estão suas condições de vida e saúde frente aos múltiplos fatores de vulnerabilidade em que se encontram? Em que medida o aumento da expectativa de vida vem sendo acompanhada pela manutenção da autonomia para atividades básicas e instrumentais da vida diária e capacidade cognitiva? Quais as doenças mais prevalentes e os medicamentos que utilizam?

Justifica-se, então, o desenvolvimento de estudos que visem compreender como a população de idosos está vivendo, o que poderá contribuir com dados para futuras ações de saúde.

Tem-se, portanto, a hipótese de que as pessoas com 80 anos ou mais apresentam piores condições de vida e de saúde, principalmente maior grau de dependência para as atividades de vida diária quando comparadas com os idosos de outras faixas etárias.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Traçar um perfil sociodemográfico e das condições de vida e de saúde dos idosos com 80 anos ou mais em um município de médio porte do interior paulista.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Caracterizar as condições sócio-demográficas, a rede de apoio familiar e social e o acesso aos serviços de saúde dos mais idosos;

2.2.2 Avaliar a capacidade funcional, cognitiva e a presença de sintomas depressivos.

2.2.3 Identificar as principais doenças referidas e os medicamentos que utilizam.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, que permite identificar existência de necessidades e proporcionar dados básicos para futuros estudos ou ações. Nesse tipo de estudo, a informação reunida resulta de mensuração formal e é analisada com procedimentos estatísticos. Envolve, assim, a predominância, a incidência, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenômeno ⁽³⁸⁾.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Marília – São Paulo, situada na região Centro-Oeste Paulista, cerca de 450 Km de distância da capital do Estado. Considerada pólo nacional na área alimentícia, conta com uma população de aproximadamente 228 mil habitantes com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,798⁽³⁹⁾.

Atualmente o município conta com cinco hospitais, 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 34 Unidades de Saúde da Família (USF), as quais constituem, em suas áreas de abrangência, a porta de entrada do sistema de saúde. No período de 1998 a 2000, o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) foi implantado em todas as UBS. As USF foram implantadas no município, a partir de 1998, de forma gradativa⁽⁴⁰⁾.

As USF do município, de maneira geral, cumprem os requisitos mínimos necessários à sua implantação, conforme preconiza o Ministério da Saúde, em relação à estrutura física; composição da equipe mínima e desenvolvimento dos programas nacionais básicos; organização do trabalho em equipe centrado nas necessidades dos usuários e discutidas em reuniões semanais; e, ainda, realização de reuniões mensais com a comunidade. As agendas se organizam em torno da demanda espontânea, com consultas marcadas com médico, dentista e enfermeiro, com visitas domiciliares aos usuários incapacitados e atividades grupais. Essas unidades são instaladas em áreas onde a população apresenta maior carência

sócioeconômica, atendendo aproximadamente 110.000 pessoas, o que representa por volta 50% da população de Marília⁽⁴⁰⁾.

3.3 População e amostra

A população deste estudo foi composta por idosos com idade de 80 anos ou mais. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, em 2013, havia, cadastrado nas unidades de saúde, um total de 1996 idosos.

Considerando a população total de idosos acima de 80 anos no município e utilizando-se o cálculo amostral com intervalo de confiança de 95% e tendo em conta 10% de erro, obtém-se uma amostra de 92 idosos.

Para obter a quantidade de idosos definidos na amostra, foram selecionadas as áreas de abrangência de cinco USF por meio de sorteio. As unidades selecionadas foram identificadas com as letras A, B, C, D e E, com vistas a preservar o anonimato. Na Tabela 2, encontram-se alguns indicadores sociais da população da área de abrangência das unidades selecionadas.

Tabela 2 - Distribuição das unidades selecionadas de acordo com número total de idosos e proporção de população com plano de saúde suplementar, bolsa família, abastecimento de água e coleta de lixo pela rede pública. Marília, 2013.

Unidade	N. de idosos com idade igual ou acima de 80 anos	% da população com plano de saúde	% de família com Bolsa Família	% de residências com abastecimento de água – rede pública	% de residências com destino do lixo a coleta pública
(A)	45	56,7	1,22	98,31	98,76
(B)	83	54,03	Não informado	99,36	99,71
(C)	42	0,54	1,25	100	82,90
(D)	25	2,22	0,25	99,75	93,93
(E)	34	32,62	1,38	89,07	96,18
Total	229				

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Marília⁽³⁵⁾

Essas unidades contavam com um total de 229 idosos e, para localizá-los, utilizou-se uma lista disponibilizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Para obter a amostra necessária (92), foram entrevistados em torno de 40% dos idosos de cada unidade. Para tanto, seguiu-se a lista dos Agentes Comunitários de Saúde

até atingir o número necessário. Assim, 180 foram visitados, sendo que, destes, 34 não foram encontrados na residência, 26 recusaram-se a participar da pesquisa, principalmente frente à condição de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os demais haviam falecido, mudado de endereço ou o endereço não foi encontrado, conforme Tabela 3. Assim, foram entrevistados 95 idosos, sendo 17 (18%), 39 (41%), 15(16%), 10(10%) e 14(15%) nas unidades A, B, C, D e E, respectivamente.

Tabela 3 - Distribuição das unidades selecionadas de acordo com número de entrevistados e visitados, idosos não encontrados, recusas e óbitos. Marília, 2013.

Unidade	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	Total
Idosos entrevistados	17	39	15	10	14	95
Não havia ninguém em casa/ Ninguém atendeu	5	15	6	6	2	34
Recusa	6	7	7	4	2	26
Endereço não encontrado	1	8	1	2	1	13
Mudou-se	1	2	2	1	1	7
Óbito	0	3	0	0	2	5
Total Visitados	30	74	31	23	22	180

Fonte: Dados da pesquisa

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Visando obter dados referentes às condições de vida e saúde dos idosos acima de 80 anos, foi elaborado um instrumento de coleta de dados a partir de dados da literatura geriátrica e gerontológica, incluindo escalas já validadas e utilizadas em nossa realidade. Tal instrumento (APÊNDICE A) conta com dados de identificação, incluindo idade, sexo, estado civil e religião, com o Critério de Classificação Econômica Brasil⁽⁴¹⁾, o qual se propõe a estimar o poder de compras das pessoas e famílias urbanas, sendo utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com dados sobre moradia e infraestrutura, bem como da ocupação principal durante a vida, aspectos financeiros atuais (renda, aposentadoria), participação econômica dentro da renda familiar. Os itens referentes à Rede de Apoio Familiar e Social pautaram-se no projeto SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento), o qual tem como objetivo coletar informações sobre as condições

de vida dos idosos (60 anos e mais) ⁽⁴²⁾. Em seguida, questiona-se acerca de atividades de lazer realizadas pelo idoso.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, questiona-se a filiação a planos privados de saúde, tipos de atendimento de saúde, tais como consultas médicas, internação, realização de exames complementares realizados nos últimos doze meses e as dificuldades no acesso a tais serviços.

Referindo-se à história de saúde, questionam-se hábitos de vida, exames preventivos de câncer de mama/útero ou próstata, quedas, visão, audição e mastigação e a presença de doenças.

Aborda-se também o uso de medicamentos utilizados e a adesão, considerando queixas e dificuldades quanto ao tratamento, forma de aquisição, utilização de medicamentos por conta própria e conhecimento sobre os medicamentos e os seus efeitos adversos.

Para avaliação de presença e graduação da dor utilizou-se uma escala unidimensional - Escala Comportamental (EC), por meio da qual se baseia no comportamento da pessoa. Nessa o idoso é questionado quanto à lembrança da dor em função de suas atividades da vida diária⁽⁴³⁾.

Além destes, foram utilizados também quatro outros instrumentos validados para avaliar condições específicas de condições de saúde dos idosos:

1. Índice de Katz⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾ serve para avaliar atividades básicas da vida diária, composto por seis categorias de avaliação, a saber: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, realizar transferência, continência e alimentar-se. A avaliação do grau de dependência classifica, desde a independência total para todas as funções até dependência total para realizar as seis funções avaliadas.

2. Atividades Instrumentais da Vida Diária desenvolvida por Lawton e Brody⁽⁴⁷⁾, instrumento composto por sete domínios: uso do telefone, realização de viagens e compras, preparação de refeições, trabalho doméstico, uso de medicamentos e manuseio do dinheiro, em que se avalia se há dependência total, parcial ou independência.

3. Escala Geriátrica de Depressão⁽⁴⁸⁾, composta por quinze itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso tem-se sentido ultimamente, em especial na semana anterior à aplicação do questionário. Apresenta sensibilidade de 0,81 e especificidade de 0,71, sendo 5/6 o ponto de corte.

4. Miniexame do estado mental⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾, composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MMSE pode variar de 0 até um total máximo de 30 pontos. A nota de corte indivíduos de baixa escolaridade foi 18/19.

3.5 Procedimento do estudo

A coleta de dados ocorreu no próprio domicílio do idoso e foi realizada pela pesquisadora principal.

A obtenção dos endereços ocorreu a partir do cadastro do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Nos casos em que o idoso apresentou dificuldade em responder ao instrumento de coleta de dados, foi solicitada ajuda ao cuidador principal para o fornecimento das informações.

Foram considerados como fatores de inclusão ter idade igual ou superior a 80 anos e residir em área urbana, sendo fatores de exclusão ter idade inferior a 80 anos e residir em áreas rurais.

3.6 Análise dos dados

Após a coleta, os dados foram codificados e digitados em planilha Excel e apresentados em forma de tabelas, com o valor numérico e percentual, seguidos de discussão dos principais achados.

3.7 Aspectos éticos

Para atender aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, o presente estudo contou com autorização do Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa/ (132/13-SS) (ANEXO A) e com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília/ (259.969; CAAE: 14742813.6.0000.5413) (ANEXO B). Os participantes foram orientados

quanto ao procedimento do estudo e, quando de acordo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

4 RESULTADOS

No presente estudo, obteve-se uma amostra de 95 idosos com idade entre 80 e 102 anos, com uma média de idade de 85,4 anos. Quanto ao gênero houve predomínio de mulheres 62 (65,2%) e a maioria 55 (57,9%) viúvos. A renda familiar era de dois a três salários mínimos para 48 (50,5%) dos participantes. O papel econômico do idoso, dentro da renda familiar, é de dividir responsabilidade em 50 (53,2%), conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Características sócio demográficas dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos. Marília, 2014.

Variáveis	N (%)
Idade	
80 – 84	49 (51,5)
85 – 89	32 (33,7)
90 – 94	7 (7,3)
95 – 99	5 (5,3)
100 +	2 (2,2)
Gênero	
Masculino	33 (34,8)
Feminino	62 (65,2)
Estado Civil	
Solteiro	6 (6,3)
Casado	32 (33,7)
Viúvo	55 (57,9)
Divorciado	2 (2,1)
Religião	
Católico	69 (72,6)
Evangélico	18 (18,9)
Outros	8 (8,5)
Escolaridade	
Analfabeto/ Ens Fundamental Incompleto	77 (81,0)
Ens Fundamental Completo	7 (7,4)
Ens Médio Incompleto/Completo	6 (6,3)
Ens Superior Incompleto/Completo	5 (5,3)
Renda Familiar	
Até 1 SM	17 (17,2)
De 2 a 3 SM	48 (50,5)
De 4 a 5 SM	10 (10,7)
Acima de 5 SM	11 (11,8)
Não sabe/ não respondeu	9 (9,68)
Origem da Renda do idoso	
Aposentadoria/Pensão	82 (86,3)
Outros	13 (13,7)
Participação econômica do idoso na renda familiar	
Único/maior responsável	36 (38,3)
Divide responsabilidades	50 (53,2)
Sem participação	9 (8,5)

SM = Salário Mínimo

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto à moradia, 93 (97,9%) das casas são de alvenaria e contam com coleta de lixo, abastecimento de água e energia elétrica. A maioria dos idosos 94 (98,9%) tem um quarto para seu repouso e descanso, sendo que para 58 (61,0%) o quarto é individual. O número de pessoas residindo na casa era de dois em 35% dos entrevistados, sendo que 45 (47,3%) vivem com os filhos. A principal ocupação dos idosos durante a vida foi como trabalhador rural 25 (26,3%), seguido de Do lar 22 (23,1%) e doméstica 10 (10,5%).

Quando se refere a apoio familiar e social, o idoso declara estar satisfeito com a maioria dos pontos avaliados, conforme Tabela 5. Cabe aqui destacar que, neste quesito, 13 (14%) não puderam responder por dificuldades de comunicação.

Tabela 5 - Satisfação dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos com o apoio familiar. Marília, 2014.

Frequência Convívio	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Apoio Familiar com as preocupações	60 (73,1)	0	7 (8,6)	6 (7,3)	9 (11,0)	82 (100)
Convívio Familiar	53 (64,6)	4 (4,9)	8 (9,8)	9 (11,0)	8 (9,7)	82 (100)
Apoio às novas iniciativas	58 (70,7)	2 (2,5)	8 (9,7)	5 (6,1)	9 (11,0)	82 (100)
Demonstração de afeto familiar	65 (79,3)	1 (1,2)	8 (9,7)	4 (4,9)	4 (4,9)	82 (100)
Forma de compartilhar o tempo livre com a família	53 (64,6)	2 (2,5)	12 (14,6)	12 (14,6)	3 (3,7)	82 (100)

Fonte: Dados da Pesquisa

Além disso, 31 (32,7%) dos entrevistados declaram ter dificuldade de conseguir atendimento, outros 41 (43,2%) relataram dificuldades de locomoção até o serviço, tendo em vista a distância entre unidade de saúde e o domicílio e também a dificuldade de mobilidade do próprio idoso.

Na Tabela 6, encontram-se dados das condições de saúde dos idosos. Acerca da auto percepção de saúde, entre aqueles que conseguiram responder ao questionamento 37 (39,0%) definiram ser boa e 6 (6,3%) disseram ser péssima.

Dos idosos entrevistados, em relação ao ano que antecedeu a entrevista, 31 (32,6%) referiram ter realizado exames de prevenção de câncer de mama/útero ou próstata, 82 (86,3%), ter tomado vacina antigripal; 37 (38,9%), ter sofrido uma ou

mais quedas. Quanto à visão, 29 (30,5%) declararam estar cegos, com a visão péssima ou ruim. Dos entrevistados, 40 (42,1) disseram ter dificuldade para ouvir.

Quanto ao relato de dor, 56 (58,9%) dos entrevistados disseram apresentá-la em alguma região do corpo. Destes, a maioria 22 (25,0%) avaliaram-na com nota três. No que diz respeito às atividades básicas da vida diária, identificou-se que 62 (65,2%) são independentes em todas as funções, sendo que somente 9 (9,5%) possuem dependência total em todas as funções avaliadas (Tabela 6).

Tabela 6 - Condições de saúde dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos. Marília, 2014.

(continua)

Condições de saúde	N (%)
Auto percepção das condições de saúde	
Ótima	17 (17,9)
Boa	37 (39,0)
Regular	18 (18,9)
Má	5 (5,3)
Péssima	6 (6,3)
Não sabe/ Não respondeu	12 (12,6)
Prevenção câncer de mama/próstata	
Sim	31 (32,6)
Não	59 (62,2)
Não sabe/ Não respondeu	5 (5,2)
Vacina antigripal	
Sim	82 (86,3%)
Não	13 (13,7)
Quedas	
Não	58 (61,1)
1-2	30 (31,6)
3-4	5 (5,2)
5 ou +	2 (2,1)
Medo de cair	
Sim	67 (70,5)
Não	28 (29,5)
Visão	
Excelente	2 (2,1)
Boa	28 (29,5)
Regular	36 (37,9)
Ruim	16 (16,8)
Péssima	9 (9,5)
Cega	4 (4,2)
Audição	
Sem problemas	37 (39,0)
Ouve com alguma dificuldade	23 (24,2)
Ouve com dificuldade	17 (17,9)
Ouve com muita dificuldade	13 (13,6)
Surdo total	5 (5,3)

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 6 – Condições de saúde dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos.
Marília, 2014.

(conclusão)

Condições de saúde	N (%)
Mastigação	N (%)
Nunca tem dificuldade	61 (64,2)
Raramente tem dificuldade	8 (8,4)
Frequentemente tem dificuldade	5 (5,3)
Às vezes tem dificuldade	11 (11,6)
Sempre tem dificuldade	10 (10,5)
Queixa de dor	
Sim	56 (64,2)
Não	32 (33,7)
Não sabe/ Não respondeu	7 (7,4)
Avaliação da dor**	
Nota zero	6 (6,8)
Nota três	22 (25,0)
Nota seis	15 (17,0)
Nota oito	9 (10,2)
Nota dez	4 (4,6)
Não sabe/ Não respondeu	32 (36,4)
Uso de Aparelhos auxiliares*	
Óculos ou lente de contato	59 (62,1)
Aparelho auditivo	6 (6,3)
Prótese dentária	70 (73,7)
Muleta	2 (2,1)
Bengala	15 (15,8)
Sonda Nasogástrica	1 (1,0)
Outros	23 (24,2)
Avaliação do grau de dependência	
Índice de Katz	
Independência em todas as funções	62 (65,2)
Dependência total em todas as funções	9 (9,5)
Dependência em 1 ou 2 funções	17 (17,9)
Dependência em 3 ou 4 funções	7 (7,4)
Atividades de lazer *	
Assistir TV	67 (70,5)
Leitura	18 (19,0)
Ouvir rádio	17 (17,9)
Outras	33 (34,7)
Nenhuma	11 (11,6)
Avaliação do Grau de Depressão	
Suspeita de depressão e solidão	28 (29,5)
Avaliação cognitiva	
Mini Exame do Estado Mental	
Nota Inferior a 18	18 (19,0)

* A pergunta permitiu mais de uma resposta

** Entre aqueles que responderam ao questionamento (N=88)

Fonte: Dados da Pesquisa

Na avaliação das atividades instrumentais (Tabela 7) destaca-se que a maioria dos idosos apresenta alguma dependência. As mais prevalentes são realizar viagens sozinho 4 (4,2%) e realizar tarefas pesadas 11 (11,6%).

Tabela 7 - Dependência para atividades instrumentais da vida diária dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos. Marília, 2014.

Atividade	Grau de dependência	N (%)
Em relação ao telefone	Recebe e faz ligações	51 (53,7)
	Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas	15 (15,8)
	Não tem hábito ou é incapaz de usar telefone	29 (30,5)
Em relação a viagens	Realiza viagens sozinho	4 (4,2)
	Somente viaja quando tem companhia	37 (38,9)
	Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	54 (56,9)
Em relação a realização de compras	Realiza compras, quando é fornecido o transporte	25 (26,3)
	Somente faz compras quando tem companhia	14 (14,7)
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	56 (59,0)
Em relação ao preparo de refeições	Planeja e cozinha as refeições completas	30 (31,6)
	Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda	20 (21,1)
	Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições	45 (47,3)
Em relação ao trabalho doméstico	Realiza tarefas pesadas	11 (11,6)
	Realiza tarefa leves, necessitando de ajuda nas pesadas	38 (40,0)
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos	46 (48,4)
Em relação ao uso de medicamentos	Faz uso de medicamentos sem assistência	46 (48,4)
	Necessita de lembretes ou assistência	26 (27,4)
	É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos	23 (24,2)
Em relação ao manuseio do dinheiro	Preenche cheque e paga contas sem auxílio	41 (43,1)
	Necessita de assistência para o uso de cheques e contas	13 (13,7)
	Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...	41 (43,2)

Fonte: Dados da Pesquisa

As doenças referidas pelos idosos foram classificadas e encontram-se na Tabela 8, as doenças do sistema nervoso, circulatório e digestivo foram as de maior prevalência. Sendo que obteve-se em média 2,2 doenças por idoso.

Tabela 8 - Doenças referidas pelos idosos com idade igual ou acima de 80 anos. Marília, 2014.

Doenças*	N (%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	62 (65,2)
Diabetes Melitus (1 e 2)	17 (17,9)
Artrose	14 (14,7)
Osteoporose	14 (14,7)
Catarata	8 (8,4)
Histórico de AVC prévio	8 (8,4)
Glaucoma	8 (8,4)
Doença de Alzheimer	4(24,)
Artrite	3(3,1)
Gastrite	3 (3,1)
Outras	63 (66,3)

*Os idosos emitiram mais de uma resposta

Fonte: Dados da Pesquisa

Entre os idosos que participaram do estudo, 51 (53,7%) utilizam até quatro medicamentos; 43 (45,3%) cinco ou mais, sendo que, no total, eles utilizam 412 medicamentos, com média de 4,3 medicamentos/idoso. Ao ser contabilizado o número de doses que eles utilizam diariamente, encontrou-se que 42 (47,3%) tomam acima de seis, com uma média de 5,86/doses/dia, conforme Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos de acordo com número de medicamentos que utiliza e quantidade de doses por dia. Marília, 2014.

N. de medicamentos utilizados por idoso	N (%)
Não utiliza	4 (4,2)
1-4	47 (49,5)
5-10	38 (40,0)
11 ou mais	5 (5,3)
Não sabe	1 (1,0)
Número de doses/dia	N (%)
1-5	45 (47,4)
6-10	29 (30,5)
11-15	13 (13,7)
16 ou mais	3 (3,1)
Não sabe	1 (1,1)
Não utiliza	4 (4,2)

Fonte: Dados da Pesquisa

Dos entrevistados, 49 (51,6%) tomam a medicação sozinhos; 46 (48,4%) informam que compram os medicamentos, sendo o próprio idoso ou o cônjuge os principais responsáveis pelo pagamento. Deles, 34 (35,8%) referiram esquecer de tomar os medicamentos algumas vezes ou sempre; 73 (76,8%) referiram ter recebido orientações sobre os medicamentos, sendo que 54 (56,8%) dizem saber para que serve e 14 (14,7%) disseram conhecer os efeitos colaterais. A maioria informa não tomar medicamentos por conta própria 73 (76,8%), conforme Tabela 10. Daqueles que referiram utilizar medicamento por conta própria, os medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios foram os mais citados.

Tabela 10 - Adesão ao uso de medicamentos dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos. Marília, São Paulo. 2014.

Adesão ao uso de medicamentos	N (%)
Como toma o medicamento	
Sozinho	49 (51,6)
Supervisionado	8 (8,4)
Medicado por outra pessoa	35 (36,8)
Não utiliza/ Não soube informar	3 (3,2)
Acompanhamento em mais de um médico	
Sim	39 (41,0)
Não	56 (59,0)
Onde adquire o medicamento	
Compra	46 (48,4)
Unidade de Saúde da Família	36 (37,9)
Ambos	10 (10,5)
Ganhou	3 (3,2)
Queixa/dificuldades relacionadas ao uso de medicamentos	
Sim	14 (14,7)
Não	81 (85,3)
Esquece de tomar os medicamentos	
Não	61 (64,2)
As vezes	17 (17,9)
Sempre	17 (17,9)
Orientação quanto uso de medicamentos	
Sim	73 (76,8)
Não	22 (23,2)
Uso de medicamentos por conta própria	
Sim	22 (23,2)
Não	73 (76,8)
Conhecimentos dos efeitos adversos	
Sim	14 (14,7)
Não	72 (75,8)
Não respondeu	9 (9,5)

Fonte: Dados da Pesquisa

Em referência às classes de medicamentos utilizados (Tabela 11), destacam-se aqueles para o sistema cardiovascular, nervoso e aparelho digestivo e metabolismo, como os mais utilizados. Além desses, outros também foram citados, com ação no sangue, sistema musculoesquelético e aparelho respiratório, dentre outros.

Tabela 11 - Lista de medicamentos utilizados segundo Classificação Anatômica, indicado pelos grupos farmacológicos nos idosos com idade igual ou acima de 80 anos. Marília, 2014.

Grupos farmacológicos/ Classificação Anatômica	N
Aparelho digestivo e metabolismo	
Medicamentos para tratamento de úlcera péptica	24
Insulinas	4
Medicamentos hipoglicemiantes orais	24
Vitaminas	13
Outros	9
Subtotal	74
Sangue e órgãos hematopoiéticos	
Medicamentos antitrombóticos	20
Subtotal	20
Aparelho cardiovascular	
Diuréticos	25
Betabloqueadores	24
Inibidor da enzima de conversão da angiotensina, simples	26
Antagonista da Angiotensina II, associação	12
Hipolipemiantes	26
Outros	45
Subtotal	158
Aparelho genito-urinário e hormônios sexuais	
Medicamentos urológicos	10
Outros	0
Subtotal	10
Sistema musculoesquelético	
Anti-inflamatórios e antirreumáticos	12
Outros	17
Subtotal	29
Sistema nervoso	
Analgésicos	9
Antiepilépticos	15
Ansiolíticos	10
Antidepressivos	16
Outros	29
Subtotal	81
Aparelho Respiratório	
Antiasmáticos	6
Outros	12
Subtotal	18
Outros	
Outros	15
Subtotal	15
Total	412

Fonte: Dados da Pesquisa

5 DISCUSSÃO

No presente estudo, ao se trazerem à tona as condições de vida e saúde dos idosos acima de oitenta, cuja média de idade foi de 85,4 anos, revela-se uma realidade que está cada dia mais presente em nosso meio, configurando um novo desafio de não somente agregar a eles anos a mais de vida, mas também o de melhorar a qualidade⁽⁵⁰⁾.

Quanto ao predomínio de mulheres, encontrou-se entre tais idosos a proporção de 65,2%, um pouco acima do que foi encontrado em um inquérito com idosos que tinham idade média de 69 anos, entre os quais 56% eram mulheres⁽⁵¹⁾. O fato de as mulheres se encontrarem menos expostas a violência e acidentes, além de serem mais cuidadosas com a saúde, buscando com maior frequência os serviços de saúde para promoção da saúde e prevenção de doenças e complicações, são os aspectos que parecem explicar essa sua maior longevidade.

As mulheres idosas constituem um grupo que merece cuidado e atenção. Na maioria das vezes, suas necessidades emocionais, econômicas e físicas são ignoradas⁽⁵²⁾. As mulheres, historicamente, possuem menos anos de escolaridade e menos qualificação profissional, o que resulta na velhice um rendimento nulo ou mínimo. Além disso, enfrenta a viuvez, o cuidado de familiares dependentes, que geralmente recai sobre sua responsabilidade e enfrenta também sentimentos de inutilidade. Acrescenta-se a isso o fato de que as mulheres em idade avançada estão mais expostas à pobreza, à solidão e a altas taxas de institucionalização⁽⁵³⁾.

Quanto ao estado civil, neste estudo, 57,9% da população estudada é viúva, dado que tem sido evidenciado nos estudos com a população idosa. Estudo⁽⁵⁴⁾ realizado com idosos no Paraná evidenciou que aproximadamente 34% dos entrevistados eram viúvos. Na faixa etária de 80 anos ou mais, porém, este número sobe para 63%. Assim, esses idosos estão vivenciando a viuvez em uma fase avançada da vida, o que pode trazer impactos importantes à identidade e ao sentido da vida⁽⁵⁵⁾.

Um estudo⁽⁵⁶⁾ que analisou a associação entre mortalidade e estado marital, concluiu que as mulheres idosas que vivem sem o companheiro, devido a separação ou viuvez, apresentam taxas de mortalidade mais elevada do que as casadas, enquanto, entre os homens, são os solteiros que apresentam essa taxa mais elevada. Referindo-se ao sofrimento decorrente da viuvez, revelou-se que os valores

da depressão são mais elevados em homens viúvos, comparativamente com as mulheres viúvas, principalmente nos casos de viuvez prolongada, ou seja, acima de quatro anos. Nos casos de morte súbita do cônjuge, os sinais de ansiedade também estiveram presentes⁽⁵⁵⁾.

Outro indicador da condição de vida do idoso, que tem sido associado ao estado civil, é a maior probabilidade de institucionalização, independente das condições de saúde, fato que foi evidenciado em estudo realizado na Finlândia⁽⁵⁷⁾. Embora se trate de um país europeu, que se diferencia em muitos aspectos da realidade brasileira, essa realidade chama-nos a atenção por ser a viuvez um fator de vulnerabilidade, associado à perda do suporte social, o que merece atenção da família e da sociedade.

Acerca do grau de escolaridade, grande parte dos entrevistados tem o ensino fundamental incompleto, o que corrobora estudos nacionais^(54,58) e internacionais⁽⁵⁹⁾, fato que evidencia ser a população de idosos caracterizada por baixa escolaridade. Dados da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio (PNAD) em 2009, divulgados pelo IBGE⁽⁶⁰⁾, apontam que a maior concentração de analfabetos está entre as pessoas de maior idade, sendo que, no Brasil, os idosos têm em média 4,2 anos de estudos⁽⁶¹⁾.

O baixo nível de escolaridade associado à baixa condição econômica e as dificuldades de acesso podem gerar problemas no autocuidado e gerenciamento dos problemas de saúde pelo idoso e sua família, desencadeando a institucionalização⁽⁶²⁾.

Quanto à condição econômica, observou-se que, diferentemente do que revelam dados do IBGE⁽⁶¹⁾ (2013), em que 43,5% têm renda igual ou inferior a um salário mínimo, apenas 17,2% dos entrevistados vive com tal renda. Em estudo⁽⁶³⁾ realizado no interior de São Paulo, com idosos de 80 anos ou mais, evidenciou-se que a renda destes era de um a três salários mínimos (72%). Mesmo que, no presente estudo, tenha se verificado que a maioria vive com uma renda de dois a três salários mínimos, concretiza-se uma condição de carência econômica, visto que idosos acima de 80 anos, apresentam-se mais fragilizados e com necessidades mais intensas no que se refere à manutenção das boas condições de vida, o que inclui o transporte, a moradia, o lazer, a alimentação, entre outras.

Destaca-se que a situação econômica desempenha papel importante na saúde dos idosos, sendo que, em relação àqueles com baixa renda, existem piores condições de saúde e menor procura dos serviços de saúde⁽⁶⁴⁾.

Na presente pesquisa, grande proporção deles (38,3%), mesmo com idade acima de 80 anos, são os únicos ou maiores responsáveis pelo domicílio, evidenciando a realidade acima citada. Reafirmando essa informação, outra pesquisa⁽⁶³⁾ evidenciou porcentagem maior ainda de idosos que eram os principais provedores da família (57%).

A rede de apoio familiar é muito importante para os idosos, tendo em vista que ela contribui para o enfrentamento de situações e solidão que podem advir nesta fase da vida⁽⁶⁵⁾. O fato de a maioria dos idosos entrevistados residirem com os filhos, e estarem satisfeitos com o apoio familiar, evidencia o fortalecimento desta função protetora dos familiares⁽⁶⁶⁾.

Evidenciou-se que os idosos dormem em quartos sozinhos e moram, na maioria das vezes, com os filhos. Dados do IBGE⁽⁶¹⁾ corroboram esse fato, afirmando que 85% dos idosos vivem com alguém com que possam estabelecer relação.

No presente estudo, 32,7% dos entrevistados relataram dificuldades no acesso aos serviços de saúde, o que também foi encontrado em outros estudos⁽⁶⁷⁻⁶⁸⁾. A dificuldade de locomoção é significativa quando se trata de acesso aos serviços de saúde. Além disso, a demora para o agendamento de consultas com especialistas trata-se de um relevante fator citado.

Quanto à utilização dos serviços de saúde, 98,7% dos entrevistados realizaram consulta médica, resultado semelhante encontrado em Minas Gerais em um estudo⁽⁶⁹⁾ realizado com idosos de 60 anos ou mais, na qual 92% haviam realizado pelo menos uma consulta. Pesquisa⁽²⁶⁾ realizada a partir de dados do Programa Nacional por Amostra de Domicílios evidenciou que a proporção de idosos que haviam feito pelo menos uma consulta médica foi de 71,2% entre os homens, e 83,4%, entre as mulheres, o que salienta que elas apresentam mais doenças crônicas e também que são mais fieis a programas preventivos e educacionais.

Além disso, na presente pesquisa, encontrou-se que 30,5% dos idosos ficaram internados uma ou mais vezes nos últimos doze meses. Um outro estudo⁽⁷⁰⁾ analisou o coeficiente de internação e constatou que a faixa etária dos 80 anos ou

mais obteve o maior número, sendo ele de 18,2%, em contrapartida a faixa etária de 10 a 14 anos que obteve o menor coeficiente no valor de 2,8%.

Outro aspecto avaliado na presente pesquisa diz respeito às condições de saúde dos idosos que englobam a autopercepção de saúde, a realização de exames preventivos, as vacinas, as quedas, visão, audição, mastigação, presença ou não de dor, grau de dependência, depressão e avaliação cognitiva.

No que diz respeito à autopercepção de saúde, esse item foi considerado bom e ótimo pela maioria dos entrevistados. Essa condição é resultado de fatores determinantes, sendo idade, sexo, suporte familiar, estado conjugal, oportunidades de educação e emprego, renda, capacidade funcional, condições crônicas de saúde, estilo de vida, entre outros⁽⁷¹⁾. Além desses, a garantia de independência e autonomia também são importantes⁽⁷²⁾.

Este alto índice de idosos com boa percepção da saúde pode estar relacionado com a capacidade de adaptação, denominada resiliência, representada por um processo presente na espécie humana e aplicável ao desenvolvimento em ambientes favoráveis ou adversos. Com isso, o idoso enfrenta positivamente as adversidades que marcam essa fase de desenvolvimento da vida⁽⁷³⁾.

Já em relação aos exames preventivos, destaca-se o de mama nas mulheres e o de próstata nos homens. Estes órgãos merecem atenção dobrada, pois o câncer de mama é o que mais acomete as mulheres idosas⁽⁷⁴⁾, e o de próstata, por sua vez, é considerado como câncer de terceira idade por se desenvolver com maior frequência nesta fase da vida⁽⁷⁵⁾.

Em ambas as situações, a detecção precoce é a chave para o sucesso do tratamento⁽⁷⁴⁻⁷⁵⁾. No presente estudo, foi evidenciado baixo índice de idosos que realizaram os exames de prevenção para essa detecção, o que pode ser explicado pelo fato de, nessa faixa etária, esses exames já não fazerem parte da rotina, haja vista que não há evidências suficientes que justifiquem sua realização após os 70 anos de idade⁽⁷⁶⁾.

Além disso, muitos dogmas culturais, além de outras situações, podem explicar o porquê deste baixo índice. Quanto ao exame de mama, um estudo levantou os motivos pelos quais as mulheres não realizam a mamografia. São eles: não houve recomendação médica, afirma que nunca terá a doença, nunca apresentou sintomas e medo⁽⁷⁴⁾. No que diz respeito ao exame de próstata, os

homens alegaram que não o realizaram por falta de informação, preconceito e por não sentirem nenhum sintoma⁽⁷⁵⁾.

No que diz respeito à prevenção de agravos, destaca-se a recomendação da vacina contra Influenza, causada por um vírus de distribuição global, constituindo uma das grandes preocupações de autoridades sanitárias. As mortes causadas pela Influenza são muito comuns entre idosos⁽⁷⁷⁾.

A vacinação da população idosa acontece no Brasil desde o ano 2000, quando passou a ser oferecida gratuitamente nos serviços de saúde. Atualmente, o Ministério da Saúde tem como meta a vacinação de 80% da população idosa⁽⁷⁷⁾. Na presente pesquisa, houve a prevalência de 86,3% de idosos vacinados, número superior a relatado em outros estudos realizados com idosos acima de 60 anos⁽⁷⁸⁻⁷⁹⁾. Apesar disso, nota-se que ainda existe resistência nos idosos quanto à vacinação, pois muitos não a consideram necessária e acreditam que possa provocar reação⁽⁷⁸⁾. Por isso, é fundamental a adoção de estratégias para ampliar a cobertura vacinal. A vacinação foi duas vezes maior entre os idosos que receberam orientação profissional sobre sua importância⁽⁷⁸⁾.

Relativamente à ocorrência de quedas, observaram-se neste estudo, números próximos aos encontrados em outro realizado em Santa Catarina⁽⁸⁰⁾, com idosos de 80 anos ou mais, no qual aproximadamente 44% da população entrevistada havia tido pelo menos um episódio de queda nos últimos 12 meses.

A queda é considerada um fator limitador importante para a capacidade funcional, tornando o idoso mais dependente para atividades instrumentais, acarretando dependência, perda de autonomia e de qualidade de vida⁽⁸¹⁾.

Tendo em vista que a população dos mais idosos é a que mais cresce, a preocupação com a prevenção de quedas deve ser redobrada, considerando que a idade avançada é fator intrínseco para o risco de queda⁽⁸²⁾.

Uma pesquisa evidenciou que a queda ocorre, mais frequentemente com mulheres, com maiores de 80 anos, com aqueles que necessitam de auxílio para locomoção e com os que possuem osteoporose. Além disso, mostrou-se associação entre quedas e percepção regular ou ruim de saúde e visão, dificuldade para andar, maior número de medicamentos e não recebimento de orientações quanto à prevenção de quedas⁽⁸³⁾.

Acrescenta-se a esse dado o fato de os idosos entrevistados acumularem fatores que aumentam os riscos de queda, pois 68,4% classificaram sua visão como

regular, ruim, péssima ou cega. Além disso 17,9% necessitam de auxílio para locomoção, 46% usam cinco ou mais medicamentos. A osteoporose foi a quarta doença mais frequente entre eles.

Além de consequências físicas, as quedas acarretam medo de cair novamente, o que leva o idoso a limitar suas atividades cotidianas⁽⁸¹⁾. Neste estudo, 71% relataram o medo de cair, enquanto na Espanha⁽⁸⁴⁾ se demonstrou que esse medo atingia aproximadamente 49% dos entrevistados, sendo que isso ocorreu com mais frequência entre as mulheres e entre os idosos com idade de 75 anos ou mais.

Sabe-se que com o envelhecimento surgem alterações na capacidade visual que provocam limitações na capacidade de desenvolvimento de atividades da vida e trazem consequências negativas para a qualidade de vida⁽⁸⁵⁾. Apesar disso, o que se observou neste estudo foram índices melhores comparados à população de 60 anos ou mais⁽⁵⁵⁾ e dados similares em outro⁽⁸⁶⁾ realizado com idosos de 70 a 85 anos.

Na avaliação da capacidade auditiva, 61% dos idosos admitiram alguma dificuldade, número superior aos encontrados na literatura^(55,87). O idoso com este tipo de dificuldade é visto como confuso, desorientado, distraído, não comunicativo. Além dessas consequências, a depressão, a angústia e o isolamento social também podem surgir.

Os problemas de saúde bucal, por sua vez, são muito comuns na fase final de vida⁽⁸⁸⁾. Apesar disso, obteve-se na presente pesquisa que 64,2% dos entrevistados não têm dificuldade na mastigação, fato muito importante para a qualidade da alimentação, haja vista que manter a saúde bucal preservada agrega bem-estar, além de melhorar a autoimagem, a qualidade de vida e nutrição⁽⁸⁹⁾.

Dentre os entrevistados, 73,7% usam prótese dentária. Esse alto índice de uso de prótese mostra-se semelhante ao de outros estudos realizados com idosos^(88,55). Apesar desse alto número de uso de prótese, não se pode garantir a qualidade da saúde bucal e da mastigação. Apesar de este estudo não ter avaliado a satisfação com o seu uso, outro estudo⁽⁹⁰⁾ apontou que 40% dos idosos estavam insatisfeitos.

Além da prótese dentária, que foi o mais usado, outros aparelhos auxiliares são utilizados pelos idosos. Os óculos ou a lente de contato foram o segundo aparelho mais utilizado por 62,1% dos entrevistados. Estes aparelhos auxiliares são importantes para a autonomia e a independência, ajudando a promover e preservar a capacidade funcional⁽⁵⁵⁾.

Em referência à queixa de dor, 64,2% dos entrevistados responderam positivamente, sendo essa de intensidade 3 (escala de 0 – 10) para 25%. Observa-se que na literatura a prevalência de dor em idosos pode variar de aproximadamente 29% a 85%⁽⁹¹⁻⁹⁵⁾, a depender do perfil e do instrumento de avaliação utilizado.

A dor, especialmente, a crônica, pode ser um fator de limitação funcional, capaz de aumentar a agitação, o risco de estresse emocional e de mortalidade. O indivíduo acometido por ela pode ter suas atividades cotidianas comprometidas, o que desencadeia em incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, alterações na dinâmica familiar e desequilíbrio econômico^(94,96).

Por tudo isso, a dor se configura como um problema de saúde pública que deve ser valorizado e avaliado, principalmente nos idosos, tendo em vista que, nessa fase da vida, muitas queixas de dor são atribuídas à idade e/ou próprias do envelhecimento e não são tratadas⁽⁹⁶⁾.

Acerca da avaliação das atividades básicas e instrumentais, usou-se o Índice de Katz para as atividades básicas e Escala de Lawton e Brody para as avaliar atividades instrumentais.

As atividades básicas da vida diária são atividades associadas ao autocuidado, essenciais para a sobrevivência, tais como banhar-se, alimentar-se, entre outras. Na presente pesquisa, os idosos entrevistados são, em sua maioria (65,2%), independentes em todas as atividades básicas de vida diária, corroborando outros estudos^(70,97-98), nos quais se encontrou a prevalência de 61,9 a 70%.

Em comparação feita entre idosos de diferentes faixas etárias, por meio do Índice de Barthel, identificou-se que a prevalência de incapacidade funcional para atividades básicas é onze vezes maior em idosos de 80 anos ou mais do que em idosos de 60 – 69 anos e quatro vezes maior do que naqueles com 70 – 79 anos⁽⁹⁹⁾.

Sobre as atividades instrumentais de vida diária, observa-se, tanto na presente pesquisa, como em outras^(70,100), uma maior dependência se comparada às atividades básicas. As atividades instrumentais envolvem maior integridade física e cognitiva e com o passar dos anos, a integração de múltiplos sistemas fisiológicos entram em declínio, dificultando sua execução⁽¹⁰⁰⁾.

Constatou-se na presente pesquisa que as atividades instrumentais que evidenciaram maior dependência, tratam-se da realização de compras, viagens e trabalho doméstico, as quais, são evidenciadas na literatura⁽⁷⁰⁾ como atividades de alto grau de dependência em idosos.

Quanto aos itens avaliados para mensuração das atividades instrumentais, a realização de compras vem se destacando como uma das que mais causam dependência, haja vista que se caracteriza como uma atividade que requer maior esforço físico e cognitivo. Além disso, estudos têm evidenciado associação dessa dificuldade com a baixa escolaridade dos idosos⁽⁷⁰⁾.

Ainda quanto aos itens que influenciam a avaliação da capacidade para atividades instrumentais, o estado civil merece destaque, pois ficou comprovado que aqueles idosos que não têm companheiro apresentaram maior grau de dependência nas atividades instrumentais⁽¹⁰¹⁾.

Acrescenta-se ainda que ter idade igual ou acima de 80 anos, depressão, déficit cognitivo, equilíbrio e mobilidade prejudicados são fatores estatisticamente associados com a dependência para atividades básicas e instrumentais da vida diária⁽¹⁰²⁾.

Em um estudo de revisão integrativa ⁽¹⁰³⁾ foram elencados alguns indicadores limitantes da capacidade funcional e o fator idade está entre eles, destacando que os idosos de 80 anos ou mais têm 3,4 chances maior de comprometimento funcional do que aqueles com 70 – 79 anos.

No que diz respeito às atividades de lazer os idosos deste estudo demonstraram mais interesse em assistir televisão, ouvir rádio e ler. Tais dados que corroboram a pesquisa realizada com idosos em geral, o que indica que estas atividades desenvolvem um efeito protetor na aprendizagem por envolver estímulos cognitivos⁽¹⁰⁴⁾.

Quanto à prevalência de depressão, 29,5% dos entrevistados estão sob suspeita de depressão, número que se aproxima do que foi encontrado em estudos realizados em São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina, nos quais se observou uma prevalência de sintomas depressivos, que variam de 19 a 34%⁽¹⁰⁵⁻¹⁰⁸⁾.

Um estudo⁽¹⁰⁹⁾ realizado com idosos revelou que aqueles com 80 anos ou mais apresentaram maior suspeita de presença de sintomas depressivos. Neles a prevalência era de 35,3%, enquanto na faixa etária de 60-69 anos era de 21,3 e para os de 70-79 anos esse número era de 23,7%. Os acontecimentos negativos, problemas sociais, presença de doenças físicas e incapacidades, comuns neste grupo etário, aumentam as chances de desenvolvimento de depressão⁽¹¹⁰⁾.

Apesar disso, ainda não está claro na literatura o quanto o aspecto idade influencia no desenvolvimento da depressão. O que se sabe-se é que há uma

tendência para isso, tendo em vista as perdas funcionais e sociais, conseqüentes deste processo⁽¹¹¹⁾.

Outros fatores, como gênero feminino, baixo nível de escolaridade, baixo nível cognitivo, maior dependência funcional e pior percepção de saúde, têm sido classificados como facilitadores para o desenvolvimento da depressão⁽¹¹¹⁾.

Diante disso, destaca-se a importância da realização de atividades para favorecer maior envolvimento social, proporcionando oportunidades e trazendo efeitos positivos e bem-estar⁽¹¹¹⁾; pois ter uma boa vida social e boas relações são fatores já evidenciados para que os idosos se sintam bem e evitem o isolamento⁽¹¹²⁾.

Dos entrevistados, 19% apresentavam declínio cognitivo, corroborando outra pesquisa, realizada com idosos de 80 anos ou mais, na qual este índice era de 20%⁽¹¹³⁾. Constatou-se que idosos de 80 anos ou mais têm 2,45 mais chances de apresentá-lo em comparação a idosos mais jovens⁽¹¹⁴⁾. O avanço da idade e a crescente dependência para as atividades instrumentais da vida diária, associados a sintomas depressivos, levam ao aumento da probabilidade de os idosos apresentarem déficit cognitivo⁽¹¹⁴⁾.

Além do fator idade, outros fatores estão associados à maior prevalência de déficit cognitivo, tais como sexo feminino, baixa classe econômica e baixa escolaridade⁽¹¹⁴⁾. Ressalta-se esses dados também estão presentes em grandes proporções entre os idosos entrevistados.

Apesar disso, um estudo longitudinal avaliou idosos de 80 anos ou mais, em dois momentos diferentes com intervalos de três anos, evidenciando, que nesse período, eles preservavam muito de suas capacidades cognitivas. Alguns fatores foram elencados como protetores para tal desencadeamento: envolvimento com a comunidade, diferentes atividades de lazer, convívio com familiares e atividades físicas⁽¹¹⁾.

Quanto às doenças referidas pelos idosos deste estudo, assim como apontam os estudos com a população de idosos em geral, a maioria é portadora de hipertensão arterial, diabetes, artrose e osteoporose. Na presente pesquisa, cada idoso relatou em média a presença de 2,2 doenças, o que não difere do que se evidencia em estudos desenvolvidos com idosos em geral. Corroboram tais achados estudo realizado a partir da Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios (PNAD), que analisou a prevalência de problemas de saúde segundo sexo e idade, comparando as faixas etárias de 60 a 69 anos, de 70 a 79 anos e de idosos acima

de 80 anos. Constatou-se que as mulheres apresentam maior quantidade de problemas de saúde do que os homens⁽¹¹⁵⁾.

Acerca do uso de medicamentos, estudos⁽¹¹⁶⁾ têm revelado que com o avançar da idade o uso de medicamentos aumenta. Na população de 80 anos ou mais, há 3,43 mais chances de usar medicamento prescrito do que idosos mais jovens. Outro estudo nacional também identificou a prática da polifarmácia associada com aumento da idade: aos 60 – 69 anos, 21,8% da população tomam cinco ou mais medicamentos, enquanto aos 70 -79 anos este número é de 27,3%, e aos 80 ou mais anos este número é de 35,4%. A presente pesquisa reafirma esse fato, pois 45,3% dos entrevistados fazem uso de cinco ou mais medicamentos.

Encontrou-se, ainda, quanto as classes de medicamentos utilizados, que mais de um terço desses são para o aparelho cardiovascular, corroborando estudos realizados em âmbito nacional e internacional⁽¹¹⁷⁻¹¹⁹⁾. Concluiu-se, então, que o uso de medicamentos nesta fase da vida representa o espelho das doenças crônicas às quais tais idosos estão sujeitos, visto que as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 40% das mortes nos idosos⁽²⁶⁾, o que explica o uso maior de medicamentos para esta classe terapêutica.

Ficou evidenciado em uma revisão de literatura⁽¹²⁰⁾ que, além do sistema cardiovascular, os medicamentos para sistema nervoso central e metabolismo também são amplamente utilizados pelos idosos, corroborando achados do presente estudo. As classes dos medicamentos que mais contribuem para a polimedicação são a de anti-hipertensivos, anti-diabéticos, psicotrópicos e antitrombóticos⁽¹²¹⁻¹²²⁾.

Quanto ao acesso aos medicamentos dos idosos com idade acima de 80 anos, identificou-se que grande proporção os adquire com recursos próprios (48,4%). Outros, 37,9%, os obtêm na Unidade de Saúde da Família. Esses números são inferiores se comparados aos de outra pesquisa, em que a obtenção foi por meio do Sistema Único de Saúde foi de 50,3%⁽¹²³⁾.

Quando se trata dos idosos, os gastos públicos e individuais com o uso de medicação representam uma preocupação devido ao alto custo que eles representam, aproximadamente 23% do salário mínimo⁽¹²⁴⁾. Além disso, observa-se que, na prática dos serviços de saúde, ocorre excessiva prescrição de medicamentos, o que poderia ser evitado por do uso racional⁽¹¹⁷⁾.

O acesso ao medicamento é essencial para o tratamento e para a adesão. O não acesso, por sua vez, pode agravar a situação clínica e, por consequência, aumentar os gastos com a atenção secundária e terciária⁽¹²⁵⁾.

Quanto à adesão ao uso de medicamentos, a presente pesquisa evidenciou que um número significativo dos idosos toma os medicamentos sozinhos, o que, se por um lado indica a autonomia deles, por outro, indica uma importante responsabilidade. Em contrapartida existem aqueles que esquecem e os que tomam medicamentos por conta própria. Nesse caso faz-se de suma importância o apoio familiar na manipulação e na organização dos horários⁽¹²⁶⁾.

Além desses itens, outro fator que atrapalha a adesão ao tratamento é a existência de reações adversas, pois muitas vezes o idoso escolhe abandonar o tratamento, em detrimento de viver com elas. Um achado positivo neste estudo é que somente 14,7% dos entrevistados relataram queixa devido ao tratamento, o que contribui certamente para o sucesso na terapêutica⁽¹²⁶⁾.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento populacional deve ser estudado e acompanhado a fim de elucidar as demandas e as necessidades de um novo perfil demográfico que vem-se destacando a cada dia. Com essa finalidade o presente estudo foi desenvolvido, uma vez que tem como objetivo traçar o perfil sociodemográfico e as condições de vida e saúde dos idosos com 80 anos ou mais.

Verificou-se, então, que a maioria dos idosos estudados são mulheres, viúvas, católicas, de baixa escolaridade, renda advinda de aposentadorias e pensões e com grande responsabilidade financeira dentro da renda familiar.

Quanto à rede de apoio, constatou-se que os idosos, em sua maioria, estão amparados pelos familiares. Tal constatação é de suma importância, haja vista que a família será neste momento o principal ponto de apoio por ser pouco provável que o idoso consiga gerenciar sua própria vida sem depender de outros. Já em âmbito social, observou-se é uma dificuldade maior, pois os idosos muitas vezes possuem dificuldades de locomoção, dificultando a saída de casa e o encontro com amigos. Assim, a rede social do idoso baseia-se somente no contato com a família, conforme a maioria dos entrevistados.

No acesso aos serviços de saúde evidenciaram dificuldades, principalmente, quanto a encaminhamentos para especialidades, ainda que grande parte dos entrevistados tenha tido acesso a consultas médicas dentro da unidade de saúde. Ficou também evidente a busca somente pelo modelo curativo. A prevenção e a promoção à saúde são tratadas, nesse caso, como perda de tempo e estratégias sem importância.

A avaliação da capacidade funcional elucidou que, para as atividades básicas de vida diária, a maioria se mostrou independente, enquanto, nas atividades instrumentais, há dependência em, pelo menos, um critério avaliado. Este achado surpreende, pois o que se esperava encontrar era um alto grau de dependência, mesmo para as atividades básicas. Assim, considera-se esse dado um avanço importante para a melhora da qualidade de vida nessa população. Apesar disso, não se pode deixar de destacar que ainda há muito a fazer para prolongar a expectativa de vida e, além disso, dar qualidade de vida nestes anos a mais que lhes serão acrescentados.

A avaliação da capacidade cognitiva é um aspecto que surpreendeu, pois se esperava um maior déficit cognitivo do que o encontrado, tendo em vista os diversos fatores de risco, aos quais esta população está exposta. A informação é de grande relevância por evidenciar a preservação dessa capacidade, apesar do avanço da idade.

A suspeita de depressão foi encontrada em aproximadamente 30% dos entrevistados. A vivência de perdas, a solidão e o isolamento são algumas situações que favorecem o seu desenvolvimento.

Quanto às doenças referidas mais prevalentes referidas destacam-se a Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus, as quais exigem um tratamento cuidadoso e para toda a vida. Sendo estas doenças as mais prevalentes, justifica-se o uso de medicamentos utilizados para problemas nos aparelhos cardiovascular e metabolismo.

Em consequência disso, observa-se alto índice de uso de medicamentos entre os entrevistados. Apesar de todo o lado negativo do uso excessivo de medicamentos, entende-se que, com o avançar da idade, isso se faz necessário para ajudar no prolongamento da vida.

Sobre as limitações do estudo, tem-se que ele foi realizado em cinco unidades de saúde, a partir de sorteio, o que pode não representar a totalidade dos idosos que se encontram nessa faixa etária. De qualquer forma, este estudo relata uma realidade de muitas necessidades e possibilidades que demandam investimentos, especialmente dos serviços de saúde.

Além disso, por se tratar de um estudo no qual todos os dados são fornecidos pelos idosos, há a possibilidade de viés de memória, haja vista que os idosos nem sempre se recordam de todas as suas enfermidades, remédios, dentre outros aspectos.

Frente aos resultados do presente estudo, depreende-se a necessidade de avanços na implementação das políticas voltadas ao idoso, especialmente da Política Nacional do Idoso, visto que, por meio delas, é possível atender às principais necessidades dessas pessoas e proporcionar melhor qualidade aos anos vividos.

REFERENCIAS

- 1- IBGE. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. [Internet]. Rio de Janeiro (RJ):IBGE; 2009. [Citado 2014 maio 12]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf
- 2- Batista MPP, Almeida MHM, Lancman S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. Rev Ter Ocup [Internet]. 2011 [citado 15 maio 2014];22(3): 200-7. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46383/50140>
- 3- Alves JED. O bônus demográfico e o crescimento econômico no Brasil. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/bonusdemografico.pdf>
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [citado 2014 Jun 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2011/matriz.htm>
- 5- Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saúde Coletiva. 2007;4(17):134-40.
- 6- Brasil. Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 13 dez 1999. Seção 1: 20
- 7- Brasil. Lei n 1074/2003. Estatuto do Idoso. Brasília (DF); 2003.
- 8- Camarano AA, Pasinato, MT. Introdução. In: CAMARANO, Ana Amelia (org.). Novos idosos brasileiros: muito além dos 60?. Rio de Janeiro: IPEA, p.1-22, 2004.
- 9- Dicionário Aurélio. Definição – Idoso. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/idoso>
- 10- Santos, SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. Rev Bras Enferm. 2010;63(6):1035-9.
- 11- Argimon IIL, Stein, LM. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. Cad Saúde Pública. 2005;21(1):64-72.
- 12-United Nations. World urbanization prospects: the 2009 revision population database [Internet]. New York (NY): United Nations; 2010. [cited 2014 Jun 20]. Available from: <http://esa.un.org/wup2009/unup/>
- 13- United Nations. World Population 2012 [Internet]. New York (NY): United Nations; 2012. [citado 2014 Maio5]. Disponível em: Http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/WPP2012_Wallchart.pdf

- 14-United Nations. World population prospects: the 2012 revision [Internet]. New York (NY): United Nations; 2012. [cited 2014 Maio 20]. Available from: http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_indicators.htm
- 15-Veras RP. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos: introdução. Cad Saúde Pública. 2007;23(10):2463-6
- 16-IBGE. Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios. [Internet]. Rio de Janeiro (RJ):IBGE; 2011. [Citado 2014 abr 10]. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf
- 17- Machado JMP. Tomada de decisão na atenção ao paciente muito idoso hospitalizado. [dissertação na Internet]. Porto Alegre (RS): Universidade Católica do Rio Grande do Sul;2006. 103p. Disponível em: http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/14/TDE-2007-05-09T080644Z-566/Publico/389825.pdf
- 18- Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(4):967-74.
- 19- Pilger C, Menon UM, Mathias TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(1):213-20.
- 20- Organización Panamericana de la Salud. Guia clínica para atención primaria a las personas mayores. 3ª ed. Washington (DC); 2003.
- 21- Duarte YAO. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. In: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de enfermagem: IDS-USP-MS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
- 22- IBGE. Censo demográfico. [Internet]. Rio de Janeiro (RJ):IBGE; 2011. [Citado 2014 abr 15]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>
- 23- Barros RP, Mendonça R, Santos D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos do Brasil. Textos para Discussão. 1999(686):[cerca de 32 p.]
- 24- Louvisson MCP, Lebrão ML, Duarte YA, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2008;42(4):433-40.
- 25- Ferreira JVC. Os muito idosos no Município de São Paulo [dissertação na Internet]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006. 101p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-01022007-174148/pt-br.php>
- 26- IBGE. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. [Internet]. Rio de Janeiro (RJ):IBGE; 2009. [Citado 2014 maio 12]. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf

27- Secretaria Municipal de Saúde – SMS/ Instituto Municipal de Urbanismo Perreira Passos. 2006. 13 p.

28- Camarano, A A. Idosos Brasileiros – Indicadores de Condições de Vida e de Acompanhamento de Políticas. Brasília: Presidência da República/Secretaria Geral de Direitos Humanos/Subsecretaria de promoção e defesa dos direitos humanos, 2005.

29- Santos MAB, Mattos IE. Condições de vida e saúde da população idosa do município de Guaramiranga – CE. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(2):193-201

30- Brasil. Ministério da Saúde. Decreto Nº 1.948, DE 3 de julho DE 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 3 de jul de 1996.

31- Keinert TMM, Rosa TEC. Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. *BIS, Bol Inst Saúde*. 2009;(47):4-8.

32- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional da Saúde da pessoa idosa. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 19 de out de 2006.

33- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 23 de fev 2006; Seção 1:43

34- Paschoal SM, Filho WJ, Litvoc J. Development of elderly quality of life index – EQOLI: theoretical-conceptual framework, chosen methodology, and relevant items generation. *Clinics* 2007;62(3):279-88.

35- Paschoal SM, Jacob Filho W, Litvoc J. Development of Elderly Quality of Life Index--EqOLI: item reduction and distribution into dimensions. *Clinics* 2008;63(2):179-88.

36- Menezes TMO, Lopes RLM. Significado do cuidado no idoso de mais de 80 anos ou mais. *Rev Eletrônica Enferm [Internet]*. 2012 [citado 21 abr 2014];14(2):240-7. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a03.htm

37- Carboni RM, Repetto MA. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Rev Eletrônica Enferm [Internet]*. 2007 [citado 21 abr 2014];9(1):251-60. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7152>

38- Trivinho ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo (SP): Atlas; 1987.

- 39- Prefeitura de Marília. Dados de Marília: saúde [Internet]. Marília (SP): Prefeitura de Marília; [2013?]. [citado 7 jul 2014]. Disponível em: http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/?page_id=361
- 40- Marília. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. Relatório de Gestão. Marília (SP): Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília; 2002.
- 41- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil [Internet]. São Paulo (SP): ABEP; 2013. [citado 2013 dez 15]. Disponível em: <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>
- 42- Lebrão ML, Duarte YAO (org). O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS/MS; 2003.
- 43- Saúde em movimento. Dor – mensuração.[Internet] citado 20 maio 2013. Disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=39
- 44- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185(12):914-19.
- 45- Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(2):317-25.
- 46- Duarte Yeda Aparecida de Oliveira, Andrade Claudia Laranjeira de, Lebrão Maria Lúcia. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev. esc. enferm. USP [serial on the Internet]. 2007 June [cited 2014 July 27]; 41(2): 317-325. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021&lng=en.
- 47- Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de atividades instrumentais da vida diária. Rev Bras Promoç Saúde. 2008;21(4):290-6.
- 48- Paradelo EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev. Saúde Pública. 2005;39(6):918-23.
- 49- Almeida OP. Mini exame dos estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. Arq Neuro-Psiquiatr. 1998;56(3B): 605-612.
- 50- Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. Cad. Saúde Pública. 2003;19(3):700-701.
- 51- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):745-57.
- 52- Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. Estud Interdiscip Envelhec. 2002;4:7-19.

- 53- Mehdizadeh SA. Health and long-term care use trajectories of older disabled women. *Gerontologist*. 2002 Jun;42(3):304-14.
- 54- Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2011;19(5):1230-8.
- 55- Silva MDF, Ferreira-Alves J. O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicol Reflex Crit*. 2012;25(3):588-95
- 56- Gomes MM, Forte, TCM, Fígoli MGB, Duarte YAO, Lebrão ML. Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(3):566-78.
- 57- Nihtilä E, Martikainen P. Institutionalization of older adults after the death of a spouse. *Am J Public Health*. 2008;98(7):1228-34.
- 58- Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acurcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1033-45.
- 59- Xie J, Matthews FE, Jagger C, Bond J, Brayne C. The oldest old in England and Wales: a descriptive analysis based on the MRC Cognitive Function and Ageing Study. *Age Ageing*. 2008;37(4):396-402
- 60- IBGE. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios – Síntese de indicadores 2009. [Internet]. Rio de Janeiro (RJ):IBGE; 2010. [Citado 2014 maio 12]. Disponível em:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf
- 61- IBGE. Síntese de indicadores sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira – 2013. [Internet]. Rio de Janeiro (RJ):IBGE; 2013. [Citado 2014 maio 12]. Disponível em:
<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
- 62- Aires M, Paz AA, Perosa CT. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2006;3(2):79-91.
- 63- Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendruscolo TRP, Cruz IR, Rodrigues RAP. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev Latinoam Enferm*. 2010;18(1):18-25.
- 64- Côre B, Oliveira B, Medeiros S. Brasil: o que dizem os números sobre a pessoa idosa? In: Associação Brasileira de estudos populacionais. [citado 5 maio 2014]. Disponível em:
http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_190.pdf

- 65- Areosa SVC, Benitez LB, Wichmann FMA. Relações familiares e o convívio social entre idosos. *Textos & Contextos* (Porto Alegre). 2012;11(1):184-92.
- 66- Inouye K, Barham EJ, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicol Reflex Crit*. 2010;23(3):582-92.
- 67- Carreira L, Rodrigues RAP. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(6):933-9.
- 68- Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2935-44.
- 69- Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(3):599-610.
- 70- Castro MSM. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4): 987-98.
- 71- Borges AM, Santos G, Kumer JA, Fior VD, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatria Gerontol*. 2014;17(1):79-86.
- 72- Ferretti F, Nierotka RP, Silva MR. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. *Interface Comun Saúde Educ*. 2011;15(37):565-72.
- 73- Ferreira CL, Santos LMO, Maia EMC. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):328-34.
- 74- Santos GP, Chubaci RYS. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2533-40.
- 75- Nascimento EP, Florindo AA, Chubaci RYS. Exame de detecção precoce do câncer de próstata na terceira idade: conhecendo os motivos que levam ou não a sua realização. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2010; 34(1):7-18.
- 76- Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>
- 77- Brasil. Ministério da Saúde. Informe técnico: campanha nacional de vacinação contra a influenza. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://www.sbim.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Informe_Campanha_Influenza_-_25_03_2014.pdf

- 78- Francisco PMSB, Barros MBA, Cordeiro MRD. Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(3):417-26.
- 79- Campos EC, Sudam LCP, Mattos ED, Fidelis R. Fatores relacionados à vacinação contra a gripe em idosos: estudo transversal, Cambé, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(5):878-88.
- 80- Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto & Contexto Enferm*. 2012;21(1):167-76.
- 81- Fhon JRS, Wehbe SCCF, Vendrescolo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAP. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Rev Latinoam Enferm*. 2012;20(5): 927-34.
- 82- Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;5(2):162-7.
- 83- Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):138-46.,
- 84- Martínez IP, Bravo BN, Pretel FA, Muñoz JND, Molina RPE, Hidalgo JL. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. *Gac Sanit*. 2010;24(6):453-9.
- 85- World Health Organization. 10 facts about blindness and visual Impairment. World Health Organization. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/blindness/en/#>.
- 86- Thomaz RP, Fattor A. Autopercepção de saúde, auto-avaliação da acuidade visual e síndrome da fragilidade em Idosos de um hospital terciário - hc / Unicamp. In: Anais do XIX Congresso interno de Iniciação Científica; 26-27 out 2011; Campinas, Brasil. [Internet]. Campinas, SP: Universidade de Campinas. Disponível em: <http://www.prp.rei.unicamp.br/pibic/congressos/xixcongresso/paineis/063993.pdf>
- 87- Santos SB, Oliveira LB, Menegoto IH, Bós AJG, Soldera CLC. Dificuldades percebidas por moradores longevos e não longevos de uma instituição de longa permanência para idosos. *Estud interdiscipl envelhec*. 2012; 17(1): 125-43.
- 88- Melo ES. Percepção sobre saúde em idosos não institucionalizados no município de Campina Grande – PB. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual de Paraíba; 2012. 53p. Disponível em: <http://dSPACE.bc.uepb.edu.br:8080/jspui/bitstream/123456789/2198/1/PDF%20-%20Estefania%20dos%20Santos%20Melo.pdf>
- 89- Costa JSD, Galli R, Oliveira EA, Backes V, Vial EA, Canuto R, et al. Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(1):79-88.

- 90- Miranzi MAS, Amuí MM, Iwamoto HH, Tavares OMS, Pinheiro AS, Coimbra MAR. Uso da prótese dentária entre idosos: um problema social. Rev Fam., Ciclos de vida e saúde no Cont social. 2015;3(1).
- 91- Reis LA, Torres GV. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. Rev Bras Enferm. 2011;64(2):274-80.
- 92- Barbosa MH, Silva, LC, Andrade, EV, Luiz RB, Bolina AF, De Mattia, AL, Cunha, DF Avaliação da dor crônica em idosos institucionalizados. REME Rev Min Enferm. 2012;16(1):63-8.
- 93- Silveira MM, Pasqualotti A, Colussi EL. Prevalência de dor crônica em adultos e idosos. Rev Bras Ciênc Saúde. 2012;31(10):39-44.
- 94- Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. Cad Saúde Pública. 2007;23(5):1151-60.
- 95- Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Lebrão ML, Duarte YAO, Braga PE. Associação entre dor crônica e autorrelato de quedas: estudo populacional – SABE. Cad Saúde Pública. 2014;30(3):522-32.
- 96- Celich KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2009; 12(3):345-59.
- 97- Duarte LSS, Dutra CDT, Pires CAA, Assis FSJS, Silva, DCB, et al. Análise da capacidade funcional de idosos atendidos pela estratégia de saúde da família. Rev para med. 2012;26(4).
- 98- Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Barbosa LARR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(8):3317-25.
- 99- Cardoso JH, Costa JSD. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(8):2871-8.
- 100- Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Barbosa LARR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(8):3317-25.
- 101- Pereira GN, Bastos GAN, Del Duca GF, Bós AJG. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. Cad Saúde Pública. 2012;28(11):2035-42.
- 102- 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. 2010;15(6):2887-98.

- 103- Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Tallmann AEC, Neu DKM. Capacidade funcional no idoso longo vivo: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(2):176-85.
- 104- D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epiidoso. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(4):685-92.
- 105- Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saude Publica.* 2010;44(6):1137-43. DOI:10.1590/S0034-89102010000600020
- 106- Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev Saude Publica.* 2008;42(2):302-7. DOI:10.1590/S0034-89102008005000007
- 107- Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):190-7. DOI:10.1590/S0047-20852010000300004
- 108- Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr.* 2009;58(1):1-7. DOI:10.1590/S0047-20852009000100001.
- 109- Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, D'Orsi E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo Epi Floripa. *Rev Saúde Pública.* 2013;46(1):138-46.
- 110- Shear K, Roose SP, Lenze EJ, Alexopoulos GS. Depression in the elderly: the unique features related to diagnosis and treatment. *CNS Spectr.* 2005 Aug10(8 Suppl 10):1-13.
- 111- Barata JCC, Diniz JAR. Associação da depressão com doenças clínicas prevalentes na terceira idade: o papel da assistência de enfermagem. *J Manage Prim Health Care.* 2014;5(2):230-41.
- 112- Llobet MP, Ávila NR, Farrás JF, Canut MTL. Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria. *Rev Latinoam Enferm.* 2011; 19(3):467-75.
- 113- Leonardo KC, Talmelli LFS, Diniz MA, Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. *Ciênc, Cuidado e Saúde.* 2014; 13(1):120-27.
- 114- Holz AW, Nunes BP, Thumé E, Lange C, Facchini LA. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(4):880-8.

- 115- Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):375-68.
- 116- Santos TRA, Lima DM, Yaeko A, Nakatani K, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):94-103.
- 117- Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(2):279-84.
- 118- van den Bemt PM, van der Schrieck-de Loos EM, van der Linden C, Theeuwes AM, Pol AG; Dutch CBO WHO High 5s Study Group. Effect of medication reconciliation on unintentional medication discrepancies in acute hospital admissions of elderly adults: a multicenter study. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(8):1262-8.
- 119- Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros TS, Arruda IKG. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):759-68.
- 120- Pizzol TSD, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(1):104-14.
- 121- Gonçalves KAM, Kaminirua QP, Silva SLG, Silva MG. A população idosa no Brasil: caracterização do uso de medicamentos. *Rev Eletrônica Ciênc Hum Saúde Tecnol [Internet]*. 2013 [citado 15 jul 2014]; 4(2):67-76. Disponível em: <http://www.fasem.edu.br/revista/index.php/fasemciencias/article/view/52>
- 122- Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(6):2899-905.
- 123- Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJC, Xavier AJ, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(10):1939-50.
- 124- Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):735-43.
- 125- Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):267-80.
- 126- Marques EIW, Petuco VM, Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. *Rev Bras Env Humano*. 2010; 7(2):267-79.

APÊNDICE A
Instrumento de Coleta de Dados

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
1.1 Idade	Gênero: 1.2 (a) Masculino (b) Feminino
1.3 Estado civil: (a) solteiro (b) casado (c) viúvo (d) divorciado (e) amasiado	
1.4 Escolaridade: (a) ensino fundamental 1 incompleto (b) ensino fundamental 1 completo (c) ensino fundamental 2 incompleto (d) ensino fundamental 2 completo (e) ensino médio incompleto (f) ensino médio completo (g) ensino superior incompleto (h) ensino superior completo	
1.5 Religião: () católico () espírita () evangélico () outros: _____	
1.6 Condições de Comunicação: _____	
1.7 Quem responde: () idoso () familiar () cuidador () outros: _____	

2. CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA					
	<i>Quantidade de Itens</i>				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4 ^o
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2
Vídeo Cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer	0	2	2	2	2

<i>Grau de Instrução Do Chefe da Família</i>	
Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Fundamental 1 Completo/ Fundamental 2 Incompleto	1
Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior Completo	8

Resultado 2.1 Classe A1 () 42-26 pontos **2.2 Classe A2** () 35-41 pontos **2.3 Classe B1** () 29-34 pontos **2.4 Classe B2** () 23-28 pontos **2.5 Classe C1** () 18-22 pontos **2.6 Classe C2** () 14-17 pontos **2.7 Classe D** () 8-13 pontos **2.8 Classe E** () 0-7 pontos

3. QUALIFICAÇÃO DA MORADIA E INFRAESTRUTURA

3.1 Em que tipo de moradia o (a) senhor (a) vive?

(a) casa (b) apartamento (c) quarto /cômodo (d) barraco /maloca (e) não sabe (f) não respondeu

3.2 Sua moradia é: (a) própria (b) alugada (c) cedida (d) invadida (e) outros

3.3 Qual o material de construção de sua moradia?

(a) alvenaria (b) madeira (c) mista (d) outros (e) não sabe (f) não respondeu

3.4 Como é feito o abastecimento de água?

(a) rede pública, com canalização. (b) rede pública, sem canalização. (c) bica ou torneira pública (d) poço

(e) outros (f) não sabe (g) não respondeu

3.5 O lixo de sua residência é? (a) coletado (b) queimado (c) enterrado (d)

jogado (e) outros (e) não sabe (f) não respondeu

3.6 Possui energia elétrica? (a) sim com medidor (b) sim sem medidor (c) não (d) não respondeu (e) não sabe

3.7 Sua rua é servida por iluminação pública? (a) não (b) sim

3.8 Que tipo de instalação sanitária possui sua moradia? (a) rede publica (b) fossa séptica (c) fossa negra (e) outros

3.9 Sua moradia possui: (a) banheiro com vaso sanitário e chuveiro dentro de casa (b) banheiro com vaso sanitário sem chuveiro. (c) casinha privada externa. (d) outros

3.10 Quantos cômodos têm sua casa?(a) 3 (b) 4 (c) 5 (d) 6 (e)7 (f)8 (g) 9 ou +

3.11 Em que local da casa dorme?

(a) quarto. (b) sala (c) cozinha /sala/ quarto (peça única) (d) outros (e) não respondeu

3.12 O (a) idoso (a) dorme com outras pessoas no mesmo cômodo?

(a) não, sozinho (b) sim, com cônjuge / companheiro. (c) sim, com os filhos. (d) sim, com os netos. (e) outros

4. OCUPAÇÃO/ RENDA

4.1 Qual foi a sua principal ocupação, durante a maior parte de sua vida? _____

4.2 O Idoso está aposentado? (a) sim (b) não, *Caso não ir para pergunta 4.5*

4.3 Com que idade se aposentou? (em anos completos).....

4.4 Qual o motivo de sua aposentadoria?.....

4.5 Qual a origem da sua renda? (escolha múltipla) (a) aposentadoria (b) salários (c) aluguel (d) poupança (e) pensão

(f) outras:.....

4.6 Da sua renda, qual a sua principal despesa: (a) saúde (b) habitação. (c) ajuda familiar. (d) remédios. (e) vestuário (f)

outros:.....

4.7 Qual a renda mensal de sua família? (Salário Mínimo - SM) (a) Até 1 SM (b) De 2 a 3 SM (c) De 4 a 5 SM (d) mais que 5 SM (e) não sabe/ não respondeu

4.8 Quantas pessoas vivem desta renda? (a) até 3 pessoas (b) 4 – 6 pessoas (c) 7 ou + pessoas

4.9 Qual sua participação econômica no núcleo familiar? (a) único responsável (b) maior responsável (c) divide responsabilidades (d) sem participação (e) outros:.....

4.10 Considera ter dinheiro suficiente para suas necessidades diárias?

(a) sim (b) não. Justificar:.....

5. REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL

5.1 Número de pessoas que residem no domicílio? (a) 1 (b) 2 (c) 3 (d) 3-4 (e) 5+

5.2 O Senhor (a) vive: (a) sozinho (b) com cônjuge (c) com filho não casado (d) com filho casado (e) outros

5.3 Estou satisfeito (a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa esta me incomodando ou preocupando? (a) sempre (b) quase sempre (c) algumas vezes (d) raramente (e) nunca

5.4 Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas (a) sempre (b) quase sempre (c) algumas vezes (d) raramente (e) nunca

5.5 Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções (a) sempre (b) quase sempre (c) algumas vezes (d) raramente (e) nunca

5.6 Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor (a) sempre (b) quase sempre (c) algumas vezes (d) raramente (e) nunca

5.7 Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos? (a) sempre (b) quase sempre (c) algumas vezes (d) raramente (e) nunca

6 ATIVIDADES DE LAZER

Como ocupa seu tempo livre? (escolha múltipla)

- | | |
|--|---|
| (a) assiste televisão. | (g) participa de atividades sócio-recreativas (passeios, visitas, bailes, etc.) |
| (b) conversa com amigos. | (h) atividade religiosa |
| (c) ouve radio. | (i) nenhuma atividade. |
| (d) lê (jornais, revistas e livros). | (j) outros:..... |
| (e) ouve música. | |
| (f) faz trabalhos manuais (crochê tricô, etc). | |

7 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

7.1 Tem algum convênio para atendimento à saúde: (a) Sim (b) Não. Em caso afirmativo responda: Qual:.....

Se Não, vá para o item, 7.7.

7.2 Nos últimos doze meses utilizou o plano de saúde: (a) Sim (b) Não. Em caso afirmativo responda:

7.3 (a) consulta médica (b) Sim (c) Não. Em caso afirmativo, especificar: o número de vezes e a especialidade:.....

7.4 (a) consulta com profissional não médico (b) Sim (c) Não. Em caso afirmativo o número de vezes e a especialidade:.....

7.5 (a) internação. (b) Sim (c) Não. Em caso afirmativo especificar o número de vezes, motivo e tempo de internação em dias:.....

7.6 (a) Exames complementares (b) Sim (c) Não. Em caso afirmativo especificar o(s) exame(s) realizado(s):.....

7.7 Nos últimos doze meses utilizou os serviços de saúde do SUS: (a) Sim (b) Não. Em caso afirmativo responda:

7.8 (a) consulta médica. (b) Sim (c) Não. Em caso afirmativo, especificar: o número de vezes e a especialidade:.....

7.9 (a) consulta com profissional não médico (b) Sim (c) Não. Em caso afirmativo o número de vezes e a especialidade:.....

7.10 (a) internação (b) Sim (c) Não. Em caso afirmativo especificar o número de vezes, motivo e tempo de internação em dias:.....

7.11 (a) Exames complementares (b) Sim (c) Não. Em caso afirmativo especificar o(s) exame(s) realizado(s):.....

7.12 Além do atendimento por convênio ou pelo SUS, nos últimos 12 meses, submeteu-se a algum tratamento particular. (a) Sim (b) Não. Em caso afirmativo especificar:.....

7.13 O Sr (a) tem alguma dificuldade para conseguir atendimento nos serviços de saúde? (a) Sim (b) Não. Especificar:.....

7.14 O Sr (a) tem alguma dificuldade para chegar aos serviços de saúde? (a) Sim (b) Não Especificar:.....

8. HISTÓRIA DE SAÚDE

8.1 Em geral diria que sua saúde é: (a)ótima (b) boa (c) regular (d) má (e) péssima (f) não sabe

8.2 Diagnóstico médico referido.....

8.3 Uso de bebida alcoólica atualmente: (a) sim (b) não. Caso afirmativo, qual a quantidade/dia/semana:.....

8.4 Já foi etilista: (a) sim (b) não.

8.5 Caso afirmativo questionar a quanto tempo e quais as repercussões do álcool na vida familiar e pessoal:.....

8.6 Realiza prevenção de câncer de mama/útero ou próstata anualmente? (a) Sim (b) Não

8.7 Quantas vezes caiu no último ano:.....

- 8.8 Especificar as conseqüências:.....
- 8.9 No último ano tomou a vacina antigripal? (a) sim (b) não. Caso negativo, qual foi o motivo:.....
- 8.10 Sente insegurança ou medo de cair (a) Sim (b) Não
- 8.11 Como diria que esta a sua visão no momento? (a)cega (b) péssima (c)ruim (d)regular (e) boa (f)excelente (g) não respondeu
- 8.12 Como diria que está a sua audição no momento? (a)surdo total (b)ouve com muita dificuldade (c)ouve com dificuldade (d)ouve com alguma dificuldade (e) sem problemas.
- 8.13 Tem alguma dificuldade para mastigar? (a) nunca (b) raramente (c) frequentemente (d) as vezes (e) sempre (f) não respondeu
- 8.14 Necessita de alguns destes aparelhos relacionados?
- a) Óculos ou lente de contato
 - b) Aparelho auditivo
 - c) Prótese dentária (dentadura)
 - d) Muleta
 - e) Bengala
 - f) Membro artificial
 - g) Colostomia ou gastrostomia
 - h) Sonda nasogástrica
 - i) Outros:
.....
 - j) Não respondeu

Problemas de saúde no momento da entrevista:

8.15 Reumatismo [a]	interfere na vida [b]	não interfere [c]
8.16 Asma, bronquite ou DPOC [a]	interfere na vida [b]	não interfere [c]
8.17 Má circulação [a]	interfere na vida [b]	não interfere [c]
8.18 Diabetes [a]	interfere na vida [b]	não interfere [c]
8.19 Pressão alta [a]	interfere na vida [b]	não interfere [c]
8.20 Obesidade [a]	interfere na vida [b]	não interfere [c]
8.21 derrame [a]	interfere na vida [b]	não interfere [c]
8.22 Incontinência urinária [a]	interfere na vida [b]	não interfere [c]
8.23 Insônia [a]	interfere na vida [b]	não interfere [c]
8.24 Catarata [a]	interfere na vida [b]	não interfere [c]
8.25 Problemas de coluna [a]	interfere na vida [b]	não interfere [c]
8.26 Hipotensão ortostática [a]	interfere na vida [b]	não interfere [c]
8.27 Diminuição auditiva [a]	interfere na vida [b]	não interfere [c]
8.28 Diminuição visual [a]	interfere na vida [b]	não interfere [c]

9. ADESÃO AO USO DE MEDICAMENTOS

Medicamentos que utiliza

Nome do medicamento	Dosagem	Número de vezes por dia

- 9.1 Como toma essa medicação? (a) Sozinho (b) Supervisionado (c) Medicado por outra pessoa (d) Outros _____
- 9.2 Faz acompanhamento com mais de um médico (a) sim (b) não, *Se não ir para 9.4*
- 9.3 Especificar a especialidade _____
- 9.4 Tem alguma queixa ou sente alguma coisa por causa do tratamento? (a) sim (b) não Qual? _____
- 9.5 Caso esteja tomando algum medicamento, como conseguiu? (a) comprou (b) ganhou (c) obteve na USF (d) não conseguiu a medicação (e) não sabe (f) não respondeu
- 9.6 Quem foi o responsável pelo pagamento dos medicamentos? (a) entrevistado (b) filho (c) esposo (a) (d) outros
- 9.7 O (a) Senhor (a) costuma esquecê-los? (a) sim (b) não (c) sempre (d) às vezes (e) raramente
- 9.8 Utiliza algum medicamento por conta própria? (a) sim (b) não Qual? _____
- 9.9 Recebeu orientações sobre a medicação? (a) sim (b) não De quem? _____
- 9.10 Sabe para que servem as medicações que toma? (a) sim (b) não

9.11 Conhece os efeitos colaterais? (a) sim (b) não

9.12 Frente a um problema de saúde a quem recorre em primeiro lugar?

9.13 Apresenta alguma dificuldade em relação à medicação?

- (a) Economiza, mas não chega a ficar sem a medicação;
- (b) Economiza, chega a ficar sem a medicação;
- (c) Não encontra na farmácia;
- (d) Depende de outras pessoas para comprar;
- (e) Não utiliza a medicação quando sai de casa;
- (f) Não aceita a medicação;
- (g) Não entendeu a receita – **Motivo:** () Dificuldade visual () Analfabetismo;
- (h) Não entendeu a letra.
- (i) Dificuldade de deglutição;
- (j) Referente ao comprimido (forma, sabor);
- (k) Outros. Especificar:_____
- (l) Não

10. GRAU DE DEPENDÊNCIA DA PESSOA QUE O CUIDADOR CUIDA – ÍNDICE DE KATZ		
1.1 - Banho: Tanto o banho de esponja, banho de banheira ou chuveiro.		
Não recebe assistência (entra e sai da banheira ou chuveiro sozinho); 1.1.1 (I)	Recebe assistência ao lavar somente uma parte do corpo (tal como as costas ou uma perna); 1.1.2 (A)	Recebe assistência em lavar mais que uma parte do corpo (ou não toma banho sozinho); 1.1.3 (D)
1.2 - Vestir-se: Apanha roupas dos armários e gavetas incluindo roupas de baixo e roupas externas.		
Pega as roupas e se veste sem assistência; 1.2.1 (I)	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para assistência ao amarrar os sapatos; 1.2.2 (A)	Precisa de assistência para se vestir; 1.2.3 (D)
1.3 - Uso do banheiro: ir ao banheiro para evacuar ou urinar, em seguida se limpa e arruma as roupas.		
Vai ao banheiro, se limpa e arruma as roupas sem assistência (pode usar objeto de apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode manejar comadre ou lavatório à noite, esvaziando o mesmo de manhã); 1.3.1 (I)	Recebe assistência ao ir ao banheiro ou ao se lavar ou arrumar as roupas após eliminações ou uso de comadre ou lavatório à noite; 1.3.2 (A)	Não vai ao banheiro de forma alguma para as eliminações fisiológicas. 1.3.3 (D)
1.4 - Movimentação (transferência):		
Deita, levanta e senta-se sem assistência (seja da cama, cadeira de rodas ou utilizando bengala ou andador); 1.4.1 (I)	Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira com assistência; 1.4.2 (A)	Não levanta da cama; 1.4.3 (D)
1.5 - Continência:		
Controla urina e evacuação sozinho; 1.5.1 (I)	Tem “acidentes” ocasionais; 1.5.2 (A)	Necessita de supervisão para controlar a urina ou evacuação (uso de sondas ou é incontinente); 1.5.3 (D)
1.6 – Alimentação:		
Alimenta-se sem assistência; 1.6.1 (I)	Alimenta-se exceto ao pedir ajuda para cortar a carne ou passar manteiga no pão; 1.6.2 (A)	Recebe assistência na alimentação ou é alimentado parcialmente ou completamente ao usar sondas ou líquidos intravenosos; 1.6.3 (D)

Para se obter o **Índice de Independência das Atividades da Vida Diária de Katz** basta a observação dos seguintes itens:

RESULTADO:

1.7 - a) Independente na alimentação, continência, movimentação, uso do banheiro, vestuário e banho.	()
1.8 - b) Independente em todos, exceto uma destas funções.	()
1.9 - c) Independente em todos, exceto banho e uma função adicional.	()
1.10 - d) Independente em todos exceto banho, vestuário e uma função adicional	()
1.11 - e) Independente em todos, exceto banho, vestuário, uso do banheiro e uma função adicional.	()
1.12 - f) Dependente em todas as 6 funções	()
1.13 - g) Outro – dependente em pelo menos 2 funções, mas não classificável como c, d, e ou f.	()

12. ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA

12.1 Em relação ao Telefone:

- (a) Recebe e faz ligações sem assistência
- (b) Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas
- (c) Não tem hábito ou é incapaz de usar telefone

12.2 Em relação as viagens:

- (a) Realiza viagens sozinha
- (b) Somente viaja quando tem companhia
- (c) Não tem o hábito ou é incapaz de viajar

12.3 Em relação a realização de compras:

- (a) Realiza compras, quando é fornecido o transporte
- (b) Somente faz compras quando tem companhia
- (c) Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

12.4 Em relação ao preparo de refeições:

- (a) Planeja e cozinha as refeições completas
- (b) Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda
- (c) Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições

12.5 Em relação ao trabalho doméstico:

- (a) Realiza tarefas pesadas
- (b) Realiza tarefa leves, necessitando de ajuda nas pesadas
- (c) Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

12.6 Em relação ao uso de medicamentos:

- (a) Faz uso de medicamentos sem assistência
- (b) Necessita de lembretes ou assistência
- (c) É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

12.7 Em relação ao manuseio do dinheiro:

- (a) Preenche cheque e paga contas sem auxílio
- (b) Necessita de assistência para o uso de cheques e contas
- (c) Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro,

contas...

Classificação:

- () Dependência total = < 5 (P25)
- () Dependência parcial = > 5 < 21 (>P25 <P100)
- () Independência = 21 (P100)

13. Teste do timed get up and go

O idoso deve estar sentado em uma cadeira sem braços, com as costas apoiadas, usando seus calçados usuais e seu dispositivo de auxílio à marcha. Após o comando “vá”, deve se levantar da cadeira e andar um percurso linear de 3 metros, com passos seguros, retornar em direção à cadeira e sentar-se novamente.

Tempo: ____ segundos (Normal: ≤ 14 segundos)

- (a) ≤ 14 segundos
- (b) > 14 segundos

14. Avaliação de queixa de dor

14.1 Apresenta dor em alguma região do corpo: (a) sim (b) não. Especificar a região:.....

14.2 Se o idoso apresentar dor:

Nota zero - Dor ausente ou sem dor (a)

Nota três - Dor presente, havendo períodos em que é esquecida (b)

Nota seis - A dor não é esquecida, mas não impede exercer atividades da vida diária (c)

Nota oito - A dor não é esquecida, e atrapalha todas as atividades da vida diária, exceto alimentação e higiene (d)

Nota dez - A dor persiste mesmo em repouso, está presente e não pode ser ignorada, sendo o repouso imperativo (e)

Devido à presença da dor:

14.3 Em que local costuma consultar-se com mais frequência?

- (a) Posto de saúde do bairro;
- (b) Pronto socorro/pronto atendimento
- (c) Consultório médico particular
- (d) Consultório médico/ convênio
- (f) Ambulatório de especialidades.

14.4 Houve encaminhamento para algum especialista?

- a) geriatra
- b) reumatologista
- c) neurologista
- d) ortopedista
- e) fisioterapeuta
- f) fisiatra

g) outros:.....

h) Não

14.5 Se *sim*: Conseguiu o atendimento? (a) sim (b) não. Especificar:

14.6 Houve demora? (a) sim (b) não. Especificar:.....

14.7 Ficou satisfeito? (a) sim (b) não. Especificar:.....

15. Avaliação de Depressão e Solidão

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não = 1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim = 1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim = 1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não = 1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim = 1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não = 1) (sim = 0)
8. Sente-se freqüentemente desamparado (a)? (sim = 1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim = 1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim = 1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não = 1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não = 1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não = 1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não = 1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim = 1) (não = 0)

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.

1 = Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.

Total > 5 = suspeita de depressão

16. Avaliação Cognitiva

Mini exame do estado mental

Orientação

- | | |
|--|-----|
| 1) Dia da Semana (1 ponto) | () |
| 2) Dia do Mês (1 ponto) | () |
| 3) Mês (1 ponto) | () |
| 4) Ano (1 ponto) | () |
| 5) Hora aproximada (1 ponto) | () |
| 6) Local específico (andar ou setor) (1 ponto) | () |
| 7) Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) | () |
| 8) Bairro ou rua próxima (1 ponto) | () |
| 9) Cidade (1 ponto) | () |
| 10) Estado (1 ponto) | () |

Memória Imediata

Fale três palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. ()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

Memorizar: "copo, mala, carro"

Atenção e Cálculo

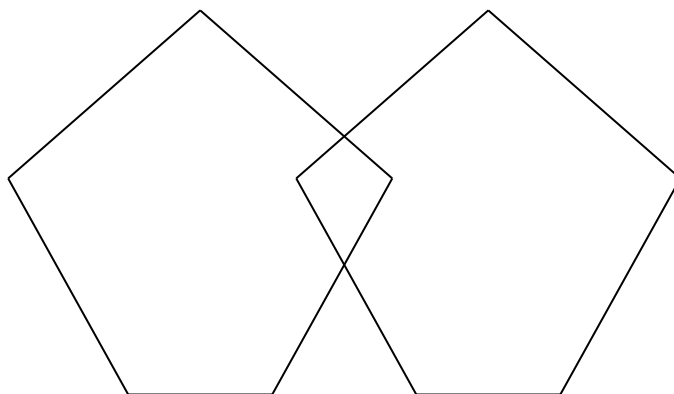
(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65) (1 ponto para cada cálculo correto)

Evocação

Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente. (1 ponto por palavra)

Linguagem

- 1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) ()
- 2) Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) ()
- 3) Comando: "pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão" (3 pontos) ()
- 4) Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) ()
- 5) Escrever uma frase (1 ponto) ()
- 6) Copiar um desenho (1 ponto) ()

ESCREVA UMA FRASE**COPIE O DESENHO**

Escore: (___ / 30)

ANEXO A

Aprovação do Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa/ (132/13-SS)



Prefeitura Municipal de Marília

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Ofício SS.10 n° 152

Marília, 16 de maio de 2013.

Prezada Senhora,

Em atenção ao contido na solicitação datada de 19/03/13, Protocolada sob n° 132/13-SS, vimos pelo presente autorizar a realização da pesquisa intitulada: **“Condições de vida e saúde dos idosos com idade igual ou acima dos 80 anos”**, junto às USFs.

Na oportunidade, esclarecemos que só será permitida a realização da pesquisa mediante a apresentação deste Ofício de Autorização juntamente com o parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Instituição de origem.

Solicitamos ainda, que após a coleta de dados, sejam encaminhados a este Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa – COMAP, os resultados obtidos.

Atenciosamente,

Dr. MARCOS ANTONIO GIROTTO
Coordenador do COMAP

DR. MÁRCIO TRAVAGLINI C. PEREIRA
Secretário Municipal da Saúde

À Sra. Sabrina Piccinelli Zanchettin Silva
Faculdade de Medicina de Marília
MARÍLIA

JLR/al

ANEXO B**Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília**FACULDADE DE MEDICINA DE
MARÍLIA-FAMEMA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** Condições de vida e saúde dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos**Pesquisador:** Sabrina Piccinelli Zanchettin Silva**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 14742813.6.0000.5413**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina de Marília ((FAMEMA))**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 259.969**Data da Relatoria:** 29/04/2013**Apresentação do Projeto:**

A população idosa vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas, o que se deve à melhoria do acesso aos serviços de saúde. O processo de envelhecimento é marcado por condições de vulnerabilidade no estado de saúde, especialmente aqueles com idade igual ou superior a 80 anos.

É um estudo quantitativo e descritivo para analisar identificar as condições de vida e saúde de idosos com idade igual ou superior a 80 anos nas Unidades de Atenção Básica à Saúde da cidade de Marília.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Analisar as condições de vida e saúde de idosos com idade igual ou superior a 80 anos, a fim de proporcionar dados que auxiliem na tomada de decisão e efetivação de políticas públicas.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as condições sócio-demográficas dos mais idosos;
- Caracterizar a rede de apoio familiar e social dos mais idosos;
- Caracterizar o acesso aos serviços de saúde;
- Avaliar a capacidade funcional;

Endereço: Rua: Orlando Righetti, 269**Bairro:** Fragata**CEP:** 17.519-230**UF:** SP**Município:** MARILIA**Telefone:** (14)3402-1744**Fax:** (14)3422-1079**E-mail:** dirpos@famema.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
MARÍLIA-FAMEMA



- Avaliar a capacidade cognitiva;
- Avaliar a presença de sintomas depressivos;
- Identificar as principais doenças referidas e os medicamentos que utiliza;
- Identificar fatores de proteção à saúde e atividade física regular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa será realizada através de entrevista e a pessoa terá a liberdade de definir para participar.

Benefícios:

O estudo proporcionará análise das condições de vida e saúde de idosos com idade igual ou superior a 80 anos, a fim de proporcionar dados que auxiliem na tomada de decisão e efetivação de políticas públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo para identificar existência de necessidades de idosos com idade igual ou superior a 80 anos a fim de proporcionar dados básicos para futuros estudos ou ações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está elaborado na forma de convite à participação no estudo, com linguagem clara e acessível, explica os objetivos e procedimentos, os desconfortos, riscos associados e os possíveis benefícios a fim de atender a Resolução 196/96 no que se refere à exposição do sujeito da pesquisa.

A folha de rosto esta preenchida corretamente, datada e assinada pelo pesquisador. principal e pelo responsável institucional.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e de acordo com as atribuições definidas na Resolução do CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua: Orlando Righetti, 269
Bairro: Fragata CEP: 17.519-230
UF: SP Município: MARILIA
Telefone: (14)3402-1744 Fax: (14)3422-1079 E-mail: dirpos@famema.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
MARÍLIA-FAMEMA



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado - Retirar o TCLE assinado no CEP/FAMEMA após 09/05/13

MARILIA, 30 de Abril de 2013

Assinado por:
Valdeir Fagundes de Queiroz
(Coordenador)

Endereço: Rua: Oriando Righetti, 269

Bairro: Fragata

CEP: 17.519-230

UF: SP

Município: MARILIA

Telefone: (14)3402-1744

Fax: (14)3422-1079

E-mail: dirpos@famema.br

APÊNDICE B

Termo de consentimento livre e esclarecido

ANEXO II - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: "Condições de vida e saúde dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos"

Informo que sou Discente do Programa Mestrado "Saúde e Envelhecimento" da Faculdade de Medicina de Marília, e estou desenvolvendo um estudo com o objetivo de analisar as condições de vida e saúde dos idosos com 80 anos ou mais. Espera-se com este estudo proporcionar dados que possam contribuir para a efetivação das políticas públicas voltadas a esta população. Para que seja possível desenvolvê-lo precisamos contar com sua participação respondendo ao questionário em anexo que diz respeito as suas condições de vida e saúde.

O desconforto que o estudo poderá gerar refere-se ao tempo gasto para responder as perguntas, que ocorrerá em aproximadamente uma hora.

Para sua segurança, informamos que terá a garantia de:

- * Receber todas as informações que achar necessárias sobre a pesquisa a ser desenvolvida.
- * Ter sua identificação preservada.
- * Retirar seu consentimento em qualquer parte dos questionários sem problemas por este ato.
- * Não sofrer nenhum prejuízo por minha participação;
- * Ser informado (a) dos resultados dos estudos;
- * Ser esclarecido de qualquer dúvida por meio de contato com o pesquisador responsável
- * Sua participação não implicará em custos financeiros para você ou para o sistema de saúde;

É importante que saiba que os os resultados do estudo podem ser divulgados em eventos científicos ou publicados em revista científica.

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador, de forma clara e objetiva, e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente (sem remuneração financeira) em participar da pesquisa. Declaro, ainda que recebi cópia do presente termo.

Eu _____ portadora do RG nº _____ após ter sido informado (a) sobre o trabalho, concordo em participar do mesmo.

Marília, de de 2.013

Assinatura do participante

Ou Responsável legal

Maria José Sancho Marin

Maria José Sancho Marin/ RG: 29656

Tel: 34021744/ Coren: 12744482

marnadia@terra.com.br

Marcia Renata Rodrigues

Marcia Renata Rodrigues/RG: 25135740

Tel: 34021744/ Coren: 82125

marcia.renatarodrigues@gmail.com

Sabrina Piccinelli Z. Silva

Sabrina Piccinelli Z. Silva/ RG: 44568599-2

Tel: 9137-1737/ Coren: 338931

sabrinazanchettin@hotmail.com

Prof. Dr. Vagner Fagundes de Queiróz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos
Faculdade de Medicina de Marília / FAMEMA