

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Dissertação

**Capacidade funcional dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da
Família da zona rural de Pelotas/RS**

Andressa Hoffmann Pinto

Pelotas, 2015

Andressa Hoffmann Pinto

Capacidade funcional dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Pelotas/RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Celmira Lange

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Carla Alberici Pastore

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

P659c Pinto, Andressa Hoffmann

Capacidade funcional dos idosos cadastrados na
Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Pelotas/RS
/ Andressa Hoffmann Pinto ; Celmira Lange, orientadora ;
Carla Alberici Pastore, coorientadora. — Pelotas, 2015.

125 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade
Federal de Pelotas, 2015.

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde do idoso. 3.
População rural. 4. Saúde da família. I. Lange, Celmira,
orient. II. Pastore, Carla Alberici, coorient. III. Título.

CDD : 610.73

Andressa Hoffmann Pinto

Capacidade funcional dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da
Família da zona rural de Pelotas/RS

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para a obtenção do grau de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 27 de março de 2015.

Banca examinadora

Profa. Dr^a. Celmira Lange - UFPel (Orientadora)

Profa. Dr^a. Maria Elena Echevarria Guanillo - UFSC

Prof. Dr. Fernando Carlos Vinholes Siqueira - UFPel

Profa. Dr^a. Elaine Tomasi - UFPel

Prof^a. Dr^a. Rosani Manfrin Muniz - UFPel

Dedico esse trabalho aos meus pais.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente a DEUS, essa força que me rege, que me protege e me sustenta. Agradeço à espiritualidade que tem me guiado e me fortalecido ao longo desses anos. À minha família, mais especificamente aos meus pais, Ney e Otilia, aos meus irmãos Alexandre e Adriana, aos meus sobrinhos Karoline, Karine, Renan, Ruan, Maria Luiza, Adryelly e Rafaela e a minha cunhada Gislaine. Todos em algum momento foram importantes nessa jornada. Ao meu namorado (amigo, ficante, namorado) que foi um dos presentes que DEUS me enviou nesses dois anos de mestrado, obrigada pela paciência em escutar as minhas queixas, dúvidas e ansiedades durante a coleta e análise de dados. Às minhas amigas e colegas de aula Dagoberta e Monique, o mestrado não teria sido tão divertido senão fosse a presença de vocês, sinto falta de rirmos juntas de tudo e de todos. À equipe da pesquisa, minha amiga Patrícia e seu bebê (hoje é o nosso Lucas), à Denise e o seu casamento, à Letícia, Fernanda. Aos graduandos de enfermagem, Taniély, Luiza, Carol, Daniel e Juliana pela ajuda na coleta. À banca que sem dúvida fez toda a diferença, pessoas qualificadas ao qual tenho todo o respeito. À co orientadora, Carla, pela disponibilidade em me auxiliar à qualquer hora do dia. E em especial à minha mestre, professora e amiga Celmira Lange, obrigada por ser essa “mãe”, professora e enfermeira, a senhora sempre foi e será um exemplo para mim, me orgulho de ser sua aluna desde a graduação. A senhora me orientou a fazer a especialização, depois o mestrado e desejo que continuemos juntas no doutorado.

Resumo

PINTO, Andressa Hoffmann. Capacidade funcional dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Pelotas/RS 2015. 125f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

O presente estudo objetivou descrever o perfil e a capacidade funcional segundo características sociodemográficas e doenças crônicas não transmissíveis dos idosos residentes na zona rural de Pelotas. Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal, analítico, em uma amostra representativa dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família na zona rural de Pelotas. A pesquisa encontrou uma amostra predominantemente composta por mulheres, na faixa etária de 60-69 anos, que se autodenominaram brancos e viviam com seus companheiros. Em relação à capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária, 81.8% (670) idosos referiram não necessitar de ajuda para nenhuma das seis atividades avaliadas pelo índice de Katz. Dos 18.2% (149) idosos que referiram necessitar de ajuda ou serem incapaz para realizar pelo menos uma das atividades avaliadas, 14.51% (119) relataram necessitar de ajuda ou serem incapazes de terem continência urinária ou fecal. Em relação a capacidade funcional para as atividades instrumentais da vida diária, 54.6% (448) idosos foram classificados como totalmente independentes. As variáveis sexo, idade e problemas cardíacos apresentaram associação significativa com as ABVD. Já as AIVD apresentaram associação com idade, anos de escolaridade, renda e osteoporose. O presente estudo conclui que os idosos na maioria eram funcionalmente capazes para as AVD, tanto básicas quanto as instrumentais.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde, Saúde do Idoso; População Rural; Saúde da Família.

Abstract

Functional capacity of elderly people registered in Estratégia de Saúde da Família from rural areas of Pelotas.

The present article aimed to describe profile and functional capacity of elderly people living in the rural areas of Pelotas, considering sociodemographic characteristics and chronic diseases. It is a cross-sectional, quantitative study, of a representative sample of senior citizens registered in Estratégia de Saúde da Família, all of them living in the abovementioned rural areas. The sampled group consisted, predominantly, of women aged between 60 and 69, self-declared white and living with a partner. Regarding functional capacity to perform basic daily activities, 81.8% (670) of the individuals declared they did not need help performing any of the six activities described in the Katz index of Independence in Activities of Daily Living. Out of the 18.2% (149) of senior citizens who declared needing help or not being able to perform at least one of the listed activities, 14.51% (119) reportedly suffered from urinary and fecal incontinence. Regarding functional capacity to perform instrumental activities of daily living 54.6% (448) of the senior citizens were deemed completely independent. Variables such as sex, age and heart problems were closely associated with Basic ADLs, whereas Instrumental ADLs associated with age, income, education and osteoporosis. This study draws the conclusion that the monitored senior citizens were mostly able to perform either Basic or Instrumental ADLs.

DESCRIPTORS: Primary Health Care; Health of the Elderly; Rural Population; Family Health.

Lista de Tabelas

Relatório de campo

Tabela 1: Cálculo do número de idosos necessários em cada UBS.....	99
--	----

Tabela 2: Número absoluto de recusas e perdas ocorridas nas Unidades de Saúde selecionadas para o estudo da Capacidade Funcional dos Idosos residentes na zona rural.....	104
---	-----

Artigo de sustentação

Tabela 1: Descrição da amostra dos idosos cadastrados nas ESF da zona rural de Pelotas, 2014.....	111
---	-----

Tabela 2- Prevalência de capacidade funcional para atividades da vida diária, segundo o Índice de Katz e Escala de Lawton-Brody. Pelotas-RS, 2014.....	113
--	-----

Tabela 3 - Prevalência de capacidade funcional para atividades básicas da vida diária por atividade segundo o Índice de Katz. Pelotas-RS, 2014.....	113
---	-----

Tabela 4- Prevalência de capacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária por atividade segundo a Escala de Lawton-Brody. Pelotas-RS, 2014.....	114
--	-----

Tabela 5- Prevalência de capacidade funcional para as ABVD segundo idade, sexo, renda, escolaridade e doenças crônicas não transmissíveis. Pelotas, 2014.....	115
---	-----

Tabela 6- Prevalência de capacidade funcional para as AIVD segundo idade, sexo, renda, escolaridade e DCNT. Pelotas, 2014.....	117
--	-----

Sumário

Apresentação.....	11
Projeto de dissertação.....	12
Relatório de campo.....	95
Artigo de sustentação.....	105

Apresentação

Esta dissertação cumpre a etapa final para defesa do Título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. O estudo foi desenvolvido na área de concentração Práticas sociais em enfermagem e saúde, na linha de pesquisa Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e na enfermagem. Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo, delineamento transversal, em uma amostra representativa dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na zona rural de Pelotas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo número 649.802/2014. O mestrado foi realizado na cidade de Pelotas, RS, com início em março de 2013. Conforme o regimento do Programa, este volume é composto pelas seguintes partes:

I Projeto de Pesquisa: foi qualificado no mês de junho de 2014. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca avaliadora no exame de qualificação.

II Relatório do Trabalho de Campo: apresenta, de forma sucinta, a logística para coleta de dados da pesquisa.

III Artigo de sustentação da dissertação: intitulado Capacidade Funcional para as Atividades da Vida Diária de idosos cadastrados em Estratégia de Saúde da Família da zona rural. O artigo de sustentação será submetido para publicação na Revista *Gerontology*, após aprovação pela banca examinadora e incorporação das sugestões.

I - Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Projeto de Dissertação

**Capacidade funcional dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da
Família da zona rural de Pelotas/RS**

Andressa Hoffmann Pinto

Pelotas, 2014

Andressa Hoffmann Pinto

**Capacidade funcional dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da
Família da zona rural de Pelotas/RS**

Projeto de dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Celmira Lange

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Carla Alberici Pastore

Pelotas, 2014

Lista de Figuras

Figura 1	Fluxograma de seleção dos artigos científicos que compõem a revisão sistematizada	35
Figura 2	Localização das Unidades de Saúde com ESF, na zona rural de Pelotas, RS. 2014.....	43

Lista de Quadros

Quadro 1	Seleção dos artigos científicos que compõem a revisão integrativa.....	41
Quadro 2	Variáveis sociodemográficas e econômicas classificadas quanto à definição, mensuração e tipo.....	44
Quadro 3	Doenças crônicas não transmissíveis classificadas quanto à definição, mensuração e tipo.....	46
Quadro 4	Variáveis dos hábitos alimentares classificadas quanto à definição, mensuração e tipo.....	47
Quadro 5	Variáveis de atividade laboral classificadas quanto à definição, mensuração e tipo.....	50
Quadro 6	Planejamento das atividades durante todo o processo de desenvolvimento e execução do projeto.....	55
Quadro 7	Orçamento para realização da pesquisa	57

Lista de abreviaturas e siglas

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida diária
APS	Atenção Primária à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICF	The International Classification of Functioning
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS	Ministério da Saúde
RS	Rio Grande do Sul
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de Saúde

Lista de Conceitos

Idoso	Pessoa com 60 anos ou mais
Zona rural	Zona rural é o espaço compreendido no campo. É uma região não urbanizada, destinada a atividades da agricultura e pecuária, extrativismo, turismo rural, silvicultura ou conservação ambiental.
Capacidade funcional	Ausência de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana.
Atividades básicas da vida diária	Compreendem aquelas atividades que se referem ao cuidado com o corpo das pessoas, como: vestir-se, fazer higiene, alimentar-se.
Atividades Instrumentais da vida diária	Atividades relacionadas ao cuidado com a casa, familiares dependentes e administração do ambiente, como: limpar a casa, cuidar da roupa, da comida, usar equipamentos domésticos, fazer compras, usar transporte pessoal ou público, controlar a própria medicação e finanças.
Hábitos alimentares	Costumes e modo de se comer de uma pessoa ou comunidade.
Atividade laboral	Atividade que exige movimento do corpo que esteja relacionada ao ambiente de trabalho.

Sumário

1 Introdução.....	21
2 Objetivos.....	25
2.1 Objetivo geral	25
2.2 Objetivos específicos	25
3 Revisão de literatura	26
3.1 Capacidade funcional e o processo de envelhecimento	26
3.2 Capacidade funcional os instrumentos de avaliação	28
3.3 Capacidade funcional- envelhecimento- o papel do enfermeiro	31
3.4 Capacidade funcional do idoso no contexto rural e produção científica....	33
4 Metodologia.....	42
4.1 Caracterização do estudo.....	42
4.2 Local do estudo.....	42
4.3 Sujeitos do estudo.....	43
4.4 Critérios de exclusão	43
4.5 Variáveis	44
4.5.1 Variáveis dependentes	44
4.5.2 Variáveis independentes	44
4.6 Cálculo do tamanho da amostra	51
4.7 Princípios éticos	52
4.8 Logística	52
4.9 Instrumentos de coleta	54
4.10 Controle de qualidade	54
4.11 Construção do banco de dados	55
4.12 Análise dos dados	55
4.13 Divulgação dos resultados	55
5 Cronograma	56
6 Recursos envolvidos	57
6.1 Recursos humanos	57

6.2 Recursos materiais e plano de despesas	57
Referências	59
Apêndice.....	64
Apêndice A Seleção dos artigos científicos que compõem a revisão integrativa	65
Apêndice B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
Apêndice C Questionário.....	72
Apêndice D Manual do instrumento de pesquisa.....	78
Anexos	89
Anexo A Carta de liberação da secretaria de saúde para realização da pesquisa.....	90
Anexo B Parecer de liberação do Comitê de ética em pesquisa.....	91

1 Introdução

No setor da saúde a avaliação da capacidade funcional tornou-se indispensável para a escolha da intervenção mais adequada e monitorização da situação clínica funcional dos idosos (SANTOS e VIRTUOSO JR, 2008).

A capacidade funcional é definida como a habilidade para realizar atividades que possibilitam à pessoa cuidar de si mesmo e viver de forma independente. Sua mensuração tem sido foco no exame do idoso e um indicador de saúde mais amplo que a morbidade, pois se correlaciona com a qualidade de vida (LINO *et al*, 2008).

Devido ao crescimento exponencial do contingente de idosos, a preocupação em relação à capacidade funcional tem aumentado em diversos setores do conhecimento. Visto que a transição demográfica gera consequentemente uma transição epidemiológica, portanto o problema maior aos gestores públicos tem sido como absorver e lidar com as necessidades dos idosos quando as prioridades estão claramente relacionadas a outros grupos etários da população. Quanto maior o número de pessoas que envelhecem, maior a necessidade de recursos para atender a suas necessidades específicas (DUARTE e BARRETO, 2012).

O bem estar da pessoa idosa depende da manutenção de sua capacidade funcional, manter-se autônomo é parte integrante da natureza do homem, quando essa independência é ameaçada pode ocorrer o desequilíbrio nos aspectos físicos, psicológicos e sociais do idoso (SANTOS e VIRTUOSO JR, 2008).

Em virtude dessa transição e frente à mudança do perfil de morbimortalidade, quadros clínicos agudos perderam espaço para os quadros crônicos de desgaste, o que acabou gerando impacto sobre o sistema de saúde (MINOSSO *et al*, 2009). O aumento do número de idosos, dentre outros fatores, induz a mudanças nas ações de prevenção e promoção da saúde, visto que essa parcela populacional apresenta especificidades

oriundas das alterações do processo de envelhecimento (OLIVEIRA e TAVARES, 2009).

De acordo com a literatura, as limitações funcionais relacionadas as atividades da vida diária, básicas e instrumentais, tem sido descrita como um dos mais importantes prognósticos de mortalidade entre os idosos (FIGUEIREDO et al, 2013). Assim, a avaliação das condições funcionais dos idosos permite ampliar o conhecimento acerca de suas necessidades de saúde, transformando-se em subsídio para o desenvolvimento de programas direcionados à prevenção e promoção da saúde (MINOSSO et al, 2009).

Dos sete bilhões de habitantes do mundo, 893 milhões são pessoas com 60 anos ou mais, e a projeção é que na metade deste século o número de idosos supere a marca de 2,4 bilhões (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2011). Em todo o mundo a cada segundo duas pessoas comemoram seus 60 anos de idade, o que corresponde a 58 milhões de pessoas por ano. Uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais, e estima-se um crescimento para um em cada cinco por volta do ano de 2050. O envelhecimento populacional é uma tendência mundial, logo tem ocorrido em países com diferentes níveis de desenvolvimento, e tem se mostrado mais expressivo nos países considerados em desenvolvimento. Destaca-se que dos atuais 15 países com mais de 10 milhões de idosos, sete são países em desenvolvimento (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Nesse contexto de desenvolvimento está o Brasil que direciona-se para se tornar um país de população majoritariamente de idosos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do ano de 2010 o grupo de idosos de 60 anos ou mais será maior que o grupo de crianças com até 14 anos. Segundo o órgão a população nessa faixa etária deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total), em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total), em 2060 (BRASIL, 2010).

O estado do Rio Grande do Sul (RS) tem 1.459.597 idosos, o que em porcentagem representa 13,65% da população total (BRASIL, 2008). O RS está na quarta posição em número absoluto de idosos, sendo o estado de São Paulo o terceiro, seguido por Minas Gerais e Rio de Janeiro respectivamente. Em relação à expectativa de vida o estado do RS apresenta

a média de 75,5 anos ao nascer para ambos os sexos, o que o coloca na segunda posição, ficando apenas atrás do Distrito Federal. Já, o Município de Pelotas(RS) que possui uma população de 328.275 mil habitantes, apresenta 15,3% das pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais (BRASIL, 2010).

Pelotas é um município com prevalência elevada de idosos, estando acima da média do estado e do país, sendo que na zona rural a prevalência de idosos mantêm-se proporcional quando comparado ao número total de idosos do município. Pois, residem na zona rural 3.500 idosos, o que corresponde a 15,8% do total de habitantes da área rural. Desse modo, surge a necessidade de repensar os modelos assistenciais e a própria estrutura física para atender as especificidades dos idosos que vivem no contexto da zona rural.

Partindo das informações descritas acima, entende-se que o envelhecimento populacional é algo inevitável, assim não se pode negá-lo ou negligenciá-lo. O perfil da população brasileira tem se modificado consideravelmente, o que gera a preocupação de suprir as demandas geradas por esse segmento etário cada vez mais presente.

Assim, avaliar a capacidade funcional do idoso seria o primeiro passo para conhecer e reconhecer quem são os idosos capazes funcionalmente na área rural de Pelotas. Pois, apenas após conhecê-los é que de fato poderão ser planejadas estratégias que mantenham a capacidade funcional dos mesmos.

O aumento da expectativa de vida é algo do qual a população brasileira deve orgulhar-se, porém apenas envelhecer não é o suficiente, o que almeja-se é um envelhecimento bem sucedido, com a manutenção da autonomia e principalmente da qualidade de vida. O modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família permite que sejam apontadas as mudanças físicas referentes à população idosa, consideradas normais, identificando precocemente as alterações físicas. Os profissionais atuantes na atenção primária à saúde devem dar suporte na manutenção do equilíbrio físico e mental do idoso, seja na rotina familiar ou dentro das atividades sociais (CABRAL, 2009).

Neste sentido, o presente projeto de pesquisa buscará identificar o nível de capacidade funcional em idosos da zona rural, pois é de

conhecimento que a identificação de incapacidades funcionais nos estágios iniciais permite que ações sejam desenvolvidas com o intuito de evitar que a deterioração chegue a tal grau que incapacite totalmente o idoso.

O diferencial da pesquisa será o público alvo, idoso residente na zona rural, pois após realizar uma revisão sistemática utilizando os descritores relacionados ao tema “ idoso na zona rural” , percebeu-se que no Brasil e no mundo pouco se tem estudado sobre o idoso no contexto da zona rural.

É importante pensar que o Brasil está encaminhando-se para transformar-se em um país senil, o estado do Rio Grande do Sul encontra-se em terceiro lugar no quesito população acima de 60 anos (BRASIL,2010), e o mais relevante é que a região de Pelotas está entre as cidades do estado que apresenta um dos maiores números de população acima de 60 anos.

A população idosa da zona rural de Pelotas apresenta características muito distintas entre si, seja em relação aos aspectos culturais e ou de produção agrícola, o que gera uma mistura de estilos de vida e conseqüente processo de envelhecimento. Desse modo, ao optar por realizar uma pesquisa dessa magnitude, acredita-se que será possível em um primeiro momento conhecer características sociodemográficas dos idosos da zona rural e qual a sua capacidade funcional, para posteriormente serem tomadas decisões para possíveis mudanças, ou adequações nas ações de saúde para promoção da manutenção da capacidade funcional dos idosos. Dessa forma, espera-se contribuir com o conhecimento acerca desta população, uma vez que foi encontrada na literatura número pequeno de pesquisas incluindo a participação dessa parcela populacional até o dado momento.

Assim, após o exposto acima associado ao fato do Brasil ser um país em desenvolvimento e em processo de envelhecimento, surge a seguinte questão que norteou o delineamento da pesquisa: Qual a prevalência de capacidade funcional dos idosos da zona rural de Pelotas para as atividades da vida diária?

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar a prevalência de capacidade funcional dos idosos da área rural e sua relação com o desenvolvimento das atividades da vida diária.

2.2 Objetivos específicos

Descrever o perfil dos idosos da área rural;

Identificar a prevalência de independência dos idosos para o desenvolvimento das atividades básicas da vida diária (ABVD);

Identificar a prevalência de independência dos idosos para o desenvolvimento das atividades instrumentais da vida diária (AIVD);

Descrever a capacidade funcional para o desenvolvimento das atividades da vida diária, segundo dados sociodemográficos e econômicos, atividade laboral, hábitos alimentares e a presença de doenças crônicas não transmissíveis.

3 Revisão de literatura

A presente revisão aborda a temática acerca da capacidade funcional e o processo de envelhecimento, os instrumentos utilizados para a avaliação e o papel do enfermeiro, posteriormente, descreve-se uma revisão integrativa dos estudos produzidos sobre capacidade funcional em idosos da comunidade rural.

3.1 Capacidade funcional e o processo de envelhecimento

Os dados demográficos têm evidenciado mudanças significativas no que se refere ao aumento da população idosa. No Brasil, esta situação confirma-se por meio dos dados do último censo, demográfico, afirmando que os idosos com idade igual ou acima de 60 anos, correspondem a 11,8% da população total de 190.755.799 9 (BRASIL, 2010). A estimativa para 2025 é que o Brasil fique na sétima posição em número de idosos do mundo, atingindo 30 milhões de habitantes, o que representará 13% da população total (SOUZA *et al*, 2011).

Desse modo, um envelhecimento bem sucedido não dependerá apenas de políticas públicas de saúde, e sim de um movimento bem estruturado e um objetivo definido por parte do setor de saúde que atenda não apenas a cura de moléstias, mas sim que contemple o campo da prevenção e promoção da saúde das pessoas idosas na área urbana e rural (BRITO *et al*, 2013).

Frente à nova conformação da pirâmide demográfica do país, no ano de 2006, o governo brasileiro publicou material informativo e de suporte técnico à mobilização da sociedade para a promoção da saúde, incorporando o conceito de envelhecimento ativo no seu discurso. O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade e vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, podendo ser aplicado tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais (BRASIL, 2006).

A população rural geralmente apresenta índices de saúde e determinantes sociais impactantes piores do que os determinantes e índices da população urbana. Alguns problemas de saúde, doenças, acidentes e exposição são mais frequentes na zona rural do que na zona urbana. Destaca-se que as taxas de cobertura preventiva nesses regiões são muito baixas quando o comparadas às da zona urbana (ANDO, *et al*, 2011).

Nessa perspectiva, a avaliação da capacidade funcional surge como um componente no modelo de saúde, principalmente, quando os sujeitos estudados são idosos (ALVES *et al*, 2007). O uso desse qualificador ganha cada vez mais destaque, pois em virtude do processo natural de envelhecimento somado aos agravos sofridos ao longo da vida, os idosos tornam-se mais vulneráveis ao declínio funcional (VIRTUOSO JR e GUERRA, 2011).

Em gerontogeriatría a capacidade funcional é conceituada como o produto final de uma série de fatores que interagem entre si, visto que o envelhecimento é algo complexo, assim ela é conformada pela interação entre saúde física, mental, independência nas atividades da vida diária, integração com o meio social, suporte familiar e independência econômica (SANTOS e GRIEP, 2013).

Fundamentados nesse paradigma de interação entre fatores próprios do idoso e fatores do contexto em que ele está inserido, o *The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* criou os qualificadores que possibilitam identificar a presença e a severidade, nível, da disfunção biológica e social do idoso. A capacidade funcional sendo um desses qualificadores é compreendida como a habilidade individual para executar tarefas ou ações em relação a certo domínio naquele determinado momento. Baseada nesses conceitos a Organização Mundial de Saúde (OMS) defini a capacidade funcional como: a ausência de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana (World Health Organization, 2002, 2013).

A capacidade funcional pode ser avaliada sob dois aspectos: relacionadas às atividades básicas da vida diária e as atividades instrumentais da vida diária (del DUCA *et al*, 2009).

Em estudos prévios, os fatores identificados como responsáveis pela incapacidade funcional dos idosos foram os individuais, sendo observada a relação entre fatores demográficos, socioeconômicos e condições de saúde. No Brasil as pesquisas que focalizam a relação dos fatores determinantes da incapacidade funcional entre os idosos ainda são ínfimas (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010).

Portanto, corroborando com as diretrizes de envelhecimento ativo propostas pelo governo, preservar ou recuperar a capacidade funcional do ser idoso é de fundamental importância. Pois, cada vez mais se terá pessoas nessa faixa etária vivenciando a velhice, que por sua vez carrega consigo uma série de mudanças físicas, cognitivas e emocionais.

3.2 Capacidade funcional e os instrumentos de avaliação

Os métodos atuais para a avaliação funcional consistem basicamente na observação direta (testes de desempenho) ou por meio de questionários, sejam eles auto aplicados ou concebidos por entrevistas *face a face* utilizando escalas (PAIXÃO JR e REICHENHEIM, 2005).

Instrumentos de avaliação funcional padronizados são utilizados para avaliar a capacidade funcional a partir da observação do desempenho do idoso nas suas ações da vida diária (del DUCA *et al*, 2009). Vale destacar que esses instrumentos são classificados, dentre outros, conforme a sua finalidade de uso, podendo ser descritivos, avaliativos ou preditivos. Nesse estudo, serão utilizados os descritivos, índice de Katz e o de Lawton-Brody, os quais são instrumentos direcionados para a avaliação objetiva do estado atual (capacidade funcional) do indivíduo de forma rápida (CANON e NOVELLI, 2012).

A avaliação da capacidade funcional por meio das escalas de atividades da vida diária é de suma importância quando se quer realizar uma avaliação funcional rápida e eficiente, pois a dependência funcional é preditora independente da mortalidade no idoso. Assim, identificar as potencialidade e fragilidades funcionais dos idosos permite o planejamento de ações que mantenham a integridade nas atividades da vida diária (MEDEIROS *et al*, 2012).

O índice de Katz contribuiu com a avaliação das atividades básicas da vida diária, que são aquelas ligadas ao autocuidado do indivíduo, como alimentar-se, banhar-se e vestir-se (del DUCA *et al*, 2009).

Pesquisadores da década de 50 partiram do pressuposto de que o processo de envelhecimento relacionava-se diretamente com mudanças que geravam a perda progressiva das habilidades físicas e cognitivas, deste modo a equipe do *Benjamin Rose Hospital*, localizado em Ohio, liderada por Katz e Chinn, desenvolveu um instrumento que visava avaliar a independência da pessoa para atividades consideradas básicas e biopsicossocialmente integradas. A escala foi solicitada pelo governo americano, devido à necessidade de desenvolver estratégias de saúde para atender o crescente número de idosos e conseqüentemente aumento das doenças crônicas (LINO *et al*, 2008).

Criada no ano de 1963 o índice de Katz vem sendo expressivamente utilizada desde então, a escala original não possui escores, a cada um dos seis itens há três classificações de avaliação: independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente. Após essa avaliação, dependendo do número de atividade em que a pessoa é independente ou não, é atribuído a ela letras, que vão de A à G. Classifica-se em A aquela pessoa independente para todas as atividades; B independente para todas as atividades menos uma; C independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional; D independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional, e E independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional, F independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional, G dependente para todas as atividades e OUTRO que corresponde a ser dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificam em C,D,E e F (DUARTE *et al*, 2007).

No ano de 1976 Katz e Chinn inseriram pontuação à escala original. Dessa forma a interpretação da pontuação passou a ser feita a partir das opções de resposta, das seis atividades observadas, que variam entre independente e dependente. Da seguinte forma: 0: independente em todas as seis funções; 1: independente em cinco funções e dependente em uma função; 2: independente em quatro funções e dependente em duas; 3:

independente em três funções e dependente em três; 4: independente em duas funções e dependente em quatro; 5: independente em uma função e dependente em cinco funções; 6: dependente em todas as seis funções.

(LINO et al, 2008)

A utilização do índice de Katz demonstrou que esse instrumento beneficia a avaliação de pessoas idosas, pessoas com doença crônica e aquelas em longos períodos de recuperação hospitalar, ou ainda pode ser usada para avaliar a capacidade funcional do indivíduo na comunidade (ARAÚJO e CEOLIM, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2006) Katz é a escala mais citada e utilizada, sendo recomendada o seu uso na avaliação da habilidade do idoso em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente (BRASIL, 2006).

As atividades relacionadas a ações mais complexas, como a participação social que abrange o ato de fazer compras, usar o telefone, dirigir, usar meios de transporte coletivo, são conceituadas como atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (BRASIL, 2006).

As AIVD estão relacionadas com a participação do idoso no ambiente social mais amplo, ambientes que extrapolam o convívio familiar e apontam a capacidade do indivíduo de levar uma vida ativa e independente dentro de sua comunidade (NUNES *et al*, 2010).

No final da década de 60, Lawton e Brody utilizavam a escala para avaliar oito domínios de habilidades para as mulheres, mas apenas cinco para os homens, os itens preparo da comida, arrumar a casa e lavar roupa não eram questionados para esses últimos. A prática corrente passou a ser a de incluir os oito domínios para indivíduos de ambos os sexos, pois para ter relevância clínica a avaliação deveria ser feita de forma individual. Assim, os pesquisadores começaram a questionar o idoso quanto ao desejo de realizar determinada atividade, e em caso negativo, se o mesmo era capaz (GRAF,2008).

Na literatura é possível observar, que a avaliação da capacidade funcional do idoso utilizando escalas tem sido um recurso de fácil utilização que gera dados importantes na construção de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população idosa. Pois além de permitir uma

avaliação da situação atual, alguns instrumentos ainda permitem prever condições futuras.

3.3 Capacidade funcional – envelhecimento - e o papel do enfermeiro .

O aumento expressivo do número de idosos no Brasil, somado a outros fatores, incitou a retomada de discussões no setor da saúde. Esse novo cenário epidemiológico que há décadas vem instaurando-se no país, exigiu que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, estivessem capacitados para assistir as especificidades que esta etapa da vida gera (OLIVEIRA e TAVARES, 2010).

O idoso inserido no contexto rural além das peculiaridades do processo de envelhecimento traz consigo uma série de características próprias do meio rural. Assim, os profissionais de saúde que atuam neste contexto devem desenvolver habilidades específicas de atuação, visto as situações aos quais são expostos continuamente. O profissional deve utilizar de forma ampliada suas habilidades para assistir de forma integral o idoso, incluindo aspectos culturais no cuidado (ANDO, *et al*, 2011)

Corroborando com o ideário do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil no ano de 1988, da promoção e prevenção da saúde, vislumbra-se no profissional enfermeiro a possibilidade de estimular esse tipo de ação, pois se tem visto a enfermagem inserida em vários projetos e estratégias, adotando os princípios de atenção primária de saúde (COSTA e MIRANDA, 2008).

Inserido nesse contexto de promoção e preservação da capacidade funcional do idoso, o profissional enfermeiro encontrou principalmente dentro da Saúde Pública, mais precisamente na Atenção Primária a Saúde - APS, um promissor espaço de trabalho. Pois, assumiu a linha de frente em relação aos demais profissionais desenvolvendo atividades assistenciais, administrativas e educativas fundamentais (COSTA e MIRANDA, 2008), incluindo a área rural.

O profissional de enfermagem além do recurso das atividades em grupo tem a visita domiciliar e a consulta de enfermagem como alternativas de aproximação com o idoso, e conseqüente estreitamento do vínculo do

mesmo com a unidade de saúde (ROCHA *et al*,2010). Procedimentos diagnósticos e terapêuticos, os quais, em área urbana, comumente seriam encaminhados para outros locais do sistema, na área rural muitas vezes exigem resolução de imediato sem a gama de recursos da cidade. O profissional de saúde na zona rural costuma atuar de forma mais isolada, com equipes e recursos restrito, o que torna o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade ainda mais importantes (ANDO, *et al*, 2011).

A consulta de enfermagem por ser uma ferramenta de atenção dispensada ao indivíduo, à família, e à comunidade de modo sistemático e objetivo, cria um momento em que a aplicação de instrumentos de avaliação global dos idosos torna-se possível (OLIVEIRA e TAVARES, 2010; SANTOS *et al*, 2010;). Complementando e direcionando a obtenção de determinadas informações.

Vale destacar que a mensuração da capacidade funcional do idoso durante o atendimento permite identificar quais os fatores causadores ou potencializadores da perda funcional. A adoção de instrumentos que avaliem a função cognitiva, a capacidade funcional e detectem as morbidades auto referidas pelo idoso durante o cuidado de enfermagem, desenham subsídios que irão contribuir para o planejamento da assistência (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011).

Os cuidados de enfermagem dispensados na avaliação da capacidade funcional do idoso devem ser focados no indivíduo e nos sistemas de apoio com que ele pode utilizar. O enfermeiro deve auxiliar o idoso e seus familiares a identificar e resolver, se possível, os desajustes existentes relacionados à perda da capacidade funcional (OLIVEIRA e MARCON, 2006).

A prevenção e controle de processos patológicos são eixos fundamentais na assistência de enfermagem à população idosa, assim, o enfermeiro deve: ter conhecimento a respeito da dinâmica que envolve o processo de envelhecimento; evitar discurso prescritivo, e tornar-se um estimulador de hábitos saudáveis, que envolvem alimentação balanceada, prática regular de atividades, convivência social e atividade ocupacional prazerosa, que são fatores promotores da preservação da capacidade funcional (ASSIS, 2005).

O enfermeiro dentro de suas competências profissionais pode e deve ser um profissional atuante no cuidado ao idoso, pois principalmente dentro APS, ele é quem lidera as atividades de promoção à saúde. Seja por meio do uso de instrumentos de avaliação funcional quantitativos, que em um primeiro momento se fazem necessários, ou por meio de uma conversa objetiva que investigue outros fatores relacionados, o mais importante é que o enfermeiro conheça quem são seus idosos e quais suas limitações e potencialidades funcionais.

3.4 Capacidade funcional do idoso no contexto rural e produção científica

Com o intuito de construir bases teóricas que fundamente a construção e discussão dos resultados da proposta do estudo, foi realizada uma revisão de literatura em dois momentos. O primeiro contemplou a realização de uma busca livre de textos importantes (não sistematizada) e o segundo momento contemplo a realização de uma revisão integrativa.

Optou-se pela realização de um capítulo que contemplasse a revisão integrativa, por considerarmos que o mesmo traria subsídios para os conceitos abordados no presente estudo. Assim, optou-se pela revisão integrativa por esta caracterizar-se como um método que prevê a análise de pesquisas importantes que irão subsidiar a tomada de decisão, permitindo compreensão do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de permitir o reconhecimento de lacunas no conhecimento que necessitam ser preenchidas por meio de novas pesquisas (MENDES; SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

O tema abordado nesta revisão trata da capacidade funcional e para tal revisão considerou-se o conceito de capacidade funcional o descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é definida como ausência de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Para a revisão integrativa seguiu-se os seis passos indicados por Mendes, Silveira e Galvão (2008): identificação do tema e seleção da questão norteadora, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados,

avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

As bases de dados pesquisadas foram PUBMED, LILACS e SCIELO, sendo utilizadas duas estratégias. Na primeira estratégia foram utilizados em conjunto os descritores *functional capacity* (não controlado), *aged e rural population* (controlados). Na segunda estratégia foram utilizados apenas descritores não controlados, *functional capacity, elderly* e *rural community*. Nas bases de dados LILACS e SCIELO, o descritor *functional capacity* foi substituído por *activities of daily living*. Em todas as buscas o operador booleano utilizado foi *AND*. No *Scielo*, além dessas duas estratégias, foi feita uma pesquisa apenas utilizando os descritores *aged AND rural population*, com o objetivo de ampliar as possibilidades, já que nas duas estratégias anteriores não havia sido encontrado nenhum artigo.

Para serem incluídos os artigos tinham que apresentar na amostra indivíduos considerados idosos, abordar a temática capacidade funcional de idosos no contexto da zona rural e estarem escritos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Foi excluída uma dissertação, pois a mesma havia sido desenvolvida no ano de 1995 e o sistema de armazenamento online da universidade ainda não existia, o que impossibilitou o acesso ao documento no momento da pesquisa e artigos que tinham na sua amostra apenas idosos na zona urbana.

O processo de seleção dos artigos pode ser observado através do fluxograma abaixo.

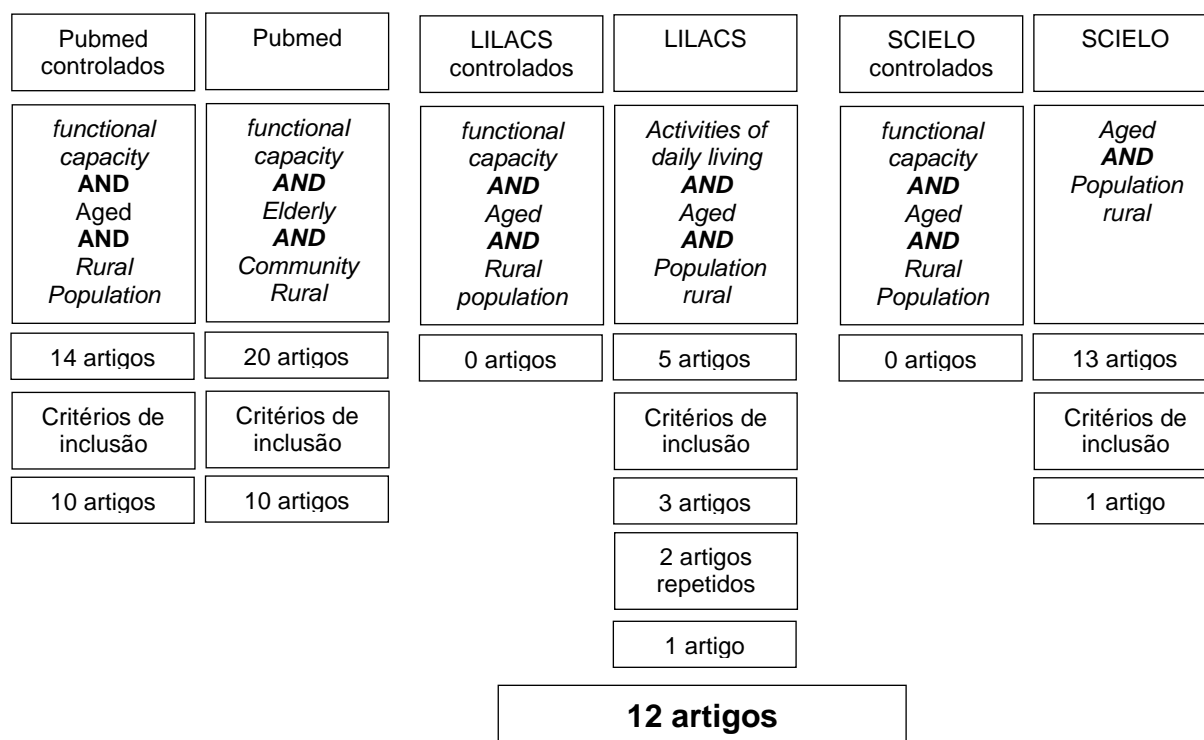


Figura 1- Fluxograma de seleção dos artigos científicos que compõem a revisão integrativa. Elaborado por: Pinto, 2014.

Para a obtenção dos dados contidos nos artigos foi utilizado um instrumento de coleta desenvolvido por Ursi (2005) em sua dissertação na Universidade de São Paulo.

A literatura relacionada ao Quadro 1- funcional do idoso no contexto rural quando de origem do estudo, exterior ou Brasil, demonstra que esse tipo de estudo tem ocorrido mais expressivamente no exterior. Pois, dos doze artigos selecionados, oito foram desenvolvidos fora do país (CHERRY *et al*, 2012; NORDBERGET *et al*, 2007; TAI; PORELL; ADAMNS, 2004; SAITO *et al*, 2004; NORMAN, 2001; ROZZINE *et al*, 1997; ÁLVAREZ *et al*, 1996; GREENE, 1984) e quatro são pesquisas nacionais (FERREIRA; TAVARES, 2013; TAVARES *et al*, 2011; AIRES; PASKULIN; de MORAIS, 2010; RIGO; PASKULIN, de MORAIS, 2010).

Categorizando-os conforme país de origem da coleta de dados, tem-se: um artigo de Bangladesh (CHERRY *et al*, 2012), um da Itália (ROZZINE *et al*, 1997), um da Suíça (NORDBERGET *et al*, 2007), um do Japão (SAITO *et al*, 2004), um da Espanha (ÁLVAREZ *et al*, 1996) e três dos Estados Unidos (GREENE, 1984; NORMAN, 2001; ADAMNS, 2004). No Brasil categorizando por região tem-se: dois estudos desenvolvidos no estado do Rio Grande do

Sul (PASKULIN; de MORAIS, 2010; RIGO; PASKULIN, de MORAIS, 2010) e dois no estado de Minas Gerais (FERREIRA; TAVARES, 2013; TAVARES *et al*, 2011), sendo que esses dois últimos tratavam-se do mesmo estudo, apenas o desfecho era distinto.

Quanto a língua de escrita do artigo destaca-se que apenas era de língua espanhola (ÁLVAREZ *et al*, 1996), sendo quatro de língua portuguesa (FERREIRA; TAVARES, 2013; TAVARES *et al*, 2011; AIRES; PASKULIN; de MORAIS, 2010; RIGO; PASKULIN, de MORAIS, 2010) e os demais em língua inglesa.

Para melhor compreensão dos dados obtidos nos artigos, as informações foram organizadas nas seguintes categorias: tipo de delineamento, seleção da amostra e pesquisas desenvolvidas nos último cinco anos.

Tipo de delineamento

Dos 12 artigos incluídos, apenas três avaliaram os idosos em dois ou mais momentos distintos. Os demais artigos tinham como metodologia o delineamento transversal. De acordo com Benseñor e Lotufo (2005), a pesquisa transversal consiste em um tipo de estudo em que todas as variáveis são medidas e estudadas simultaneamente, sejam elas fatores de risco, sejam elas desfechos clínicos.

Delineamento longitudinal (n=3)

Pesquisas de delineamento longitudinal oferecem uma alternativa para os problemas já observados nos estudos transversais, nesse tipo de delineamento um mesmo grupo de indivíduos é avaliado em diferentes momentos. Por serem acompanhados ao longo do tempo, esse tipo de delineamento permite controlar as diferenças individuais. Além disso, como os participantes, geralmente, pertencem a uma mesma coorte, efeitos de coorte são também controlados. O número de indivíduos selecionados é menor do que em estudos transversais, mas por outro lado esse tipo de delineamento é custoso em termos de tempo de realização (PEREIRA, 2008).

O estudo de Cherry, *et al* (2012) avaliou os idosos que residiam área rural de Bangladesh no ano de 2000 (n= 48.559 indivíduos) e depois no ano de 2005 (n= 43.417 indivíduos), desses 17.346 mantinham-se no mesmo endereço. O objetivo principal dessa pesquisa foi coletar informações que

pudessem servir de base para diminuir as incapacidades dos idosos. Organizando intervenções que beneficiassem os idosos pobres da comunidade rural.

Outro estudo de caráter longitudinal foi na Suécia de Nordberget *et al*, (2007), a pesquisa é parte do “*Kungsholmen Project*”, um estudo longitudinal sobre envelhecimento e demência iniciado no centro *Stockholm* entre os anos de 1987 e 2000, sendo que no ano de 1995 os idosos da zona rural foram incluídos.

O terceiro trata-se do estudo de Saito, *et al* (2004) desenvolvido no Japão com idosos que residiam sozinhos em *Ishikawa prefecture*. Esse estudo avaliou os idosos em dois momentos, em 2000 e 2003. Os idosos apresentaram a média de um ponto a menos na capacidade funcional, quando comparados aos dados da primeira avaliação. Aumentaram em 36.7% os idosos que apresentaram menos de 10 pontos e que necessitam de assistência. Fatores significante foram associados a diminuição da capacidade funcional, idade (75 anos ou mais), a não participação em atividades sociais e contato com amigos, vizinhos por meio do telefone pelo menos uma vez na semana.

Forma de seleção da amostra

Do total de artigos selecionados, sete artigos utilizaram cálculos probabilísticos para seleção da amostra, o que permitiu que os resultados pudessem ser generalizados à população total (PEREIRA, 2008). A amostragem não probabilística consiste naquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende em partes do julgamento do pesquisador. Ela pode ser por conveniência em que os membros selecionados são os mais acessíveis ao pesquisador, como ocorreu em cinco artigos selecionados.

Não probabilística (n=5)

O estudo de Nordberget *et al*, (2007) avaliou 176 idosos institucionalizados de 75 anos ou mais e identificou a relação entre tempo de internação e dependência para as AVD, sendo que o tempo de institucionalização foi maior entre os demenciados do que os não demenciados. Os custos estimados de institucionalização aumentaram

substancialmente para pessoas funcionalmente dependentes em comparação com pessoas sem dependência funcional.

Greene, (1984) traçou o perfil dos idosos institucionalizados comparando as características e motivos de internação entre os provenientes da zona rural e urbana. Os resultados demonstraram que idosos provenientes da zona rural tendem a ser institucionalizados mais jovens do que os da zona urbana, mesmo que tenham baixos níveis de desabilidade funcional, em relação aos da zona urbana. Sugerindo a propensão prematura de institucionalização. A principal razão para isso provavelmente seja a dificuldade de acesso aos serviços de saúde na zona rural, o que pode “obrigar” os idosos a serem institucionalizados.

O estudo de Thai *et al* (2004) selecionou 1.702 idosos com 65 anos ou mais, que apresentaram alguma hospitalização entre os anos de 1994 e 1995. O estudo objetivava identificar e relacionar os atributos (razões) que influenciavam os idosos das áreas rurais a optar por utilizar o hospital local ou não, segundo características pessoais dos idosos, relação médico-paciente e atributos do hospital. A tendência de “evitar” o hospital rural mais próximo varia de acordo com o nível de incapacidade funcional dos pacientes. Os resultados sugeriram que o idoso com uma limitação adicional tem 12% a mais de chances de escolher outro hospital rural, e 24% a mais de escolher outro hospital urbano ao invés de optar pelo hospital rural mais próximo.

Os resultados sugeriram que uma limitação adicional diminuiu as chances de escolher outro hospital rural em 12%, e aumentam as chances de escolher “um outro hospital urbano” quase 24% em relação ao hospital rural mais próximo. Os resultados indicaram claramente que os idosos com limitações nas AVD's são menos propensas a evitar os hospitais da área rural. Outro dado interessante do estudo foi que idosos que tinham um contato maior com o cuidado primário tinham mais chances de escolher o hospital mais próximo situado na zona rural.

Rozzine *et al* (1997) selecionou 549 idosos com 70 anos ou mais que viviam em uma comunidade rural de Bréscia, na Itália, esses idosos foram selecionados pelos cadastros no escritório local. A pesquisa verificou o quanto a avaliação da capacidade funcional usando o “*performance-based*” é mais sensível que a avaliação auto referida para mensurar as atividades da

vida diária, relacionados as doenças crônicas comuns. Foi identificado que algumas doenças crônicas estavam associadas com diminuição da performance do idoso, mas não foram relatadas na avaliação auto referida. Sugerindo que o teste “*performance-based*” pode detectar antecipadamente as limitações, que apenas serão percebidas posteriormente pelos idosos.

No estado de Nebraska nos Estados Unidos, Norman (2001) pesquisou 65 idosos residentes na zona rural que eram atendidos no serviço de saúde patrocinado pela Universidade em que o mesmo trabalhava. Norman mensurou a capacidade funcional dos idosos e comparou com a percepção em relação a atividade física. O estudo demonstrou que o simples questionamento às mulheres sobre a percepção de atividade física não é um bom indicador de capacidade funcional. Porém, entre os homens pode servir como um bom indicador.

Pesquisas desenvolvidas nos últimos cinco anos (n=5)

Dos cinco artigos selecionados, quatro são nacionais, demonstrando a tendência e o interesse no cenário brasileiro sobre o tema em questão nos últimos tempos. Dois estudos foram desenvolvidos no ano de 2010, ambos no estado do Rio Grande do Sul. Ao observar os autores dos artigos, identifica-se que nos dois citados há a participação de dois autores repetidamente. Trata-se de duas professoras vinculadas a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, indicando o interesse da instituição em pesquisar essa parcela populacional.

O primeiro estudo, Aires, Paskulin e de Moraes (2010), comparou o grau de dependência para as AVD de idosos com 80 anos ou mais em três regiões distintas do Rio Grande do Sul. Os dados eram secundários e foram extraídos de outros três estudos realizados anteriormente nas cidades de Frederico Westphalen, Porto Alegre e zona rural de Encruzilhada do Sul. A maior independência para as AVD foi observada entre os idosos da região rural. O segundo estudo, Rigo, Paskulin e de Moraes (2010), verificou as condições de saúde de pessoas idosas residentes na comunidade rural de Nova Palma –RS, para a capacidade funcional foi aplicada a Escala de AVDs do *Older American Resources and Services* (OARS) traduzida e validada no Brasil. Os resultados indicaram que o maior prejuízo na realização das AVD

ocorria entre as mulheres quando comparadas com os homens. A dependência leve ocorreu em uma parcela significativa da população, 52,9%, sinalizando que os idosos daquela comunidade encontravam-se em um estado inicial de declínio funcional. Os graus de dependência mais severos foram encontrados apenas entre as mulheres.

A situação descrita acima se repete com os outros dois estudos selecionados, um publicado no ano de 2011 e outro em 2013, ambos os artigos tinham como origem o mesmo estudo desenvolvido em Uberaba, Minas Gerais e dentre os autores um se repetia. O primeiro, Tavares *et al*, (2011), descreveu a qualidade de vida e a capacidade funcional dos idosos na área rural, segundo os dados socioeconômicos e demográficos, e obteve que 99,8% dos idosos eram independentes para as ABVD e a associação entre baixa escolaridade, idade mais avançada e maior número de morbidades e incapacidade para as AIVD. O segundo, o de Ferreira e Tavares, (2013), com a mesma população descrita acima, identificou a associação de fatores sociodemográficos, econômicos, número de morbidades autorreferidas e de incapacidade funcional em relação ao indicativo de depressão. Vale ressaltar que ambos tratavam-se do mesmo estudo, sendo apenas analisados com desfechos distintos. Esse tipo de situação, nos remete a projetos “guarda chuva”, termo amplamente utilizado nos últimos tempos no meio acadêmico.

O quinto artigo selecionado nessa categoria é o de Cherry *et al*, (2012), que dentre outros itens avaliados, em relação a capacidade funcional observou que o relato de dificuldade aumentou paralelamente ao aumento da idade para todos os fatores associados; e que pessoas do sexo feminino são mais propensas a diminuição da capacidade funcional do que as do sexo masculino.

A revisão integrativa foi de fundamental importância para o estado da arte da temática sobre capacidade funcional do idoso no contexto rural, pois após seu término foi possível afirmar que: a temática tem sido pouco explorada na última década no cenário mundial; no Brasil apenas quatro estudos abordaram a temática nos último cinco anos. Do total de artigos selecionados, três eram de delineamento longitudinal e os demais

transversais, esse tipo de estudo limita as possibilidades de identificação de fatores causais.

O quadro 1 referente à seleção dos artigos científicos que compõem a revisão integrativa encontra-se em (Apêndice A).

4 Metodologia

4.1 Caracterização do estudo

O presente estudo será uma pesquisa de caráter quantitativo, delineamento observacional, analítico, em uma amostra representativa dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na zona rural de Pelotas.

A pesquisa quantitativa tem o objetivo de descrever, epidemiologicamente, os dados coletados na população (PEREIRA, 2008).

Os estudos descritivos objetivam a determinação da distribuição das patologias ou das condições relacionadas à saúde, de acordo com o tempo, o lugar e/ou as características das pessoas. Esse tipo de delineamento responde quando, onde e quem adoece. A epidemiologia descritiva pesquisa a incidência ou a prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde. Nesse estudo será pesquisada a prevalência de acordo com determinadas características (SZKLO e JAVIER NIETO, 2013).

Estudos descritivos analíticos pretendem estudar possíveis relações entre as variáveis de interesse e as variáveis que na literatura são apresentadas como relevante na avaliação da capacidade funcional na população dos idosos da zona rural (PEREIRA, 2002).

4.2 Local do estudo

O estudo será realizado na zona rural de Pelotas que possui uma população de 22.082 de habitantes, dentre os quais 15,8% estão na faixa etária de 60 anos ou mais (IBGE, 2010). A zona rural de Pelotas é conhecida também como colônia, tem como característica produtiva a cultura de pêssego, arroz, pecuária e produção de fumo. A cultura alemã se faz presente de forma acentuada na colonização da região.

Na área rural de Pelotas estão localizadas doze unidades básicas de saúde, sendo que dez atuam sob as diretrizes da ESF.



Figura 2- Localização das Unidades Básicas de Saúde regidas pela ESF na zona rural.
Fonte: Google *maps* adaptado por Pinto, 2014.

4.3 Sujeitos do estudo/ população alvo

Farão parte do estudo idosos residentes na zona rural de Pelotas cadastrados nas unidades básicas que estão organizadas sob a forma de Estratégia de Saúde da Família.

4.4 Critérios de exclusão

Serão excluídos os idosos que, no momento da entrevista, estiverem viajando durante o período de coleta de dados nesta unidade, privados de liberdade por decisão judicial, mudaram de residência, estejam institucionalizados ou hospitalizados ou que não apresentem condições físicas, cognitivas ou emocionais de participar do estudo e cujo respondente ou auxiliar também não apresente condições para participar.

4.5 Variáveis

4.5.1 Variável dependente

Nessa pesquisa a variável dependente será a capacidade funcional mensurada por meio do Índice de Katz para as ABVD e a escala de Lawton-Brody AIVD (KATZ, AKPOM, 1976; LAWTON e BRODY, 1969). As informações serão referidas pelo próprio idoso ou, caso ele esteja impossibilitado de se expressar, as mesmas poderão ser respondidas pelo respondente auxiliar ou substituto.

Será utilizado como critério para classificar do nível de capacidade para as atividades básicas da vida diária conforme sugerido por Lino *et al*, (2008):

- 0- independente em todas as seis funções
- 1- independente em cinco funções e dependente em 1 função.
- 2- independente em 4 funções e dependente em 2 funções.
- 3- independente em 3 funções e dependente em 3 funções.
- 4- independente em 2 funções e dependente em 4 funções.
- 5- independente em 1 função e dependente em 5 funções e 6- dependente nas 6 funções.

Para as atividades instrumentais da vida diária os critérios adotados serão os sugeridos por Torres *et al*, 2010:

- Independente (= 27 pontos)
- Dependência parcial= (26-18 pontos); e
- Dependente (= < de 18 pontos)

4.5.2 Variáveis independentes.

Abaixo o quadro referente as variáveis sociodemográficas e econômicas.

Quadro 2 - Variáveis sociodemográficas e econômicas classificadas quanto à definição, mensuração e tipo. Elaborado por: Pinto, 2013

VARIÁVEL	MENSURAÇÃO	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS			

Sexo	Observado pelo entrevistador	Masculino Feminino	Catagórica Dicotômica
Idade	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Anos completos	Numérica Contínua
Cor da pele	Observada pelo entrevistador	Branca, amarela, preta, parda ou indígena	Catagórica nominal
Situação conjugal	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Com companheiro(a) ou sem companheiro	Catagórica dicotômica
Freqüentar a escola	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/Não	Catagórica dicotômica
Anos completos e aprovados de estudo	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Anos completos	Numérica contínua
Tem filhos	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/Não	Catagórica dicotômica
Número de filhos	Referido pelo entrevistado ou respondente substituto	Números inteiros	Numérica contínua
Morar sozinho	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/Não	Catagórica dicotômica
Número de pessoas que moram com o idoso	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Números inteiros	Numérica contínua
Relação de parentesco das pessoas que moram com o idoso	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Esposo(a) / companheiro(a) Pai Mãe Neto(a)s Sogro/Sogra	Catagórica nominal

		Filho(s)/filha(s) Irmão(s)/irmã(s) Outros familiares Empregado(s)	
Aposentado	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/ Não	Categórica dicotômica
Trabalho	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/ Não	Categórica dicotômica
Profissão	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Posteriormente será categorizada em variável categórica nominal	
Renda mensal total	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Números contínuos	Numérica contínua
Número de pessoas que dependem da renda do idoso	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Números inteiros	Categórica contínua

Abaixo estão descritas as variáveis independentes relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Quadro 3 – Doenças crônicas não transmissíveis classificadas quanto à definição, mensuração e tipo. Elaborado por: Pinto, 2013.

VARIÁVEIS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS			
Diagnóstico médico referido de diabetes	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/ Não	Categórica dicotômica
Diagnóstico médico referido de hipertensão arterial	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/não	Categórica dicotômica
Diagnóstico médico referido de reumatismo	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/não	Categórica dicotômica
Diagnóstico médico referido de osteoporose	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/não	Categórica dicotômica
Diagnóstico	Referida pelo entrevistado	Sim/não	Categórica

médico referido de problemas relacionadas à circulação	ou respondente substituto		dicotômica
Diagnóstico médico referido de problemas respiratórios, como asma ou bronquite	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/não	Categórica dicotômica
Diagnóstico médico referido de Câncer ou tumores	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/não	Categórica dicotômica
Diagnóstico médico referido de problemas cardíacos	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/não	Categórica dicotômica
Diagnóstico médico referido de Acidente vascular cerebral	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/não	Categórica dicotômica
Seqüela de AVC	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/não	Categórica dicotômica
Local afetado pela seqüela	Observada pelo entrevistador	fala visão apreensão palmar caminhar compreensão	Categórica nominal

Abaixo as variáveis relacionadas aos hábitos alimentares dos idosos.

Quadro 4 – Variáveis dos hábitos alimentares classificadas quanto à definição, mensuração e tipo. Elaborado por: Pinto, 2013.

VARIÁVEIS DE HÁBITOS ALIMENTARES			
Número de refeições por dia	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	1-2 refeições 3-4 refeições 5-6 refeições IGN	Categórica numeral
Hábito de comer cereais	Referida pelo entrevistado ou respondente	Sim/Não	Categórica Dicotômica

	substituto		
Consumo de cereais presentes nas refeições	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	1-2 refeições 3-4 refeições 5-6 refeições IGN	Categórica numeral
Cereais integrais	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Consumo de frutas, legumes e verduras	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Consumo de frutas, legumes e verduras presentes nas refeições	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	1 refeição 2-3 refeições Mais de 4 refeições IGN	Categórica numeral
Consumo de carne	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Retirar gordura aparente das carnes	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/Não	Categórica Dicotômica
Consumo de peixe	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Não consumo Somente algumas vezes no ano 1 vezes por semana mais de 2 vezes por semana IGN	Categórica nominal
Consumo de leites e derivados	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/Não	Categórica Dicotômica

Tipo de leite e derivados	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Integral Com baixo teor de gorduras semi/desnatado light) IGN	Categórica nominal
Consumo de frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, lingüiça e outros)	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Raramente ou nunca menos de 2 vezes/semana de 2 a 3 vezes/semana de 4 a 5 vezes/semana todos os dias IGN	Categórica nominal
Consumo de doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces.	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Raramente ou nunca menos de 2 vezes/semana de 2 a 3 vezes/semana de 4 a 5 vezes/semana todos os dias IGN	Categórica nominal
Tipo de gordura utilizada para cozinhar	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Não utilizo gordura para cozinhar Banha animal ou manteiga Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola Margarina	Categórica nominal
Acréscimo de sal nos alimentos depois de cozidos	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/Não	Categórica dicotômica
Número de copos de água consumidos por dia	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	menos de 4 copos 4-5 copos 6-8 copos 8 copos ou mais IGN	Categórica numeral
Consumo de refrigerante diariamente	Referida pelo entrevistado ou	Sim/Não	Categórica dicotômica

	respondente substituto		
Refrigerantes <i>diet</i>	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/Não	Categórica dicotômica
Consumo de bebida alcoólica	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim/não	Categórica dicotômica
Freqüência de consumo de bebida alcoólica	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	não consumo Raramente-social toda a semana todo dia IGN	Categórica Nominal
Quantidade de bebida alcoólica consumida diariamente	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	menos de 4 copos 4-5 copos 6-8 copos 8 copos ou mais IGN	Categórica nominal

Abaixo o quadro das variáveis relacionadas as atividades laborais que são as atividades ligadas ao campo de trabalho.

Quadro 5 - Variáveis de atividade laboral classificadas quanto à definição, mensuração e tipo. Elaborado por: Pinto, 2013.

VARIÁVEIS DE ATIVIDADE LABORAL			
Desenvolve alguma atividade laboral	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Sim Não, mas já realizei Nunca realizei	Categórica nominal
Tipo de atividade laboral	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Lavoura Horta Cuidado de animais Ordenha de vacas Cuidando do pomar	Categórica nominal
Tempo de duração da atividade laboral	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Menos de 4 horas 4 a 8 horas Mais de 8 horas	Categórica nominal
Atividades realizadas como hábito por mais de 10 minutos	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto	Caminhar Andar de bicicleta	Categórica nominal

contínuos	substituto	Varrer a casa/quintal Dançar	
-----------	------------	---------------------------------	--

4.6 Cálculo de tamanho da amostra

O cálculo do tamanho amostral dessa pesquisa foi realizado no programa Epi Info 6.05d[®], utilizando os seguintes parâmetros e estimativas: população idosa cadastrada nas ESF da área Rural de Pelotas, 2.920 indivíduos, em acordo com os dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde do município, nível de confiança de 95%; prevalência estimada do desfecho, capacidade funcional, encontrada na literatura de 60% de acordo com o estudo de del Duca, Silva e Hallal (2009) e erro aceitável de 3 pontos percentuais. Em acordo com esses parâmetros a base de cálculo inicial, foi de 758 idosos. Somando 10% relativos a possíveis perdas e recusas, obteve-se o total de 834 idosos. Ressalta-se que o estudo utilizado como referência para o desfecho, trata-se de um estudo realizado na área urbana do município de Pelotas que utilizou o índice de Katz e a escalada Lawton em sua metodologia (del DUCA et al, 2009). A escolha por esse estudo com idosos urbanos, foi devido a não se ter outros estudos nacionais com idosos na área rural que utilizassem Katz e Lawton em sua metodologia.

A amostragem será selecionada de acordo com os seguintes procedimentos: a) Inicialmente será realizado o levantamento do número de idosos cadastrados nas unidades de saúde da área rural de Pelotas, apenas naquelas que são ESF (2920 idosos); b) após será realizado um cálculo que defina o número de idosos que devem ser selecionados em cada unidade, de modo que seja selecionada uma amostra representativa proporcional à amostra total; c) a partir do número de idosos definidos em cada unidade, a seleção dos mesmos se dará por sorteio aleatório dos prontuários que serão previamente destacados a partir da informação dos agentes comunitários e registro na Unidade; d) com os prontuários sorteados em mãos, na ordem de sorteio serão identificados os idosos, sendo o próximo passo o contato e posterior convite para participarem da pesquisa. Todos os idosos que residirem no domicílio/prontuário sorteado serão incluídos no estudo.

4.7 Princípios Éticos

O projeto será cadastrado na plataforma Brasil, a qual o encaminhará ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para a análise, após essa primeira etapa concluída e o projeto aprovado, a coleta de dados será iniciada.

A proposta do estudo envolve a realização de entrevistas com questões fechadas, não estando incluído nenhum tipo de coleta de material biológico ou experimento com os sujeitos. O projeto não expõe os sujeitos a riscos físicos, porém se alguma questão gerar constrangimento ou algum desconforto durante a coleta de dados, os mesmos poderão negar-se a respondê-la, pois entende-se que sua participação é livre e voluntária.

Os benefícios desta pesquisa serão vislumbrados a médio e longo prazo, à medida que os resultados nela identificados servirão de base para o conhecimento do perfil da população idosa e suas reais necessidades.

Seguindo os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 será apresentado aos idosos os objetivos do estudo, após a concordância em participar do mesmo, será entregue em duas vias o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Esse documento deverá ser assinado pelo idoso ou pelo seu responsável caso ele esteja impossibilitado. Além das assinaturas dos sujeitos entrevistados, o TCLE deverá contar com a assinatura da mestranda e pesquisadora do estudo.

Ao idoso fica assegurado o anonimato, o livre acesso aos dados e aos resultados do estudo, assim como, a liberdade de desistir de participar a qualquer momento da pesquisa.

Os dados coletados na pesquisa serão armazenados conforme operacionalização da Resolução 466/2012, artigo IX.2¹, e após cinco anos serão extinguidos.

¹Manter em arquivo, sob guarda do pesquisador, por cinco anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo Conselho de Ética e Pesquisa

4.8 Logística

Inicialmente foi solicitada autorização para realização da pesquisa com idosos cadastrados nas ESF's da área rural à responsável pela coordenação das Unidades básicas de saúde do município de Pelotas, a qual já foi autorizada. A seguir foi realizado contato com os enfermeiros das dez unidades básicas selecionadas para aproximação com o campo de pesquisa e obtenção de dados cadastrais.

A coleta dos dados será realizada por uma equipe de sete pessoas, composta por três mestrandas, sendo uma a autora do projeto e quatro acadêmicos, sob supervisão da orientadora.

A capacitação dos entrevistadores será realizada pela mestrandia e orientadora, as quais abordarão os passos a serem realizados durante a entrevista aos idosos, assim como sanarão dúvidas em relação ao instrumento de pesquisa e abordagem ao idoso. Para minimizar as dúvidas relativas a coleta de dados será disponibilizado aos entrevistadores um manual de instruções referente a cada questão que consta no instrumento.

Após a capacitação será feito um teste piloto com oito idosos da comunidade que não farão parte da amostra para coleta de dados, a fim de análise final do instrumento e avaliação do desempenho de cada entrevistador, sendo que estes dados não farão parte do estudo. O teste piloto será realizado com a finalidade de estimar o tempo gasto por entrevista, qualidade e condução da mesma, bem como para identificar as dificuldades encontradas pelos entrevistadores.

As entrevistas ocorrerão no domicílio dos idosos, com preservação da privacidade e a aplicação do questionário estruturado e pré-codificado. Os entrevistadores, após a realização das entrevistas, realizarão a codificação das questões. Os questionários serão entregues para a coordenação do projeto e aqueles instrumentos que por ventura forem detectadas inconsistências serão discutidos com o entrevistador para esclarecimento e, se necessário, o entrevistador voltará ao domicílio do idoso para elucidar dúvidas. Após esta revisão os dados estarão prontos para digitação no banco de dados, que será realizada pela mestrandia com supervisão da orientadora.

Caso o idoso não esteja no domicílio no momento da chegada dos entrevistadores, esses retornarão até três vezes na tentativa de encontrar ou agendar com um familiar um horário com o idoso selecionado. Em caso de insucesso, o idoso será considerado perda para a pesquisa.

4.9 Instrumentos de coleta de dados

O questionário desenvolvido para a pesquisa contará com questões sobre: aspectos sócio-demográficos e econômicos, DCNT, hábitos alimentares, atividade laboral, atividades básicas e instrumentais da vida diária por meio da aplicação das escalas de Katz e Lawton-Brody respectivamente (APÊNDICE C). O instrumento de pesquisa será respondido pelo próprio idoso ou pelos respondentes auxiliar ou substituto

Os respondentes auxiliares colaboram na pesquisa quando o idoso não compreende a pergunta, geralmente por déficit auditivo ou não saber precisar as respostas (dados econômicos, medicamentos, entre outros) e os respondentes substitutos respondem as questões no caso do idoso apresentar déficit cognitivo ou limitações físico-funcionais que o impeçam de responder as perguntas. Os respondentes substitutos são, freqüentemente, utilizados em pesquisas epidemiológicas quando o sujeito da pesquisa é incapaz de fornecer as informações sobre o estado de saúde, especialmente pessoas com dificuldades de comunicação ou limitações cognitivas (NUNES, 2011).

Por tratar-se de uma zona de colonização de alemães, italianos, pomeranos e outras etnias, os critérios de utilização do respondente auxiliar estende-se às situações em que o idoso não fale português e/ou tenha dificuldades de compreensão de se expressar na língua anteriormente citada.

4.10 Controle de Qualidade

O controle de qualidade será feito por meio de contato telefônico, no qual será realizado re-entrevista com 10% dos entrevistados, quando serão repetidas algumas perguntas do questionário, como, idade, escolaridade, atividade laboral, entre outras, além da supervisão do trabalho de campo.

Esse controle é para confirmar a coleta de dados e sua qualificação, uma pessoa será capacitada especialmente para realizar as

ligações telefônicas, observando a consistência de, algumas respostas referidas no questionário de controle de qualidade, com as respostas obtidas no questionário aplicado pelo entrevistador.

4.11 Construção do Banco de Dados

Os dados coletados serão digitados no Software EpiInfo (versão 6.05d[®]), sob forma de dupla entrada, para análise da consistência interna e posterior transferência através do programa *Stat Transfer*[®] para o programa *STATA 11.1*[®], por meio da análise descritiva e apresentando a distribuição do desfecho de acordo com as variáveis independentes.

4.12 Análise dos resultados

Na parte descritiva serão apresentadas as prevalências das variáveis categóricas e a média e desvio-padrão das variáveis contínuas. As associações do desfecho de acordo com as variáveis independentes de interesse serão testadas utilizando-se o teste de qui-quadrado de heterogeneidade de *Pearson* para as exposições nominais e o teste de tendência para aquelas ordinais.

4.13 Divulgação dos Resultados

Os resultados desta pesquisa serão divulgados na apresentação de dissertação de mestrado, em eventos científicos, no núcleo de pesquisas ao qual a pesquisadora participa, além de serem transformados em artigos científicos e encaminhados a periódicos indexados da área da enfermagem e afins.

Associado a produção acadêmica pretende-se que os dados encontrados sejam apresentados aos gestores de saúde do município, com o intuito de colaborar à construção de ações e políticas públicas que atendam às necessidades do idoso no contexto da área rural.

5 Cronograma

Quadro 6 - Planejamento das atividades durante todo o processo de desenvolvimento e execução do projeto.

Plano de ação / Semestre Ações	Mar/Mai 2013	Jun/Ago 2013	Set/Nov 2013	Dez/Fev 2013/14	Mar/Mai 2014	Jun/Ago 2014	Set/Nov 2014	Dez/Fev 2014/15
Revisão bibliográfica								
Elaboração do projeto de dissertação								
Qualificação do projeto de dissertação								
Encaminhamento do projeto à plataforma Brasil								
Mapeamento dos idosos por meio dos cadastros das Unidades básicas de saúde -ESF situadas na área rural do município de Pelotas								
Realização de teste piloto								
*Coleta de dados e construção do banco de dados.								
Digitação dos dados no programa EPIINFO								
Análise dos dados e a elaboração do relatório								
Defesa da dissertação								
Encaminhamento de artigos científicos para publicação								

* Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

6 Recursos envolvidos

6.1 Recursos humanos

- Pesquisador
- Entrevistadores (voluntários)
- Revisor de português, inglês e espanhol
- Estatístico

6.2 Recursos materiais e plano de despesas

Quadro 7 - Orçamento para realização da pesquisa

Materiais	Quantidade	Custo unitário em R\$	Custo em R\$ total
Lápis	20	1,00	20,00
Borracha	20	0,60	12,00
Caneta	20	1,30	26,00
Caneta marca texto	10	1,10	11,00
Cd	06	1,30	7,80
Caderno 96 folhas	10	2,50	25,00
Xerox (cópias)	5000	0,15	750,00
Encadernação final	10	40,00	400,00
Impressão	4000	0,15	60,00
Revisão de Português	02	340,00	680,00
Revisão do resumo em espanhol	02	30,00	60,00
Revisão do resumo em inglês	02	30,00	60,00
Estatístico	01	4.000	4.000

Cartucho de tinta	08	23,00	176,00
Livros	04	120,00	480,00
Folhas de ofício A4 (pacote de 500 folhas)	10	16,00	160,00
Transporte/ gasolina	1200 litros	3,10 /litro	3.120,00
Pendrive	10	20,00	200,00
Total			10,842,00

REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PASKULIN, L.M.; de MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo entre três regiões do rio Grande do Sul. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 11-17, jan./fev. 2010.

ÁLVAREZ, M.N.; VARELA, M.B.; ROJO, A.T.deA.; ASTORGA, N.P.; DÍAS, A.L.; PALACIO, R.P.; GÓMEZ, C.V. Actividad sexual en ancianos en un medio rural Sexual activity among the elderly in a rural area. **Aten Primaria**, v.18, n.3, p.105-10, jul./ago. 1996.

ALVES, L.C .et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 23, p.1924-30, ago. 2007.

ANDO, *et al.* Declaração de Brasília. O conceito de rural e o cuidado à saúde. **Rev bras med fam comunidade**, v.6, n.19, p.142-4. 2011.

ARAÚJO, M.O.P.H.; CEOLIM, M.F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev es. enferm USP**, v.41 n.3, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humano.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica, n. 19**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.192 p.

BRITO, M.C.C.; FREITAS, C.A.S.L.; MESQUITA, K.O.; LIMA, G.K. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós**, v. 16, n. 3, p. 161-78, jun. 2013.

CABRAL, S.O.L. **Ambiente e a saúde do idoso nas zonas rural e urbana de um município do agreste nordestino**. 2009. 87f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente)- Universidade Tiradentes, Aracaju, 2009.

CANON, M.B.F.; NOVELLI, M.M.P.C. Estudo dos instrumentos de avaliação funcional em demência comumente utilizados no Brasil. **Revista de Terapia Ocupacional, Universidade São Paulo**, v.23, n.3, p. 253-62, set./dez. 2012

COSTA, R.K.S.; de MIRANDA, F.A.N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Revista RENE**, v.9, n.2, p.120-8, abr./jun. 2008.

CHERRY, N.; CHOWDHURRY, M.; HAQUE, R.; MCDONALD, C.; CHOWDHURRY, Z. Disability among elderly rural villagers: report of a survey from Gonoshasthaya Kendra, Bangladesh. **BMC Public Health**, v.12. 2012

da MOTA, M.M.P.E. Metodologia de Pesquisa em Desenvolvimento Humano: Velhas Questões Revisitadas. *Psicologia em Pesquisa*, v.4, n.2, p.144-49, jul./dez. 2010.

de OLIVEIRA, J.C.A.; TAVARES, D.M.S. Atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem [da] USP**, v.44, n.3, p. 774-81. 2010.

DUCA, G.F del.; SILVA, M.C.; HALLAL,P.C.Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos.**Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p.796-805. 2009

ASSIS, M de. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, v.8, n.1, p. 15-24, jan./jun. 2005

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 2, p. 317-25, 2007.

DUARTE, E.C.; BARRETO,S.M.; Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n.4, p. 529-32. 2012.

FERREIRA, P.C.S.; TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES, R.A.P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.1, p.20-35. 2011.

FERREIRA, P.C.dos S.; TAVARES, D.M.dos S. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. **Rev esc enferm USP**, v.47, n.2, p. 401-7, abr. 2013.

FREITAS, EV.; MIRANDA, RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla. In: FREITAS, E.V *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2006. p.900

GRAF, C. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale: by detecting early functional decline, the scale can help nurses with discharge planning. **AJN**, v.10, n.4, apr. 2008.

GREENE, VL. Premature institutionalization among the rural elderly. **Public health reports**. v.99, n.1, p. 58-63, jan./FEB. 1984.

GUIMARÃES, R.B.; GUIMARÃES, R.B. Validação e adaptação cultural para a língua portuguesa de escalas de avaliação funcional em doenças cerebrovasculares: uma tentativa de padronização e melhora da qualidade de vida. *Rev Brás neurol*, v.40, n.3, p. 5-23, jul./set. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade Brasil (RS) - 2010. Disponível em:

<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=431440&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbfc>. Acesso em: 20 abr. 2013

KATZ, S.; AKPOM, C.A. A measure of primary sociobiological functions. **Int J Health Serv**, v. 6, p.493-508, 1976.

KING, A.; KING, D. Physical activity for an aging population. **Public Health Reviews**, v.32, p.401-26, 2010.

LAWTON, M.P.; BRODY E.M. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.9, n.3, p.179-86, 1969.

LINO, V.T.S.; PEREIRA, S.R.M.; CAMACHO, L.A.B.; FILHO, S.T.R.; BUKSMAN, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p.103-12, 2008.

MENDES, K. dal S.; SILVEIRA, R.C.de C.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto enferm**, v.17, n.4, out./dez. 2008.

MINOSSO, J.S.M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.2, p.218-23, 2010.

NOGUEIRA, S.L.; RIBEIRO, R.C.L.; ROSADO, L.E.F.P.L.; FRANCESCHINI S.C.C.; RIBEIRO, A.Q.; PEREIRA, E.T. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev Bras Fisioter**, v.14, n.4, p.322-9, 2010.

NORDBERG, G.; WIMO, A.; JONSSON, L.; KAREHOLT, I.; SJOLUND, BM.; LAGERGREN, M.; von STRAUSS, E. Time use and costs of institutionalize de lderly persons with or without dementia: results from the nordanstig cohort in the kungsholmen project—a population Based study in Sweden. **International Journal of geriatric psychiatry**. v.22, p. 639-648, 2007.

NORMAN, J.F. Perceived activity and functional capacity In a rural elderly population. **Perceptual and Motor Skills**. v. 93, p. 103-04, 2001.

NUNES, Daniella Pires. **Validação da avaliação subjetiva de fragilidade em idosos no município de São Paulo: Estudo SABE**. 2011. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

OLIVEIRA, J.C.A.; TAVARES, D.M. dos S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem [da] USP**, v.44, n.3, p.774-81, 2010.

OLIVEIRA, R.G.; MARCON, S.S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro e Maringá-Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem [da] USP**, v. 40, n. 2, p. 65-72, 2006.

PAIXÃO, J.R.C.M.; REICHENHEIM, M.E.; Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n.1, p.7-19, jan./fev. 2005.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia Teórica e Prática**. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2002. 596p.

RIGO, I.I.; PASKULIN, L.M.G.; DE MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do rio grande do sul. **Rev Gaúcha Enferm**. V.21, n.2, p. 245-61, jun.2010.

ROZZINE, R.; FRISONI, G.B.; FERRUCCI, L.; BARBISONI, P.; BERTOZZI, B.; TRABUCCCHI, M. The effect of chronic diseases on physical function. Comparison between activities of daily living scales and the physical performance test. **Age and ageing**. v.26, p. 281-87, 1997.

ROCHA, F.C.V.; de CARVALHO, C.M.R.G.; FIGUEIREDO, M.L.F.; CALDAS, C.P. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Revista de enfermagem [da] UERJ**, v.10, n.2, p.186-91, abr./jun. 2011.

SAITO, E.; TAKAI, J.; KANAGAWA, K.; HONDA, A.; SAEKI, K. Changes in functional capacity in older adults living alone: A three-year longitudinal study in a rural area of Japan. **Japanese Journal of Public Health**. v.51, n.11, p. 958-68, 2004.

SANTOS, M.I.O. de O.; GRIEP, R.H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciencia e Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p. 753-61, 2013.

SANTOS, P.O.; da SILVA, I.S.; SILVA, M.A. Capacidade funcional do idoso frequentador do Programa Saúde da Família do bairro Viveiros do município de Feira de Santana, Bahia. **Acta Fisiatr**, v.19, n.4, p.223-6, 2012.

SANTOS, R.dos S.; VIRTUOSO JR, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **RBPS** , v.21, n.4, p.290-96, 2008.

SANTOS, S.S.C.; CAVALHEIRO, B.C.; SILVA, B.T.; BARLEM, E.L.D.; FELICIANIAM, A.M.; VALCARENGHI, R.V. Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. **Cienc Cuid Saude**, v.9, n.1, p.129-36, 2010.

SZKLO, Moyses; JAVIER NIETO, Francisco. **Epidemiology: beyond the basics**. Gaithersburg: Aspen Publishers Inc,2013. 516 p.

SOUZA, P.D.; BENEDETTI, T.R.B.; BORGES, L.J.; MAZO, G.Z.; GONÇALVES, L.H.T. Aptidão funcional de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência. **Ver bras geriatr gerontol**, v.14, n.1, p.7-16, 2011.

TAI, W.C.; PORELL, F.W.; ADAMNS, K. Hospital choice of rural medicare beneficiaries: patient, hospital attributes, and the patient–physician relationship. **HSR: Health Services Reseachr**. v. 39, n.6, p. 1903-22, 2004.

TAVARES, D.M.dosS.; GÁVEA JÚNIOR, S.A.; DIAS, F.A.; SANTOS, N.M.deF.; OLIVEIRA, B.de. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. *Rev Rene*, v.12, n.(especial), p. 895-903, 2011.

TORRES, G.D.E.V.; REIS, L.A.; REIS, L.A. Avaliação da capacidade funcional em idosos residentes em área periférica no interior da Bahia, NE, Brasil. **Arq Neuro-Psiquiatr**, v.68, n.1, p.39-43, fev. 2010.

The Senior Friendly Hospital Toolkit, 2012. Disponível em: www.seniorfriendlyhospital.ca. Acesso em: 07 fev.2014.

TORRES; G.D.E.V.; REIS, L.A.; REIS, L.A. Avaliação da capacidade funcional em idosos residentes em área periférica no interior da Bahia, NE, Brasil. **Arq Neuro-Psiquiatr**, v.68, n.1, p.39-43, 2010.

Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF. World Health Organization Geneva 2002. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf> Acesso em: 06 jan. 2014.

(UFPA) Fundo de População das Nações Unidas. Resumo Executivo. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**, 2012. Disponível em: [www.unfpa.org.br/sumario envelhecimento sec xx.pdf](http://www.unfpa.org.br/sumario_envelhecimento_sec_xx.pdf) Acesso em 04 abr. 2014

(UFPA) Fundo de População das Nações Unidas. **Relatório sobre a situação mundial em 2011**. Disponível em: <http://www.un.org/files/PT-SWOP11-WEB.pdf> Acesso em: 28 mar. 2014.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 128f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2005.

VIRTUOSO JR, J.S.; GUERRA, R.O. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n5, p. 2541-48, 2011.

(WHO) World Health Organization. The WHO Family of International Classifications (CIF). Disponível em: <http://www.who.int/classifications/en>. Acesso em: 07 dez. 2013

Apêndices

Quadro 1- Seleção dos artigos científicos que compõem a revisão integrativa.

TÍTULO-AUTORES-ANO	LOCAL DE COLETA	TIPO DE ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA	ESCALA(S) APLICADAS PARA MENSURAR CF	RESULTADOS
DISABILITY AMONG ELDERLY RURAL VILLAGERS: REPORT OF A SURVEY FROM GONOSHASTHAYA KENDRA, BANGLADESH CHERRY, N.; CHOWDHURRY, M.; HAQUE, R.; MCDONALD, C.; CHOWDHURRY, Z. 2012	Area rural de Bangladesh, 535 vilarejos que tinham o GK (organização que faz cuidado primário), ao total estimava-se 1.5 milhões de idosos.	Quantitativo longitudinal? 2005 -> 2010 43.417 idosos 17.346 pessoas estavam no mesmo endereço	43.417 idosos, 60 anos ou mais	Washington Group, avalia 12 items.	Encontraram que a minoria (26%) reportaram "muita dificuldade" em alguma das 12 funções avaliadas. Apenas (29%) reportaram receber ajuda dos membros da família. Ninguém relatou receber ajuda de pessoas de fora do círculo familiar. O estudo identificou que os idosos incapazes necessitavam e ajuda dos familiares, esses na maioria migraram para a cidade, o que cria um novo cenário, gerando a necessidade de intervenções por parte do serviço primário para atender essa nova demanda.
HOSPITAL CHOICE OF RURAL MEDICARE BENEFICIARIES: PATIENT, HOSPITAL ATTRIBUTES, AND THE PATIENT-PHYSICIAN RELATIONSHIP TAI, W.C.; PORELL, F.W.; ADAMNS, K. 2004	Estados Unidos	Quantitativo transversal	1.702 idosos com 65 anos ou mais, cadastrados no MCBS que tiveram alguma hospitalização em 1994 ou 1995.	Atividades da vida diária, seis atividades: ir ao banheiro, transferir-se da cadeira, vestir-se, comer, banhar-se, e ou caminhar.	Os resultados indicaram claramente que os idosos com limitações nas AVD's são menos propensos a evitar os hospitais da área rural.
THE EFFECT OF CHRONIC DISEASES ON PHYSICAL FUNCTION. A COMPARISON BETWEEN	Area rural da cidade de Ospitaletto, Brescia, Itália	Quantitativo transversal	549 idosos com 70 anos ou mais que viviam na comunidade e	Atividades básicas da vida diária - Escala e Katz, e para as atividades instrumentais da vida diária Lawton-Brody.	Foi identificado que algumas doenças crônicas estavam associadas com diminuição da performance do idoso, mas não

<p>ACTIVITIES OF DAILY LIVING SCALES AND THE PHYSICAL PERFORMANCE TEST</p> <p>ROZZINE, R.; FRISONI, G.B.; FERRUCCI, L.; BARBISONI, P.; BERTOZZI, B.; TRABUCCCHI, M.</p> <p>1997</p>			estavam cadastrados no escritório local.	foram relacionadas na avaliação auto referida. Sugerindo que a PPT pode detectar antecipadamente as limitações, que apenas serão percebidas posteriormente pelos idosos.
<p>PREMATURE INSTITUTIONALIZATION AMONG THE RURAL ELDERLY</p> <p>GREENE, VL.</p> <p>1984</p>	Arizona, EUA	Quantitativo transversal	Dados para avaliação de função incluíram nove itens para a diminuição das atividades da vida diária (AVD): independência para caminhar, transferir-se da cama para a cadeira, uso de cadeira de rodas, banho, vestir-se, preparar e comer.	O estudo demonstrou que idosos provenientes da zona rural tendem a ser institucionalizados mais jovens do que os da zona urbana, mesmo que tenham baixos níveis de desabilidade funcional, em relação aos da zona urbana. Sugerindo a propensão prematura de institucionalização. A principal razão para isso provavelmente seja a dificuldade de acesso aos serviços de saúde na zona rural, o que pode "obrigar" os idosos a serem institucionalizados.
<p>TIME USE AND COSTS OF INSTITUTIONALIZATION OF ELDERLY PERSONS WITH OR WITHOUT DEMENTIA: RESULTS FROM THE NORDANSTIG COHORT IN THE KUNGSHOLMEN PROJECT—A POPULATION</p>	Suécia	Quantitativo longitudinal	Atividades básicas da vida diária – Escala e Katz.	Foi identificada a relação entre tempo de internação e dependência para as AVD, sendo que o tempo de institucionalização foi maior entre os demenciados do que os não demenciados. O número de cuidados

<p>BASED STUDY IN SWEDEN NORDBERGET, G. ET AL 2007</p>					<p>dispensados foi constante em relação aos diferentes níveis de capacidade funcional e cognitiva. Surgiram algumas contribuições de cuidados informais, embora o nível fosse baixo e não tinha correlação com deficiência física ou cognitiva. Os custos estimados de institucionalização aumentaram substancialmente para pessoas funcionalmente dependentes em comparação com pessoas sem dependência funcional, e também para pessoas dementes para comparação com aqueles sem demência.</p>
<p>CHANGES IN FUNCTIONAL CAPACITY IN OLDER ADULTS LIVING ALONE: A THREE-YEAR LONGITUDINAL STUDY IN A RURAL AREA OF JAPAN SAITO, E.; TAKAI, J.; KANAGAWA, K.; HONDA, A.; SAEKI, K. 2004</p>	<p>Ishikawa prefecture, Japão</p>	<p>Estudo de coorte, os idosos pesquisados em dois momentos, 2000 e 2003.</p>	<p>101 idosos (2003) followup, que viviam sozinhos.</p>	<p>Capacidade funcional foi mensurada utilizando Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Index Of Competence (TMIG-Index of competence)</p>	<p>Os idosos apresentaram a média de um ponto a menos na capacidade funcional, quando comparados aos dados da primeira avaliação. Aumentaram 36.7% os idosos que apresentaram menos de 10 pontos e que necessitam de assistência. Fatores significante foram associados a diminuição da capacidade funcional, idade (75 anos ou mais), a não participação em atividades sociais e contato com amigos, vizinhos por meio do telefone pelo menos uma vez na semana.</p>

<p>PERCEIVED ACTIVITY AND FUNCTIONAL CAPACITY IN A RURAL ELDERLY POPULATION</p> <p>NORMAN, J.F. 2001</p>	<p>Nebraska, EUA</p>	<p>Quantitativo transversal</p>	<p>65 idosos residentes na zona rural atendidos que freqüentavam o serviço de saúde patrocinado pela Universidade.</p>	<p>The Duke Activity Status Index instrumento que avalia 12 habilidades relacionadas a uma gama de atividades. As relacionadas a auto cuidado, caminhada em diferentes intensidades, trabalho doméstico, jardinagem, atividades recreacionais e sexual.</p>	<p>Entre as mulheres não houve relação entre a capacidade funcional e a percepção de atividade física, já entre os homens sim, houve relação positiva. O estudo sugere que a percepção de atividade física entre os homens na zona rural é mais coerente com a capacidade funcional.</p>
<p>ACTIVIDAD SEXUAL EN ANCIANOS EN UN MEDIO RURAL</p> <p>SEXUAL ACTIVITY AMONG THE ELDERLY IN A RURAL AREA</p> <p>ÁLVAREZ, M.N. ET AL 1996</p>	<p>Pravia, Espanha</p>	<p>Quantitativo transversal</p>	<p>181 idosos com 60 anos ou mais que residiam em Pravia</p>	<p>Escala de incapacidade funcional de Cruz Roja.</p>	<p>No estudo somente foram fatores preditores do comportamento sexual o estado civil, capacidade funcional e o gênero. Porém, ao retirar os fatores de confusão não houve associação. Ademais, o motivo principal de abandono da atividade sexual foi a falta de parceira.</p>
<p>CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS MAIS VELHOS: ESTUDO COMPARATIVO EM TRES REGIOES DO RIO GRANDE DO SUL</p> <p>AIRES, M.; PASKULIN, L.M.G.; DE MORAIS, E.P. 2010</p>	<p>Rio Grande do Sul, Brasil Distrito de POA Frederico Westphalen Zona rural de Encruzilhada do Sul</p>	<p>Avaliação de dados de 3 estudos quantitativos transversais</p>	<p>155 idosos com 80 anos ou mais</p>	<p>Escala das AVDs, composta pelas atividades básicas e pelas atividades instrumentais da vida diária (ABVD e AIVD, respectivamente).</p>	<p>Dentre os resultados obtidos, destaca-se predominância do sexo feminino em duas das três regiões estudadas; predomínio da faixa etária de 80 a 84 anos nas três regiões; maior proporção de analfabetos ou com primário incompleto entre os idosos da região rural e da região urbana do norte e maior independência para as AVDs entre os idosos da região rural.</p>

<p>CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS DE UMA COMUNIDADE RURAL DO RIO GRANDE DO SUL</p> <p>RIGO, I.I.; PASKULIN, L.M.G.; DE MORAIS, E.P. 2010</p>	<p>Rio Grande do Sul, Brasil</p> <p>Nova Roma do Sul</p>	<p>Estudo seccional realizado através de inquérito domiciliar.</p>	<p>34 idosos residentes na comunidade selecionada com 60 anos ou mais.</p>	<p>Escala de AVDs do <i>Older American Resources and Services (OARS)</i> traduzida e validada no Brasil.</p>	<p>Verificou-se maior prejuízo na realização das AVD entre as mulheres em relação aos homens. A dependência leve ocorreu em uma parcela significativa da população, sinalizando para um estado inicial de declínio funcional. Os graus de dependência mais severos foram encontrados principalmente entre as mulheres.</p>
<p>QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS RESIDENTES NA ZONA RURAL</p> <p>TAVARES DM DOS S, GAVEA JUNIR AS, DIAS FA, SANTOS NM DE F, DE OLIVEIRA PB. 2011</p>	<p>Uberaba-MG</p>	<p>Estudo seccional realizado através de inquérito domiciliar.</p>	<p>850 idosos residentes na comunidade selecionada com 60 anos ou mais.</p>	<p>Katz, Lawton e o <i>WHOQOL-BREF</i> e <i>WHOQOL OLD</i></p>	<p>Para as ABVD 99,8% foram independentes. Ausência de escolaridade, a idade mais avançada e maior número de morbidades associaram-se a incapacidade para as AIVD.</p>
<p>PREVALENCIA E FATORES ASSOCIADOS AO INDICATIVO DE DEPRESSAO ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA ZONA RURAL.</p> <p>FERREIRA PC DOS S; TAVARES DM DOS S. 2013</p>	<p>Uberaba-MG</p>	<p>Estudo seccional realizado através de inquérito domiciliar.</p>	<p>850 idosos residentes na comunidade selecionada com 60 anos ou mais.</p>	<p>Katz, Lawton e a <i>GDS-15</i></p>	<p>O maior número de incapacidade funcional para a realização de AIVD também apresentou associação estatisticamente significativa com o indicativo de depressão ($p=0,001$). Destaca-se que os idosos que apresentaram maior número de incapacidade funcional para realização de AIVD possuem 32% mais chances de ter indicativo de depressão.</p>

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: “ **Capacidade funcional dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família da área rural de Pelotas/RS**”.

Orientadora: Profª Enfª Drª Celmira Lange (pesquisadora responsável)

Contato: (53) 3278 4295; e-mail: celmira_lange@terra.com.br

Avenida Ferreira Viana nº 841 Bloco E Aptº104

Mestranda Andressa Hoffmann Pinto

Contato: (53) 81064691; email: dessa_h_p@hotmail.com

Rua São Paulo bloco 609 aptº10 Cohab Lindóia

A presente pesquisa tem como objetivo identificar **prevalência de capacidade funcional** (que são atividades do cotidiano, como por exemplo dificuldades para vestir-se, banhar-se, caminhar, ser continente, telefonar, andar de ônibus, dentre outras) dos idosos residentes na área rural do município de Pelotas. Isso é importante, uma vez que a sociedade brasileira tem mudado o seu perfil nas últimas décadas, hoje o número de idosos aumentou expressivamente, assim é necessário que as pessoas responsáveis por administrar ações públicas tenham conhecimento de quem são esses idosos, como eles estão e o que eles precisam.

Para que os objetivos dessa pesquisa sejam alcançados serão entrevistados idosos que moram na área rural de Pelotas. Assim, pedimos a sua colaboração para participar da entrevista, respondendo as questões que serão feitas. Ressaltando que durante a entrevista as perguntas poderão ser ou não respondidas na totalidade podendo haver desistência da participação do estudo a qualquer momento.

O questionário inclui perguntas sobre idade, com quem mora, estado civil (casado, solteiro, viúvo), tempo que estudou, quais medicações utiliza, se o senhor possui alguma doença ou não, dentre outras, será aplicada uma escala (Katz e Lawton), essas escalas são auto referidas (iremos apenas perguntar e você responde, não há necessidade de ser feito nenhum teste ou verificação da veracidade (verdade) das respostas).

Posteriormente, os dados obtidos serão digitados e analisados e os resultados serão colocados a disposição dos entrevistados. A coleta de dados (entrevista) não prevê nenhum tipo de risco em

potencial, individual ou coletivo, comprometendo-se com o máximo de benefícios não havendo a possibilidade de danos e riscos físicos ao pesquisado. Caso alguma questão venha a mobilizar sentimentos ou o senhor a considere desnecessária, sinta-se a vontade de suspender a entrevista e prontamente será ofertado auxílio de qualquer natureza, caso seja necessário.

Quanto aos benefícios dessa pesquisa, já foi citado anteriormente a necessidade de conhecer quem são os idosos situados na área rural e quais suas limitações e necessidade, para que futuramente políticas públicas possam ser melhoradas ou criadas mais direcionadas as reais necessidades dos idosos.

Para a realização deste estudo, o autor seguiu os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, nº 466/12, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa.

A coleta de dados (entrevista) será realizada por acadêmicos (alunos) de enfermagem, devidamente capacitados e conhecedores dos objetivos e aspectos éticos da pesquisa, sendo a supervisão realizada pela professora Dr^a Celmira Lange.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que: fui informado de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e pressão, dos objetivos, da justificativa, dos benefícios e riscos do presente estudo, da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa. E que o trabalho será apresentado no meio acadêmico sendo respeitados os princípios éticos e anonimato (não serei identificado), da liberdade de desistência de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízo algum.

Eu, _____,

aceito participar da pesquisa intitulada “**Capacidade funcional dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família da área rural de Pelotas/RS**”.

Pelotas, __ de ____ de 2014.

Entrevistado

digital

Pesquisador

Apêndice C

Instrumento de coleta de dados

Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Capacidade funcional dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família da área rural de Pelotas/RS	
IDENTIFICAÇÃO	
1. Número do questionário _ _ _	nq _ _ _
Unidade Básica (01) Vila Nova (06) Grupelli (02) Monte Bonito (07) Maciel (03) Cordeiro de Farias (08) Cerrito Alegre (04) Pedreiras (09) Osório (05) Triunfo (10) Corrientes	ubs__
2. Número do(a) entrevistador(a) _ _ Cada entrevistador terá um número de identificação: Andressa: 01 Caroline:06 Taniely:11 Denise: 02 Camila:07 _____:12 Fernanda: 03 Daniel:08 _____:13 Letícia: 04 Juliana:09 _____:14 Patrícia: 05 Luiza: 10 _____:15	nent _ _
Data da entrevista: __/__/2014	Horário de início da entrevista: __: __ h
3. Entrevista realizada com: (1) Idoso(a) (pule para a questão nº5) (2) Respondente auxiliar (3) Respondente substituto	entco _
4. O respondente é: (1) Familiar (2) Amigo (3) Cuidador pago (4) Outro _____ (8) NSA	respo_
QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DO IDOSO	
5. Qual é a sua idade? _ _ _	idade _ _ _
6. Qual o seu nome?	
7. Qual o seu endereço?	
8. Qual seu telefone de contato: () _____ Referências: Nome _____ Fone: () _____	
9. Qual a sua data de nascimento? __/__/____	datn _____
10. Sexo (OBSERVADO PELO ENTREVISTADOR) (0) Masculino (1) Feminino	sex _
11. Qual sua cor da pele ou raça (REFERIDA PELO ENTREVISTADO) (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena	corpel _
12. Qual a sua situação conjugal? (1) Com companheiro (2) Sem companheiro	situc _
13. O(a) senhor(a) mora sozinho(a)?	

(0) Não (1) Sim (pule para a questão nº 16) (9) IGN	mora _
14. Quantas pessoas moram com o(a) senhor(a)? __ pessoas (88) NSA (99) IGN	nmora __
15. Marque com X qual a relação de parentesco destas pessoas que moram com o(a) senhor(a)? Esposo(a) / companheiro(a) (0) Não (1) Sim (8) NSA Pai (0) Não (1) Sim (8) NSA Mãe (0) Não (1) Sim (8) NSA Neto(a)s (0) Não (1) Sim (8) NSA Sogra/Sogro (0) Não (1) Sim (8) NSA Filho(s)/filha(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Irmão(s)/irmã(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Outros familiares (0) Não (1) Sim (8) NSA Empregado(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA	espmo _ paimo _ maemo _ netomo _ sogmo _ filhomo _ irmor _ outmo _ empmo _
16. O(a) senhor(a) costuma ficar sozinho(a) durante o dia (dia e noite)? (0) Nunca ou raramente (1) Sim, cerca de uma hora (2) Sim, um período de tempo – ex: toda manhã, toda tarde (3) Sim, somente durante o dia (4) Sim, somente durante a noite (5) Sim, fica todo tempo sozinho(a)	sozi _
17. O(a) senhor(a) frequentou a escola? (0) Não (pule para a questão nº 19) (1) Sim (9) IGN	fesc _
18. Quantos anos completos e aprovados de estudo o(a) senhor(a) tem? __ anos aprovados (88) NSA (99) IGN	anesc __
19. O (a) senhor(a) é aposentado(a)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	apos _
20. O (a) senhor(a) trabalha? (0) Não (1) Sim (9) IGN	trab _
21. Qual é ou era a sua profissão? _____ (8) NSA (9)IGN	
22. Qual é a sua renda mensal total? R\$ __. ____, ____ reais.	
23. Quantas pessoas dependem da sua renda mensal? (inclua o(a) senhor(a)) __ __ pessoas.	drend __
24. O(a) senhor(a) teve filhos (inclua filhos adotivos)? (0) Não (pule para a questão nº26) (1) Sim (9) IGN	filho _
25. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem açúcar alto no sangue ou diabetes? (0) Não (pule para a questão nº46) (1) Sim (9) IGN	
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	
26. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem Pressão Alta? (0) Não (1) Sim (9) IGN	
27. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problema de reumatismo ou nas "juntas"? (0) Não (1) Sim (9) IGN	
28. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem osteoporose? (0) Não (1) Sim (9) IGN	
29. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problemas de coração? (0) Não (1) Sim (9) IGN	
30. Algum médico disse que o(a) senhor(a) já teve derrame ou isquemia cerebral? (0) Não (pule para a questão nº 53) (1) Sim (9) IGN	
31. O (a) senhor(a) ficou com alguma seqüela em virtude do derrame ou da isquemia? (0) Não (pule para a questão nº 53) (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
32. Qual dessas funções ficou afetada pelo AVC? (referida pelo entrevistado)	

Fala	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
Visão	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
Apreensão palmar	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
Caminhar	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
Compreensão	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
33. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problema respiratório crônico?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	
34. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem algum tumor/câncer?	(0) Não (pule para a questão nº69) (1) Sim (9) IGN	can _
HÁBITOS ALIMENTARES		
35. Qual é seu peso? ___ kg	(999) IGN	peso ___
36. Qual é a sua altura? ___ cm	(999) IGN	altur ___
37. Quantas refeições o(a) senhor(a) faz diariamente?	(0) 1-2 refeições (1) 3-4 refeições (2) 5-6 refeições (9) IGN	nref _
38. O (a) senhor(a) tem o hábito de comer alimentos como cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas) diariamente?	(0) Não (pule para a questão nº 105) (1) Sim (9) IGN	carb _
39. Estes cereais fazem parte de quantas das suas refeições diárias?	(0) 1-2 refeições (1) 3-4 refeições (2) 5-6 refeições (8) NSA (9) IGN	ncarb _
40. Geralmente (maioria das vezes) esses cereais são integrais?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	carbint _
41. O(a) senhor(a) consome frutas todos os dias?	(0) Não (pule para a questão nº 107) (1) Sim (9) IGN	frut _
42. Quantas frutas o(a) senhor(a) come diariamente?	(0) 1 (1) 2-3 (2) 4 ou mais (8) NSA (9) IGN	pfrut _
43. O(a) senhor(a) consome legumes e verduras todos os dias?	(0) Não (pule para a questão nº 109) (1) Sim (9) IGN	legver _
44. Os legumes e verduras fazem parte de quantas das suas refeições diárias?	(0) 1 refeição (1) 2-3 refeições (2) Mais de 4 refeições (8) NSA (9) IGN	plegver _
45. Qual é a frequência que o(a) senhor(a) consome carne vermelha (gado, porco, ovelha)?	(0) Não consumo (1) Diariamente (2) 1-3 vezes por semana (3) Quinzenalmente (9) IGN	fcarn _
46. Qual é a frequência que o(a) senhor (a) consome carne de aves (frango, marreco, pato, ganso)	(0) Não consumo (1) Diariamente (2) 1-3 vezes por semana (3) Quinzenalmente (9) IGN	faves _
47. Qual é a frequência que o(a) senhor (a) consome peixes?	(0) Não consumo (1) Diariamente (2) 1-3 vezes por semana (3) Quinzenalmente (4) Somente algumas vezes no ano (9) IGN	fpeix _
48. Você costuma tirar a gordura aparente das carnes (ave, bovina, suína e outras)?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	gord _
49. Normalmente como é o preparo das seguintes carnes?		
Carne vermelha	(1) Frito (2) Assado (3) Cozido (8)NSA (9)IGN	pcarn _
Frango /aves	(1) Frito (2) Assado (3) Cozido (8)NSA (9)IGN	pfran _
Peixe	(1) Frito (2) Assado (3) Cozido (8)NSA (9)IGN	ppeix _
50. O (a) senhor(a) consome leite e seus derivados(iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos, nata, manteiga e outros) diariamente?	(0) Não (pule para a questão nº 116) (1) Sim (9) IGN	leit _
51. Geralmente (maioria das vezes) qual é o tipo de leite e seus derivados o(a)		tleite_

senhor(a) consome? (1) Integral /In natura (2) Desnatado (8) NSA (9) IGN	
52. Pense nos seguintes alimentos: presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça), frituras em geral, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres. O(a) senhor(a) costuma comer qualquer um deles com que frequência? (1) Raramente ou nunca (2) Menos de 2 vezes/semana (3) De 2 a 3 vezes/semana (4) De 4 a 5 vezes/semana (5) Todos os dias (9) IGN	embut _
53. Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura e biscoitos doces. O(a) senhor(a) costuma comer qualquer um deles com que frequência? (1) Raramente ou nunca (2) Menos de 2 vezes/semana (3) De 2 a 3 vezes/semana (4) De 4 a 5 vezes/semana (5) Todos os dias (9) IGN	doces _
54. Qual é a frequência que o(a) senhor(a) consome alimentos defumados (linguiça, salame, carne)? (1) Raramente ou nunca (2) Menos de 2 vezes/semana (3) De 2 a 3 vezes/semana (4) De 4 a 5 vezes/semana (5) Todos os dias (9) IGN	defum _
55. Qual o tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos? (1) Não utilizo gordura para cozinhar (2) Banha animal ou manteiga (3) Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão, ou margarina.	tgord _
56. O(a) senhor(a) costuma acrescentar sal nos alimentos, quando já servidos em seu prato? (0) Não (1) Sim (9) IGN	sal _
57. Quantos copos de água o(a) senhor(a) bebe por dia? Considerar um copo de 200ml (1) Menos de 4 copos (2) 4-5 copos (3) 6-8 copos (4) 8 copos ou mais (9) IGN	agua _
58. O(a) senhor(a) costuma beber refrigerante diariamente? (0) Não (pule para a questão nº124) (1) Sim (9) IGN	refri _
59. Que tipo de refrigerante o (a) senhor(a) consome? (0) Diet (1) light (2) Normal (8) NSA (9) IGN	trefri _
60. O (a) senhor(a) costuma tomar chimarrão diariamente? (0) Não (pule para a questão nº126) (1) Sim (9) IGN	chim _
61. Geralmente qual a temperatura da água (característica) utilizada no chimarrão? (0) muito quente (1) quente (8) NSA (9) IGN	chimq _
AGORA IREI FAZER PERGUNTAS RELACIONADAS A “ATIVIDADE LABORAL”	
62. O senhor realiza alguma atividade laboral? (0) Sim (1) Não, mas já realizei (2) Nunca realizei (pule para a questão nº 129) (9) (IGN)	atlab _
63. Pense em uma semana normal (rotina). Qual dessas atividades o senhor (a) realiza ou realizava?	
Trabalha/trabalhava na lavoura (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	tatlab _ tahot _
Trabalha/trabalhava na horta (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	taani _ tavac _
Trabalha/trabalhava no cuidado de animais (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	tapo _
Trabalha/trabalhava na ordenha de vacas (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	

Trabalha/trabalhava cuidando do pomar IGN	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9)	
64. Pense em um dia normal (rotina). Quantas horas aproximadamente o(a) senhor(a) gasta ou gastava realizando essas atividades? (1) < de 4 horas (2) De 4 a 8 horas (3) Mais de 8 horas (8) NSA (9) IGN		hatlab_
65. O (a) senhor(a) tem o hábito de realizar alguma destas atividades diariamente durante 10 minutos contínuos? Caminhar (0) Não (1) Sim (9) IGN Andar de bicicleta (0) Não (1) Sim (9) IGN Varrer casa/quintal (0) Não (1) Sim (9) IGN Dançar (0) Não (1) Sim (9) IGN Outra?Qual? _____ (0) Não (1) Sim (9) IGN		camin _ bici _ varre _ danc _
ÍNDICE DE KATZ		
66. Para tomar banho o(a) senhor(a): (Considere banho o ato de lavar-se, seja ele realizado e um chuveiro ou em uma banheira) (1) Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho (a) , se este for o modo habitual de tomar banho) (2) Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) (3) Recebe ajuda para lavar mais uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho		banh _
67. Para vestir-se o(a) senhor(a) : (1) Pega roupa e veste-se completamente, sem ajuda (2) Pega roupa e veste-se completamente, sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos (3) Recebe ajuda para pegar roupa ou vestir-se, parcial ou completamente.		vest _
68. Para usar o vaso sanitário o(a) senhor(a): (1) Vai ao banheiro ou local equivalente se limpa e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas, usar comadre ou urinol a noite, esvaziando pela manhã) (2) Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após a evacuação ou micção, ou para usar comadre ou urinol à noite. (3) Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas.		vasos _
69. Para se transferir o (a) senhor(a): (1) Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode utilizar um objeto para apoio, como bengala ou andador) (2) Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda. (3) Não sai da cama		transf _
70. Quanto a continência (controle da urina e de evacuação). (1) Controla inteiramente a micção e a evacuação (2) Tem acidentes ocasionais. (3) Necessita de ajuda para manter o controle de micção; usa cateter ou é incontinente.		incont _
71. Quanto a alimentação o(a) senhor(a): (1) Alimenta-se sem ajuda (2) Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão. (3)Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos.		alim_
ESCALA DE LAWTON” – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA		
72. Em relação ao uso do telefone o (a) senhor(a) consegue utilizar:		usotel _

<p>(1) Não consegue (sempre que necessita telefonar, pede auxílio total de alguém) (2) Com ajuda parcial (quando alguém o auxilia, ditando os números, por exemplo) (3) Sem ajuda</p>	
<p>73. O(a) senhor(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais? (1) Não consegue (só vai a outros locais sendo levado por outra pessoa, necessita de transporte previamente agendado) (2) Com ajuda parcial (acompanhado de alguém que o auxilia a deslocar-se) (3) Sem ajuda</p>	locdis _
<p>74. O (a) senhor(a) consegue fazer compras? (1) Não consegue (marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) seja completamente incapaz de sair para fazer compras) (2) Com ajuda parcial (no caso do(a) idoso(a) relatar precisar da companhia de alguém para fazer compras) (3) Sem ajuda</p>	fcomp _
<p>75. O(a) senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições? (1) Não consegue (2) Com ajuda parcial (necessita da ajuda de alguém) (3) Sem ajuda (prepara suas próprias refeições de forma independente)</p>	pref _
<p>76. O(a) senhor(a) consegue arrumar a casa? (1) Não consegue (2) Com ajuda parcial (necessita de ajuda de alguém) (3) Sem ajuda (arruma a casa de forma independente)</p>	arrcasa _
<p>77. O (a) senhor (a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos? (1) Não consegue (2) Com ajuda parcial (necessita da ajuda de alguém) (3) Sem ajuda (realiza de forma independente)</p>	trcasa _
<p>78. O(a) senhor(a) consegue lavar e passar sua roupa? (1) Não consegue (2) Com ajuda parcial (necessita da ajuda de alguém) (3) Sem ajuda (lava e passa de forma independente)</p>	lavpas _
<p>79. O(a) senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos? (1) Não consegue (2) Com ajuda parcial (alguém o auxilia, porém caso necessite ingerir sozinho, tem condições) (3) Sem ajuda</p>	rdose _
<p>80. O(a) senhor(a) consegue cuidar de suas finanças? (1) Não consegue O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue cuidar do seu dinheiro sozinho(a). Considere o termo finanças a gestão do dinheiro. (2) Com ajuda parcial (marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) precise de ajuda de alguém para cuidar do seu dinheiro, como ir ao banco, fazer depósitos ou verificar o extrato do banco) (3) Sem ajuda</p>	finan _

Apêndice D

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade na população idosa
Manual do questionário

ATENÇÃO

- **Você deverá entrevistar TODOS OS IDOSOS com 60 anos ou mais que foram sorteados.**
- **Caso o idoso apresente problemas de comunicação você deverá entrevistar o RESPONDENTE AUXILIAR OU SUBSTITUTO que convivesse com o idoso e conheça a vida diária do idoso.**
- **Antes de iniciar a entrevista, verifique se o idoso apresenta condições cognitivas de manter um diálogo para responder ao questionário, caso contrário você deve questionar o respondente, para saber se o mesmo tem conhecimento sobre a vida diária do idoso.**
- **Apresente-se, explique os objetivos do estudo, e pergunte se o(a) idoso(a) deseja participar, dizendo-lhe da importância da sua participação.**
- **Caso o idoso não tenha condições de responder ao questionário, perguntar qual o dia e horário que terá um acompanhante/respondente que conviva com o idoso.**
- **Desejando participar do estudo, o idoso ou o respondente deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não se esqueça de colocar o nome do idoso no TCLE.**
- **Este questionário apresenta 212 questões, entre perguntas abertas e fechadas, procure preenchê-las corretamente, evitando ao máximo utilizar a opção (9) IGN (ignorado), pois esta será válida ao término do estudo como resposta perdida.**
- **Ao iniciar uma entrevista, tente concluí-la sem interrupções.**
- **Preencha o questionário a LÁPIS.**
- **PREENCHA O QUESTIONÁRIO COM LETRA LEGÍVEL.**
- **Não faça codificação durante a entrevista. A codificação será realizada após o término da entrevista.**
- **Os números para a codificação devem ser de uso padrão.**

IDENTIFICAÇÃO

Número do questionário __ __ __ Todos os questionários devem ter número a fim de mantê-los organizados e evitar o extravio.	nquest__ __
Número do(a) entrevistador(a) __ __ Cada entrevistador terá um número de identificação: Andressa: 1 Denise: 2 Fernanda: 3 Letícia: 4 Patrícia: 5	nent__
Data da entrevista: __/__/2014 Horário de início da entrevista: __: __ h	dat__ entco__
Entrevista realizada com: (1) idoso (pulo próximo bloco) (2) respondente auxiliar (3) respondente substituto Respondente auxiliar é um informante parcial, que auxilia o idoso quando não compreende pergunta, geralmente por déficit auditivo ou não sabe precisar as respostas (dados econômicos, medicamentos, etc) e respondente substituto é aquela pessoa que auxilia de forma completa, responde o questionário em virtude do idoso apresentar declínio cognitivo/ou limitações físico funcionais que o impeçam de responder as questões.	entco__

<p>4. O respondente é:</p> <p>(1) familiar (2) amigo (3) cuidador pago (4) outro _____ (8) NSA</p> <p>O objetivo da questão é saber qual o respondente do idoso, por isso deve ler as alternativas descritas na questão e se for outra escrever no traçado conforme o idoso falar.</p>	respo_ _
QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DO IDOSO	
<p>5. Qual é a sua idade? _ _ _</p> <p>O objetivo desta questão é saber a idade do idoso(a) em anos</p>	idade _ _
<p>6. Qual o seu nome? _____</p> <p>Deve ser preenchido por extenso, com letra legível. Deve-se explicar ao idoso(a) ou familiar que o nome é apenas para controle de qualidade e que seu sigilo/anonimato será assegurado.</p>	
<p>7. Qual o seu endereço? _____</p> <p>Deve ser escrito o endereço do(a) entrevistado(a) com letra legível, incluindo BR/distrito/km/município/número da casa ou ponto de referência - é importante que este dado seja o mais preciso possível.</p>	
<p>8. Qual seu telefone de contato</p> <p>Nome _____ Fone _____ Nome _____ Fone _____ Nome _____ Fone _____</p> <p>Preencha com o número de telefone e/ou celular para recados, especificando o código da área. Preencha também, se possível, o número de telefone de três pessoas de referência do(a) idoso(a), caso necessite encontrá-lo.</p>	
<p>9. Qual a sua data de nascimento? __/__/____</p> <p>Registre a data de nascimento do(a) idoso(a) com dia, mês e ano utilizando os 4 dígitos, da seguinte forma: 15/04/1950.</p>	dat_ _ _ _ _ _ _ _
<p>10. Sexo (OBSERVADO PELO ENTREVISTADOR)</p> <p>(2) masculino (1) feminino</p> <p>O(a) entrevistador(a) deve registrar o sexo do(a) entrevistado(a) com base em sua observação.</p>	sex _ _
<p>11. Cor da pele ou raça do entrevistado (OBSERVADO PELO ENTREVISTADOR)</p> <p>(3) branca (2) preta (3) parda (4) amarela (5) indígena</p> <p>Assinalar o que for referido pelo(a) idoso(a), sem questionamentos. O que nos interessa é a cor ou raça como referida pelo entrevistado.</p>	corpel _ _
<p>12. Qual a sua situação conjugal?</p> <p>(1) com companheiro (2) sem companheiro</p> <p>O objetivo desta questão é saber se o(a) idoso tem ou não companheiro, independente de ser casado, namorado, etc</p>	estc_ _
<p>13. O(a) senhor(a) mora sozinho(a)?</p> <p>(1) não (1) sim (pule para a questão nº 16) (9) IGN</p> <p>Investigar se no domicílio mora mais alguém além do(a) idoso(a), pois morar sozinho é um fator associado a Síndrome da Fragilidade no idoso, assim como para depressão e morbidades.</p>	mora _ _
<p>14. Quantas pessoas moram com o(a) senhor(a)? _ _ pessoas</p> <p>(8) NSA (9) IGN</p> <p>Anotar quantas pessoas além do(a) idoso(a) moram na residência, por exemplo, se for duas pessoas, anotar 02</p>	qtsmor _ _
<p>15. Marque com X qual a relação de parentesco destas pessoas que moram com o(a) senhor(a)?</p> <p>Esposo(a) / companheiro(a) (0) Não (1) Sim (8) NSA Pai (0) Não (1) Sim (8) NSA Mãe (0) Não (1) Sim (8) NSA Neto(a)s (0) Não (1) Sim (8) NSA Sogra/Sogro (0) Não (1) Sim (8) NSA Filho(s)/filha(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Irmão(s)/irmã(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Outros familiares (0) Não (1) Sim (8) NSA Empregado(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>Perguntar e marcar todas as opções de relações de parentesco que o(a) idoso(a) referir. O</p>	espmo _ paimo _ maemo _ netomo _ sogmo _ filhomo _ irmor _ outmo _ empmo _ oumo _

objetivo dessa questão é verificar a rede de apoio desse idoso.		
16. O(a) senhor(a) costuma ficar sozinho(a) durante o dia (dia e noite)? (0) Nunca ou raramente (1) Sim, cerca de uma hora (2) Sim, um período de tempo – ex: toda manhã, toda tarde (3) Sim, somente durante o dia (4) Sim, somente durante a noite (5) Sim, fica todo tempo sozinho Explorar se durante o dia ou a noite se o(a) idoso(a) permanece sozinho(a), no caso a resposta for SIM, explorar por quanto tempo ele(a) permanece sozinho(a). O objetivo dessa questão é verificar quanto tempo o idoso permanece sozinho, pois este é um fator de risco para quedas.	cost_	
17. O(a) senhor(a) frequentou a escola? (0) Não (pule para a questão nº 19) (1) Sim (9) IGN O objetivo da questão é saber se ele alguma vez na vida frequentou uma escola e não saber quanto tempo esteve na escola ou se aprendeu a ler ou escrever.	freqesc _ _	
18. Quantos anos completos e aprovados de estudo o(a) senhor(a) tem? __ anos aprovados (8) NSA (9) IGN Deverá apenas ser anotado o número de anos completos (com aprovação) de estudos. Caso o entrevistador não forneça este dado de forma direta, use o espaço para anotações para escrever a resposta por extenso, deixando para CALCULAR E CODIFICAR DEPOIS. Você deverá basear seu cálculo, de acordo com a tabela abaixo: CODIFICAÇÃO DOS ANOS COMPLETOS DE ESTUDO Primeiro grau completo ou Ensino Fundamental= 8 anos de estudo Segundo grau completo ou Ensino Médio= 11 anos de estudo Terceiro grau completo (superior completo)= 15 anos de estudo Primário completo= 5 anos de estudo Ginasial completo= 8 anos de estudo Científico completo= 11 anos de estudo Primeiro livro ou Mobral (alfabetização)= 1 ano de estudo Segundo livro= 2 anos de estudo Terceiro livro= 3 anos de estudo Quarto Livro= 4 anos de estudo	anosc __ _	
19. O (a) senhor(a) é aposentado(a)? (0) Não (1) Sim (9) IGN Perguntar se o(a) idoso(a) está aposentado(a), neste caso o que nos interessa é se ele(a) recebe aposentadoria.	após __ _	
20. O (a) senhor(a) trabalha? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo desta questão é saber se o(a) idoso(a) realiza alguma atividade formal ou informal, remunerado ou não.	trab __ _	
21. Qual a sua profissão? _____ (8) NSA O objetivo dessa questão é saber qual trabalho o idosos desenvolve, por isso deve descrever conforme o idosos falar		
22. Qual é a sua renda mensal total? _____ O objetivo desta questão é saber quanto o(a) idoso(a) recebe mensalmente, somando todas as rendas, pois baixa renda é um fator associado a Síndrome da Fragilidade no idoso.		
23. Quantos pessoas dependem da sua renda mensal? (incluindo o(a) senhor(a)) __ __ pessoas dependem Faça a pergunta e registre o número de pessoas que dependem da renda do (a) idoso (a), incluído-o, conforme o exemplo: duas pessoas além do idoso dependem de sua renda, então a resposta é 03.	depraba __	
24. O(a) senhor(a) teve filhos (inclui filhos adotivos)? (0) Não (pule para a questão nº26) (1) Sim (9) IGN Perguntar se o(a) idoso(a) teve filhos, independente de estarem vivos ou não, incluindo os adotivos	filho __ _	
25. Quantos filhos ? __ _ filhos (8) NSA (9) IGN O objetivo desta questão é saber quantos filhos o(a) idoso(a) tem ou teve, descrever conforme exemplo: 04.	filqt __ _	

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	
<p>26. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem açúcar alto no sangue ou diabetes? (0) Não (pule para a questão nº 46) (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem diagnóstico médico de Diabetes. A diabetes é a falta recorrente de insulina, causando a hiperglicemia, elevação da glicose no sangue.</p>	mdiab _
<p>27. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem Pressão Alta? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica.</p>	pres _ _
<p>28. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problema de reumatismo ou nas “juntas”? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem diagnóstico médico de artrite reumatoide, artrose, reumatismo que são doenças ocorridas nas articulações.</p>	reum _ _
<p>29. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem osteoporose? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem diagnóstico médico de osteoporose. Osteoporose é uma doença óssea caracterizada por baixa regeneração e/ou rápida degeneração óssea, gerando ossos pouco densos e frágeis.</p>	oste _ _
<p>30. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problemas de coração? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo desta questão é saber se o(a) idoso(a) apresenta diagnóstico médico de doenças cardiovasculares ou do coração como Angina estável e instável, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Arritmias cardíacas, Endocardites, insuficiência em válvulas cardíacas e aneurismas aórticos.</p>	cor _ _
<p>31. Algum médico disse que o(a) senhor(a) já teve derrame ou isquemia cerebral? (0) Não (pule para a questão nº 46) (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem diagnóstico médico de acidente vascular cerebral (Isquemia cerebral ou derrame cerebral)</p>	davc _ _
<p>32. O (a) senhor(a) ficou com alguma sequela? (0) Não (pule para a questão nº 46) (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) ficou com alguma sequela devido ao AVC/isquemia cerebral. Sequela é uma alteração anatômica ou funcional permanente, sendo causada por uma doença ou um acidente, ou seja, não é congênita.</p>	savc _ _
<p>33. Qual dessas funções ficou afetada pelo AVC: (referida pelo entrevistado) (1) Fala (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (2) Visão (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (3) Apreensão palmar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (4) Caminhar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (5) Compreensão (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Se o(a) idoso(a) respondeu que SIM na questão anterior perguntar agora qual função ficou afetada após o AVC e se manteve afetada. Fala: disfasia, dislalia, afasia. Disfasia é uma perturbação da linguagem, associada a uma lesão cerebral, que consiste na má coordenação das palavras. Dislalia é um distúrbio da fala, caracterizado pela dificuldade em articular as palavras. Afasia é por si só a perda da capacidade e das habilidades de linguagem falada e escrita. Visão: acuidade visual diminuída Apreensão palmar: devido a redução de força nos membros superiores. Caminhar: plegia, parestesia, paresia Plegia – perda total da força muscular, ou seja, paralisia. Compreensão: alteração neurológica. Parestesias são sensações cutâneas subjetivas (ex., frio, calor, formigamento, pressão etc.) que são vivenciadas espontaneamente na ausência de estimulação. Podem ocorrer caso algum nervo sensorial seja afetado, seja por contato ou pelo rompimento das terminações nervosas. Paresia é uma paralisia incompleta ou diminuição da motricidade em uma ou mais partes do corpo</p>	favcf_ favcv_ favcap_ favcca_ favcco_

<p>34. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problema respiratório crônico? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem diagnóstico médico de alguma Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), como: enfisema pulmonar e bronquite crônica. Enfisema pulmonar é uma doença crônica, na qual os tecidos dos pulmões são gradualmente destruídos, tornando-se hiperinsuflados (muito distendidos). Bronquite é uma inflamação dos brônquios, canais que conduzem o ar inalado até os alvéolos pulmonares.</p>	resp_ _
<p>35. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem algum tumor/câncer? (0) Não (pule para a questão nº 69) (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem diagnóstico médico de câncer. [entende-se por câncer um conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células anormais e que tem a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos].</p>	tumor_ _
HÁBITOS ALIMENTARES	
<p>36. Qual é seu peso? _____kg (9) IGN O objetivo da questão é saber o peso do idoso. Se faz tempo que o idoso não se pesa, considerar o peso da última aferição.</p>	pes_ _
<p>37. Qual é a sua altura? _____cm (9) IGN O objetivo da questão é saber a altura do idoso. Considerar a altura da última aferição.</p>	alt_ _
<p>38. Quantas refeições o(a) senhor(a) faz diariamente? (0) 1-2 refeições (1) 3-4 refeições (2) 5-6 refeições (9) IGN Considere as seguintes refeições: -Café da manhã: primeira refeição do dia, desjejum. -Almoço: refeição realizado no período de 11h da manhã e 14h da tarde. -Lanche: refeição que ocorre entre as refeições principais como café da manhã, almoço e janta. -Jantar: refeição realizado nas últimas horas da tarde ou a noite. Ceia: ultima refeição, realizada antes de dormir.</p>	nref_ _
<p>39. O(a) senhor(a) tem o hábito de comer alimentos como cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas) diariamente? (0) Não (pule para a questão nº 105) (1) Sim (9) IGN Nessa questão devem ser considerado todos os carboidratos que são ingeridos. Carboidratos: Os carboidratos também podem ser chamados de glicídios ou açúcares, e eles são a principal fonte de energia para os seres vivos, estando presente em diversos tipos de alimento. Exemplos: Pães, Macarrão e outras massas (lasanha, canelone),Salgadinhos feitos com farinha de trigo (coxinha, pastel, fogazza), Bolos, Pizza, Arroz, Milho, Aveia, Batata , Mandioca, Mandioquinha, Mel, Melado, Aveia, Amido de milho (exemplo: Maizena), Cevada, Cereais matinas a base de milho (exemplo: Sucrilhos), Inhame ,Batata-Baroa, Farinha de Mandioca, Farinha de Milho, Biscoitos.</p>	carb_ _
<p>40. Estes cereais fazem parte de quantas das suas refeições diárias? (0) 1-2 refeições (1) 3-4 refeições (2) 5-6 refeições (8) NSA (9) IGN -Café da manhã: primeira refeição do dia, desjejum. -Almoço: refeição realizado no período de 11h da manhã e 14h da tarde. -Lanche: refeição que ocorre entre as refeições principais como café da manhã, almoço e janta. -Jantar: refeição realizado nas últimas horas da tarde ou a noite. Ceia: ultima refeição, realizada antes de dormir.</p>	cabref_ _
<p>41. Geralmente esses cereais são integrais? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Cereais integrais: são aqueles cereais que não foram refinados. Geralmente apresentam coloração mais escura.</p>	carbint_ _
<p>42. O(a) senhor(a) consome frutas todos os dias? (0) Não (pule para a questão nº 107) (1) Sim (9) IGN Fruta: alimento encontrado na natureza, A fruta (ou o fruto) é um produto comestível obtido a partir de certas plantas cultivadas ou silvestres.</p>	frut_ _
<p>43. Quantas frutas o(a) senhor(a) come diariamente? (0) 1 fruta (1) 2-3 frutas (2) 4 ou mais frutas (8) NSA (9) IGN</p>	nfrut_ _

<p>Considere cada porção cerca de 80 gramas, equivalente a uma fruta grande ou um punhado de frutas.</p>	
<p>44. O(a) senhor(a) consome legumes e verduras todos os dias? (1) Não (pule para a questão nº 109) (1) Sim (9) IGN Verduras e legumes são plantas ou partes de plantas que servem para o consumo humano, como folhas, flores, frutos, caules, tubérculos e raízes. A diferença entre eles está na parte botânica das plantas. Verduras: são as folhas (acelga, alface, agrião, couve, escarola, espinafre, repolho, rúcula, entre outras) e as flores (alcachofra, brócolis e couve-flor). Legumes: são os frutos (abóbora, abobrinha, berinjela, chuchu, pepino, pimentão, tomate, entre outros), os caules (aipo, aspargo e palmito), os tubérculos (batata) e as raízes (beterraba, cenoura, mandioca, nabo e rabanete, entre outras).</p>	verd_
<p>45. Os legumes e verduras fazem parte de quantas refeições diárias? (0) 1 refeição (1) 2-3 refeições (2) mais de 4 refeições (8) NSA (9) IGN -Café da manhã: primeira refeição do dia, desjejum. -Almoço: refeição realizado no período de 11h da manhã e 14h da tarde. -Lanche: refeição que ocorre entre as refeições principais como café da manhã, almoço e janta. -Jantar: refeição realizado nas últimas horas da tarde ou a noite. Ceia: última refeição, realizada antes de dormir.</p>	frutref _
<p>46. Qual a frequência que o(a) senhor(a) consome carne vermelha (gado, porco, ovelha)? (0) Não consumo (1) Diariamente (2) 1-3 vezes por semana (3) quinzenalmente (9) IGN Considerar carnes de origem bovina (boi/vaca), suína (porco), equina (cavalo), caprinos (cabrito), ovino (ovelha/capão) e de aves (galinha/marreco/pato/ganso). Frequência: não consumo: quando carne não faz parte de nenhuma refeição do idoso; diariamente: quando a carne faz parte das refeições todos os dias da semana, nem que seja uma vez ao dia; 1-3 vezes por semana: considerar a semana 7 dias, de segunda a domingo; quinzenalmente: quando o consumo de carne ocorre no intervalo de 15 dias.</p>	freqca _
<p>47. Qual a frequência que o(a) senhor (a) consome carne de aves (frango, marreco, pato, ganso) (0) Não consumo (1) Diariamente (2) 1-3 vezes por semana (3) quinzenalmente (9) IGN Considerar carnes de frango, marreco, pato, ganso. Frequência: não consumo: quando carne não faz parte de nenhuma refeição do idoso; diariamente: quando a carne faz parte das refeições todos os dias da semana, nem que seja uma vez ao dia; 1-3 vezes por semana: considerar a semana 7 dias, de segunda a domingo; quinzenalmente: quando o consumo de carne ocorre no intervalo de 15 dias.</p>	freqa_
<p>48. Qual a frequência que o(a) senhor (a) consome peixes? (0) Não consumo (1) Diariamente (2) 1-3 vezes por semana (3) quinzenalmente (4) Somente algumas vezes no ano (9) IGN Considerar qualquer tipo de peixe. Em relação a frequência está definido: não consumo: quando carne não faz parte de nenhuma refeição do idoso; diariamente: quando a carne faz parte das refeições todos os dias da semana, nem que seja uma vez ao dia; 1-3 vezes por semana: considerar a semana 7 dias, de segunda a domingo; quinzenalmente: quando o consumo de carne ocorre no intervalo de 15 dias; somente algumas vezes no ano: quando o alimento faz parte das refeições em datas comemorativas, como Páscoa, Natal, Aniversário, e outras.</p>	freqp_
<p>49. Você costuma tirar a gordura aparente das carnes (ave, bovina, suína e outras)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	gord _

<p>O objetivo dessa questão é saber se o idoso retira da carne que vai consumir a gordura aparente, como a pele do frango, a capa de gordura da carne bovina e suína.</p>	
<p>50. Como é o preparo das seguintes carnes na maioria das vezes? Carne vermelha (1) frito (2) assado (3) cozido (8)NSA (9)IGN Frango (1) frito (2) assado (3) cozido (8)NSA (9)IGN Peixe (1) frito (2) assado (3) cozido (8)NSA (9)IGN Cozido: técnica em que o alimento é preparado na água ou vapor até adquirir uma consistência macia. Frito / à milanesa: consiste em submergir um alimento natural ou empanado em um banho de óleo a 180° C. A superfície do alimento torna-se dourada rapidamente. Assado: cozinhar o alimento sob a ação do calor seco (assar) em altas temperaturas em formas ou assadeiras, tampados ou destampados.</p>	
<p>51. O (a) senhor(a) consome leite e seus derivados(iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) diariamente? (0) Não (pule para a questão nº 116) (1) Sim (9) IGN Segundo a Instrução Normativa nº51 (18/09/2002) "Entende-se por leite, sem outra especificação, o produto oriundo da ordenha completa e ininterrupta, em condições de higiene, de vacas sadias, bem alimentadas e descansadas. O leite de outros animais deve denominar-se segundo a espécie de que proceda". Derivados do leite: alimentos provenientes do leite, como: iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos.</p>	leit _
<p>52. Que tipo de leite e seus derivados o(a) senhor(a) habitualmente consome? (1) Integral (2) Semi-desnatado (3) Desnatado (4) In natura (8) NSA (9) IGN A quantidade de matéria gorda é o que difere os tipos de leite entre si. Integral: contém um teor de gordura de no mínimo 3%; Semidesnatado: apresenta um nível de gordura de 0,6 a 2,9%; Desnatado: possui, no máximo, 0,5% de gorduras. In natura: leite sem processamento, consumido diretamente após ordenha.</p>	tleite_
<p>53. Pense nos seguintes alimentos: presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça), frituras em geral, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres. O(a) senhor(a) costuma comer qualquer um deles com que frequência? (1) Raramente ou nunca (2) menos de 2 vezes/semana (3) de 2 a 3 vezes/semana (4) de 4 a 5 vezes/semana (5) todos os dias (9) IGN Nessa questão reforce principalmente acerca dos alimentos embutidos, que são alimentos que apresentam conservantes e outros aditivos químicos, como por exemplo: presunto, mortadela, salame, salsichas e linguiças são alguns exemplos clássicos de embutidos. Hoje em dia também encontramos nos supermercados embutidos à base de aves, como frango e peru. Raramente ou nunca: considerar até 1 vez no mês o consumo; Semana: de segunda a sexta (7 dias).</p>	embut _
<p>54. Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces. O(a) senhor(a) costuma comer qualquer um deles com que frequência? (1) Raramente ou nunca (2) menos de 2 vezes/semana (3) de 2 a 3 vezes/semana (4) de 4 a 5 vezes/semana (5) todos os dias (9) IGN Considerar qualquer doce, inclusive os produzidos artesanalmente (em casa), como compotas por exemplo. Raramente ou nunca: considerar até 1 vez no mês o consumo; Semana: de segunda a sexta (7 dias).</p>	doces _
<p>55. Qual é a frequência que o(a) senhor(a) consome alimentos defumados (linguiça, salame, carne)? (1) Raramente ou nunca (2) menos de 2 vezes/semana (3) de 2 a 3 vezes/semana (4) de 4 a 5 vezes/semana (5) todos os dias (9) IGN Defumação: processo de aplicação de fumaça aos produtos alimentícios , produzida pela</p>	def _

<p>combustão completa de algumas madeiras previamente selecionadas. São produtos que após o processo de salga e cura, são submetidos ao processo de defumação para lhes conferir o sabor e o aroma característicos. Raramente ou nunca: considerar até 1 vez no mês o consumo; Semana: de segunda a sexta (7 dias).</p>	
<p>56. Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos? (1) Não utilizo gordura para cozinhar (2) Banha animal ou manteiga (3) Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão, ou margarina. Banha animal: é feita de gordura animal, normalmente de porco. Manteiga: • Segundo a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) é composta por cerca de 80% de gordura sendo o restante água, resíduos de lactose (o açúcar do leite) e de butirina, um tipo de gordura. A gordura vegetal – óleo vegetal: pode ser feita de diferentes tipos de óleos vegetais. Ela é geralmente feita da mesma fonte dos óleos de cozinha, como o óleo de soja ou de semente de algodão. Margarina: É um produto gorduroso em emulsão estável com leite ou seus constituintes ou derivados, e por óleo ou gordura vegetal, destinados à alimentação humana (sendo mais indicada para o uso culinário, no preparo de bolos e massas) possui cheiro e sabor característico.</p>	tgord _
<p>57. O(a) senhor(a) costuma acrescentar sal nos alimentos, quando já servidos em seu prato? (0) Não (1) Sim (9) IGN Sal: substância dura e friável, de um sabor picante, e que, solvendo-se na água, serve habitualmente de tempero. Substância, que resulta da combinação de um ácido com uma base química. Considerar nessa questão o acréscimo de sal após os alimentos estarem prontos para o consumo, situados no prato do sujeito, momentos antes de serem consumidos.</p>	sal _
<p>58. Quantos copos de água o(a) senhor(a) bebe por dia? Considerar um copo de 200ml (1) menos de 4 copos (2) 4-5 copos (3) 6-8 copos (4) 8 copos ou mais (9) IGN Copo americano: copo de vidro utilizado como medida em receitas, para bolos, macarrão instantâneo e medida de sabão em pó, apresenta o volume de 200 ml.</p>	água _
<p>59. O(a) senhor(a) costuma beber refrigerante diariamente? (0) Não (pule para a questão nº 124) (1) Sim (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso consome refrigerante todos os dias. Considerar sim mesmo que a ingestão seja 1 vez ao dia</p>	refr _
<p>60. Que tipo de refrigerante o (a) senhor(a) consome? (0) diet (1) light (8) normal (8) NSA (9) IGN Diet: O termo só pode ser aplicado a alimentos destinados a dietas com restrição de nutrientes, como carboidrato, gordura, proteína ou sódio. Um chocolate diet, por exemplo, não contém açúcar. Já uma bebida diet deve possuir um teor de açúcar menor que 0,5g/100ml - esse limite pode ser maior nos refrigerantes dietéticos em que é adicionado suco de fruta. Light: pode ser utilizado em produtos que tenham baixo ou reduzido valor energético ou valor nutricional. Os alimentos light devem ter no máximo 40kcal/100g em produtos sólidos. No caso de bebidas, a proporção é de até 20kcal/100ml ou a redução mínima de 25% em termos de calorias, em comparação com produtos similares convencionais. O produto ao qual o alimento é comparado deve ser indicado no rótulo. Normal: bebida sem restrição de açúcar e/ou outro componente.</p>	light _
ATIVIDADE LABORAL	
<p>61. O senhor realiza alguma atividade laboral? (1) Sim (1) Não, mas já realizei (2) Nunca realizei (pule para a questão nº 127) (9) (IGN) Considerar atividade laboral qualquer atividade que tenha relação com o meio de trabalho. Trabalho: qualquer força aplicada para o deslocamento.</p>	atlab _ _
<p>62. Pense em uma semana normal (rotina). Qual dessas atividades o senhor (a) realiza ou realizava? Trabalha/trabalhava na lavoura (0) Não (1) Sim</p>	tipati _ _

<p>Trabalha/trabalhava na horta (0) Não (1) Sim Trabalha/trabalhava no cuidado de animais (boi, vaca, ovelha) (0) Não (1) Sim Trabalha/trabalhava na ordenha de vacas (0) Não (1) Sim Trabalha/trabalhava cuidando do pomar (0) Não (1) Sim Outra atividade: _____</p> <p>Nessa questão considerar as atividades que ocorrem no presente ou ocorriam no passado, utilize o seguinte conceito de rotina : Hábito de fazer uma coisa sempre do mesmo modo.” Trabalhar na lavoura: qualquer atividade ou ação e que o sujeito atue sobre a o solo. Trabalhar na horta: qualquer atividade ou ação em que o sujeito atue em um terreno onde são cultivados legumes e hortaliças. Nela também podem plantar-se temperos e ervas medicinais. Trabalhar no cuidado aos animais: qualquer atividade ou ação em que o sujeito atue em contato com os animais, sejam eles de qualquer espécie bovina (boi/vaca), suína (porco), equina (cavalo), caprinos (cabrito), ovino (ovelha/capão) e de aves (galinha/marreco/pato/ganso). Trabalhar na ordenha das vacas: considerar qualquer atividade ou ação em que o sujeito atue sobre as vacas que sejam destinadas a retirada de leite. Ordenhar significa tirar o leite das vacas ou cabras. Considerar outras atividades que esteja ligada ao cuidado de uma leitaria. Leitaria: local anexo a uma vacaria para depósito de leite. Trabalhar no pomar: considerar qualquer atividade ou ação em que o sujeito atue sobre árvores frutíferas. Considerar a colheita de frutas, poda, limpeza e plantação de sementes.</p>	
<p>64 -Pense em um dia normal (rotina). Quantas horas aproximadamente o(a) Sr(a) gasta ou gastava realizando essas atividades? (2) < de 4 horas (3) de 4 a 8 horas (4) mais de 8 horas (8) NSA (9) IGN</p> <p>Nessa questão considerar o total de horas que eram ou são dispensadas para realizar as atividades mencionadas na questão anterior. Peça que o idoso some as horas, considerando uma hora = 60 minutos.</p>	frati_ _
<p>65- O(a) Sr(a) tem o hábito de realizar alguma destas atividades diariamente durante 10 minutos contínuos? Caminhar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Andar de bicicleta (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Varrer casa/quintal (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Dançar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Outra _____</p> <p>Nessa questão serão consideradas outras atividades que não estejam ligadas ao meio de trabalho, sejam elas realizadas por lazer ou não. Para dizer que Sim eu realizo, o idoso deve desenvolver a atividade pelo menos durante 10 minutos contínuos, o que significa não ter interrupção da ação nesse período. Caminhar: percorrer um caminho andando. Andar de bicicleta: bicicleta: veículo de duas rodas, sendo a traseira acionada por um sistema de pedais que movimentam uma corrente transmissora. Considerar qualquer veículo em que o sujeito tenha que movimentar as pernas para acionar o seu movimento. Varrer a casa/quintal: considerar a ação de limpar com vassoura qualquer ambiente, seja ele situado dentro do domicílio ou fora (quintal, jardim, rua, horta, jardim).</p>	cami_ anbi_ varr_ dan_
ÍNDICE DE KATZ	
<p>66- Para tomar banho o(a) senhor(a): (leito, banheiro, chuveiro) (1) não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinha, se este for o modo habitual de tomar banho) (2) recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) (3) recebe ajuda para lavar mais uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.</p>	banh_ _
<p>67- Para vestir-se (pegar roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas e manusear fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) o(a) senhor(a) : (1) pega roupa e veste-se completamente, sem ajuda. (2) pega roupa e veste-se completamente, sem ajuda, exceto amarrar sapatos (3) recebe ajuda para pegar roupa ou vestir-se, parcial ou completamente sem roupas.</p>	vest_ _
<p>68- Para usar o vaso sanitário (ir ao banheiro ou local equivalente para evacuar ou urinar,</p>	vasos_ _

<p>higiene íntima e arrumação das roupas) o(a) senhor(a):</p> <p>(1) vai ao banheiro ou local equivalente limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas, usar comadre ou urinol a noite , esvaziando pela manhã).</p> <p>(2) recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após a evacuação ou micção, ou para usar comadre ou urinol à noite.</p> <p>(3) não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas.</p>	
<p>69- Para se transferir o(a) senhor(a)</p> <p>(1) deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar ajudando objeto para apoio, como bengala ou andador)</p> <p>(2) deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda.</p> <p>(3) não sai da cama</p>	trans_ _
<p>70- Quanto a continência (controle da urina e de evacuação)</p> <p>(1) controla inteiramente micção e evacuação</p> <p>(2) tem acidentes ocasionais</p> <p>(3) necessita de ajuda para manter o controle de micção; usa cateter ou é incontinente.</p>	incont_ _
<p>71- Quanto a alimentação o(a) senhor(a):</p> <p>(1) alimenta-se sem ajuda</p> <p>(2) alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão.</p> <p>(3) Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos.</p>	alim_ _
ESCALA DE LAWTON	
<p>72- Em relação ao uso do telefone o(a) senhor(a) consegue utilizar:</p> <p>(1) não consegue (sempre que necessita telefonar, pede auxílio total de alguém) O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue usar o telefone sozinho(a), desconsidere o telefone celular. Caso o idoso relate não lembrar o número do telefone, pergunte se ele tendo o número com auxílio de uma agenda ou de alguma pessoa lhe informando, ele consegue discar os dígitos e fazer ligações. Nos casos em que não exista telefone no domicílio, pergunte se o(a) idoso(a) consegue fazer uma ligação de um telefone de algum vizinho ou parente ou mesmo de um telefone público (“orelhão”).</p> <p>(2) com ajuda parcial (quando alguém o auxilia, ditando os números por exemplo)</p> <p>(3) sem ajuda</p>	usotel_ _
<p>73- O(a) senhor(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?</p> <p>(1) não consegue (só vai a outros locais sendo levado por outra pessoa, necessita de transporte previamente agendado) O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue utilizar sozinho(a) algum meio de transporte para o seu deslocamento e se consegue se deslocar de modo independente usando algum desses meios de transportes. (2) com ajuda parcial (acompanhado de alguém que o auxilia a deslocar-se)</p> <p>(3) sem ajuda (vai e volta sozinho)</p>	locdis_ _
<p>74- O(a) senhor(a) consegue fazer compras?</p> <p>não consegue (marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) forma completamente incapaz de sair para fazer compras)</p> <p>(2) O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue fazer compras sozinho(a), dialogar, escolher , fazer o pagamento dos produtos , em locais como vendas,supermercados, lojas de roupas, etc. Não nos interessa saber se ele não consegue carregar sacolas, por exemplo.</p> <p>(2) com ajuda parcial (no caso do(a) idoso(a) relatar precisar da companhia de alguém para fazer compras.)</p> <p>(3) sem ajuda Se o(a) idoso(a) conseguia fazer compras de forma autônoma)</p>	fazcom_ _
<p>75- O(a) senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições?</p> <p>(1) não consegue</p> <p>O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue fazer sozinho(a) sua própria comida. Caso ele(a) relate que possui empregada, diarista, faxineira ou outra pessoa que faça o serviço por ele(a), repita a pergunta da seguinte forma. “Pense em um dia de feriado ou no final de semana. Se for necessário, conseguia preparar sua própria comida sozinho?”</p> <p>(2) com ajuda parcial (necessita de ajuda de alguém)</p> <p>(3) sem ajuda</p>	prepref_ _
<p>76- O(a) senhor(a) consegue arrumar a casa?</p> <p>(1) não consegue</p>	arrum_ _

<p>O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue arrumar sozinho(a) sua casa, apartamento ou local onde vive. Caso ele(a) relate que possui empregada, diarista, faxineira ou outra pessoa que faça o serviço por ele(a), repita a pergunta da seguinte forma. “Pense em um dia de feriado ou no final de semana. Se for necessário, consegue arrumar a casa sozinho?” Considere arrumar a casa a organização dos ambientes, a limpeza (superficial), como por exemplo tirar o pó, esticar a cama, lavar louça...)</p> <p>(2) com ajuda parcial (3) sem ajuda</p>	
<p>77- O (a) senhor(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos? (1) não consegue</p> <p>O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue lidar com pequenos objetos. Considere o uso de chaves por exemplo, nessa questão pense em situações que exigem que o idoso utilize a sua coordenação motora fina. Coordenação motora fina: Nossa capacidade motora fina nos permite usar os pequenos músculos do nosso corpo. Escrever, coordenar os movimentos das mãos e dos olhos, criar peças de arte, mover olhos e lábios são exemplos de habilidade motora fina. Pegar uma pequena folha do chão com os dedos também é um uso dela. O mesmo acontece com a montagem de um quebra-cabeça ou quando alguém brinca com tijolinhos de construção — o que envolve também a nossa capacidade motora visual. Qualquer coisa que fazemos coordenando olhos e mãos estão ligadas com essa capacidade motora fina, como usar um lápis, inclusive para desenhar.</p> <p>(2) com ajuda parcial (3) sem ajuda</p>	trabm_ _
<p>78- O(a) senhor(a) consegue lavar e passar sua roupa? (1) não consegue</p> <p>O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue lavar e passar sozinho(a) suas roupas. Caso ele(a) relate que possui empregada, diarista, faxineira ou outra pessoa que faça o serviço por ele(a), repita a pergunta da seguinte forma. “Pense em um dia de feriado ou no final de semana. Se for necessário, consegue arrumar a casa sozinho?” Considere lavar roupas o ato de higienizar manualmente ou não (uso de máquinas de lavar roupas) suas roupas ou de outras pessoas. AS duas ações devem estar associadas, caso o idoso não consiga realizar uma delas, como por exemplo, consegue lavar, mas não passar, considere a opção com ajuda parcial.</p> <p>(2) com ajuda parcial (3) sem ajuda</p>	lavpas_ _
<p>79- O(a) senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos? (1) não consegue</p> <p>O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue tomar os remédios na dose e nos horários certos. Caso ele(a) relate que não toma remédios, repita a pergunta da seguinte forma. “Se for necessário, o(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários certos?”</p> <p>(2) com ajuda parcial (alguém o auxilie, porém caso necessite ingerir sozinho, te condições) (3) sem ajuda</p>	remed_ _
<p>80- O(a) senhor(a) consegue cuidar de suas finanças? (1) não consegue</p> <p>O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue cuidar do seu dinheiro sozinho(a). Considere o termo finanças o estudo da circulação do dinheiro entre os particulares, as empresas ou os vários Estados. Em outros termos, as finanças tratam da gestão do dinheiro.</p> <p>(2) com ajuda parcial (marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) precisa de ajuda de alguém para cuidar do seu dinheiro, como ir ao banco, fazer depósitos ou verificar o extrato do banco). (3) sem ajuda</p>	finan_ _
<p>Horário de término da entrevista: __ : __ h</p>	
<p>AGRADEÇO A COLABORAÇÃO</p>	

Anexos

Anexo A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

De: Patrícia Mirapalheta Pereira (Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da UFPel) e Celmira Lange (Orientadora Profª. Drª. da UFPel)

Para: Ana Lúcia Costa (superintendência de ações em saúde)

Vimos, por meio desta, solicitar a Vossa Senhoria a permissão para ter acesso à ficha de cadastro dos idosos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona rural de Pelotas. O acesso as fichas de cadastro será o primeiro passo para coleta de dado, por meio delas iremos localizar os idosos da zona rural de Pelotas e convidá-los a participarem da pesquisa intitulada: **Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade na população idosa.**

A pesquisa tem por objetivo: Analisar a Síndrome da Fragilidade em idosos residentes na comunidade rural de Pelotas, visando à prevalência e os fatores associados.

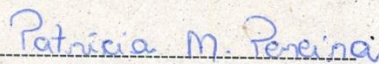
Informamos que serão utilizados das fichas de cadastro, somente o nome, idade, telefone, endereço dos idosos. Estes e os dados coletados junto aos sujeitos serão utilizados, exclusivamente, para produção científica, que resultará em um trabalho de tese para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação da Profª. Drª. Celmira Lange.

A pesquisa será realizada somente depois de autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e os sujeitos só participarão da mesma após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº. 466/12 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

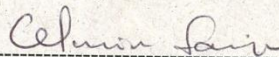
Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Desde já agradecemos pela atenção.

Atenciosamente,



Patrícia Mirapalheta Pereira
Doutoranda PPGEnf UFPel



Celmira Lange
Orientadora. Dr.ProfªPPGEnf-UFPel

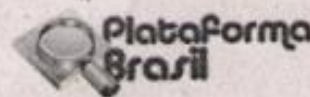
De acordo


Ana Costa
Superintendência de
Ações em Saúde
FMS PELOTAS

Ana Lúcia Costa
(superintendência de ações em saúde)

Anexo B

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade na população idosa

Pesquisador: Patrícia Mirapalheta Pereira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 29256214.1.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 649.802

Data da Relatoria: 19/05/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto de tese intitulado Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade na população idosa tem como objetivo geral analisar a Síndrome da Fragilidade em idosos residentes na comunidade rural de Pelotas, visando à prevalência e os fatores associados e objetivos específicos descrever o perfil dos idosos segundo características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e morbidades; verificar a prevalência da síndrome da fragilidade dos idosos; listar os fatores associados à síndrome da fragilidade dos idosos; conhecer a prevalência de cada variável que compõe a síndrome da fragilidade; analisar os fatores associados a quedas em idosos residentes na comunidade rural de Pelotas; identificar o nível de capacidade funcional nos idosos residentes na comunidade rural de Pelotas relacionando com as variáveis e sociodemográficas e econômicas; analisar os fatores socioeconômicos e demográficos associados às doenças crônicas não transmissíveis nos idosos residentes na comunidade rural de Pelotas; analisar o perfil dos idosos com câncer residentes na comunidade rural de Pelotas. O marco teórico conceitual demonstra a síndrome da fragilidade em idosos e os fatores associados ao longo de sua vida e segue a linha de pensamento de Fried, et.al (2001) e Nunes (2011). A metodologia caracteriza-se por um estudo de abordagem quantitativa, o delineamento proposto é um estudo de corte transversal, analítico, de base populacional com 823 idosos de 60 anos ou mais residentes na

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 649.802

comunidade rural de Pelotas. Serão excluídos os indivíduos que, no momento da entrevista estiverem viajando, privados de liberdade por decisão judicial, residindo em Instituições de Longa Permanência ou hospitalizados. A variável dependente será a presença da síndrome da fragilidade e as variáveis independentes os fatores sócioeconômicos e demográficos, fatores comportamentais, morbidades, quedas, auto-percepção de saúde e capacidade funcional. Será respeitado os aspectos éticos, sendo que, primeiramente, o projeto será cadastrado na plataforma Brasil, a qual o encaminhará ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para a análise, sendo que, a coleta de dados somente iniciará após a aprovação do projeto pelo CEP. Seguindo os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/2012 será apresentado aos idosos os objetivos do estudo, na concordância em participar, será entregue

o Termo Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, o qual será assinado pelo idoso e na impossibilidade deste será assinado pelo respondente do idoso, assim como, assinado pela doutoranda e pesquisadora do estudo. Quanto a logística será realizado uma capacitação dos entrevistadores pela doutoranda e orientadora, as quais abordarão os passos a serem realizados durante a entrevista aos idosos, assim como sanarão dúvidas em relação ao instrumento de pesquisa e abordagem ao sujeito. E após a capacitação será feito um teste piloto com oito idosos da comunidade (um idosos para cada coletador) que não farão parte da amostra para coleta de dados, a fim de análise final do instrumento e avaliação do desempenho de cada entrevistador, sendo que estes dados não farão parte do estudo. A coleta de dados está prevista para os meses maio, junho e julho de 2014. O instrumento de coleta de dados consta dados sócioeconômico demográficos, dados clínicos e de comportamento, auto percepção de saúde, estado mental, fenótipo da fragilidade, capacidade funcional, sintomatologia depressiva, atividade física, qualidade de vida e quedas. Para a análise dos dados será utilizado o teste de qui-quadrado de heterogeneidade de Pearson, a regressão de Poisson, o teste de Wald de heterogeneidade o de tendência segundo o tipo de variável analisada. Os resultados desta pesquisa serão divulgados na apresentação da tese de doutorado, em eventos científico, em artigos científicos. Além de, serem apresentados aos gestores de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a Síndrome da Fragilidade em idosos residentes na comunidade rural de Pelotas, visando à prevalência e os fatores associados.

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-810

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfo@ufpel.edu.br

Continuação do Parecer: 049/202

Objetivos Secundários:

Descrever o perfil dos idosos segundo características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e morbidades;

Verificar a prevalência da síndrome da fragilidade dos idosos;

Listar os fatores associados à síndrome da fragilidade dos idosos;

Conhecer a prevalência de cada variável que compõe a síndrome da fragilidade;

Analisar os fatores associados a quedas em idosos residentes na comunidade rural de Pelotas;

Identificar o nível de capacidade funcional nos idosos residentes na comunidade urbana de Pelotas relacionando com as variáveis sociodemográficas e econômicas;

Analisar os fatores socioeconômicos e demográficos associados às doenças crônicas não transmissíveis nos idosos residentes na comunidade rural de Pelotas;

Analisar o perfil dos idosos com câncer residentes na comunidade rural de Pelotas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A proposta do estudo envolve exclusivamente a realização de entrevistas com questões fechadas, não está incluído nenhum tipo de coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. O projeto não apresenta riscos físicos aos sujeitos do estudo, porém se alguma questão causar constrangimento no momento da coleta de dados, ele poderá negar-se a respondê-la, pois sua participação é livre e voluntária. O benefício de sua participação na pesquisa será sua contribuição para o conhecimento sobre a síndrome da fragilidade no idoso (SFI) e a construção de estratégias de prevenção e ações de saúde que atendam as reais necessidades do idoso fragilizado por essa síndrome.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa proposto é de grande relevância, pois abordará a prevalência e os fatores associados a Síndrome da Fragilidade em Idosos na comunidade rural de Pelotas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adoquados.

Recomendações:

Nenhuma.

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

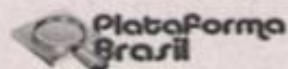
Telefone: (51)3221-1522

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

E-mail: cajrio@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 649.802

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Situação do Parecer:

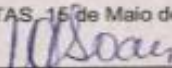
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 15 de Maio de 2014


Assinado por:

Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

CEP: 98.010-610

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cep/ce@ufpel.edu.br

II Relatório do trabalho de campo

RELATÓRIO LOGÍSTICO DA PESQUISA:

Capacidade funcional dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Pelotas/RS

O projeto Capacidade Funcional dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Pelotas/RS é parte da pesquisa intitulada Síndrome da Fragilidade em Idosos na zona rural de Pelotas, a qual tinha como objetivo geral a avaliação integral da saúde do idoso residente na zona rural. A pesquisa foi coordenada pela Professora Doutora Celmira Lange e suas alunas de pós-graduação da Faculdade de Enfermagem.

Este relatório refere-se à pesquisa que teve como objetivo descrever a prevalência de capacidade funcional dos idosos da zona rural para as atividades da vida diária. Para tal o estudo valeu-se de dois instrumentos amplamente utilizados em gerontologia, o Índice de Katz e a Escala de Lawton.

Com o intuito de organizar as informações que deveriam ser coletadas, procedeu-se à construção de um instrumento de coleta de dados. Esse processo representou uma etapa complexa que exigiu atenção e envolvimento de todos os membros da equipe de pesquisa. Pois, construir um instrumento com diferentes desfechos exige uma paciência para negociar não negligenciando nenhum dos interesses envolvidos. Porém, não pode-se também construir um instrumento muito extenso, pois a população alvo eram idosos, um instrumento muito extenso dificultaria a manutenção da atenção durante sua aplicação.

Dentre os blocos existentes no questionário desenvolvido haviam: perfil, história prévia ginecológica das idosas, doenças crônicas não transmissíveis incluindo o câncer, uso de agrotóxicos, hábitos alimentares, atividade laboral, escalas de atividades da vida diária, síndrome da fragilidade e quedas. Na presente pesquisa foram utilizados as variáveis dos blocos do perfil, DCNT e as escalas de avaliação das atividades da vida diária.

O questionário foi revisado inúmeras vezes, e concomitante foi desenvolvido o Manual, o qual teve como principal objetivo padronizar os significados e objetivos de cada informação contida no instrumento, de forma que desse suporte para o esclarecer, caso surgissem dúvidas entre os entrevistadores.

Após a concretização do instrumento de coleta foi solicitada a liberação da Secretaria para a realização da pesquisa nas UBS da zona rural, o que foi concedido. O Comitê de Ética em Pesquisa deu parecer positivo frente a avaliação do projeto e da documentação solicitada, sob o parecer 649.802/2014, que encontra-se em anexo.

Desse modo, o próximo passo foi o recrutamento e capacitação dos alunos entrevistadores. Por se tratar de uma pesquisa sem financiamento, o maior desafio foi captar alunos interessados em trabalhar sem receber remuneração financeira na etapa de coletas. Além da questão financeira, outro desafio quando se trabalha com graduandos é conciliar o cronograma de aulas com os horários disponíveis de ida ao campo. Por se tratar de uma pesquisa realizada na zona rural, a mesma exigia a disponibilidade de um dia inteiro, pois era inviável coletar apenas meio turno, em virtude da distância.

A capacitação dos entrevistadores ocorreu durante uma semana na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Para tanto, foram utilizados recursos áudio visuais para exposição do instrumento de pesquisa. Como forma de organização do trabalho, cada discente de pós graduação ficou responsável pela apresentação e explicação das questões referentes aos seus objetivos de pesquisa. Na capacitação foi desenvolvido o seguinte cronograma de atividades: dia 1, apresentação do grupo e do projeto de pesquisa, após roda de conversa sobre o interesse de cada aluno em participar da pesquisa; dia 2 e dia 3 leitura minuciosa do questionário, questão por questão, abrindo espaço para questionamentos, dia 4 e dia 5 aplicação do teste piloto.

Na etapa de capacitação participaram dez discentes de graduação de enfermagem, os quais receberam um questionário e um manual dois dias antes do treinamento, de forma que pudessem realizar a leitura previamente e estivessem familiarizados com o conteúdo.

Foi realizada leitura pausada de cada item dos questionários, sendo realizada pausa para breve explicação. Para os casos em que os discentes de graduação apresentassem alguma dúvida, era aberto à discussão possibilitando, assim maiores esclarecimentos.

Dos dez alunos que participaram da capacitação, apenas cinco optaram por participar da pesquisa, os demais, devido, principalmente as questões de incompatibilidade de horário acabaram por não participar.

Após a definição dos entrevistadores, o teste piloto foi realizado no Sindicato Rural de Pelotas, situado na Rua Marechal Deodoro nº765 O local foi escolhido, pois o público que frequenta são moradores da zona rural, população alvo do estudo.

Outro ponto considerado para escolha do Sindicato, como local para a realização do teste piloto foi o fato de poder ter a acesso à esta população sem a necessidade de deslocamento que gerasse custos. Cada entrevistador aplicou o questionário em um idoso, totalizando 10 entrevistas, (5 discentes de graduação, e 5 discentes de pós graduação).

O teste piloto ocorreu em quatro turnos durante dois dias. Cada uma das discentes de pós graduação supervisionou um discente de graduação para auxiliar nas dúvidas que por ventura surgissem. O teste piloto foi de suma importância, pois nesse momento foi possível identificar que algumas questões eram de difícil compreensão por parte dos entrevistados, e outras causavam ambiguidades por parte dos entrevistadores no momento da aplicação do questionário. Assim, após análise e discussão no grande grupo uma questão foi excluída e outra reformulada.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado no programa Epi Info 6.05d[®], utilizando os seguintes parâmetros e estimativas: população idosa cadastrada nas ESF da área Rural de Pelotas, 2.920 indivíduos , em acordo

com os dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde do município, nível de confiança de 95%; prevalência estimada do desfecho, capacidade funcional, encontrada na literatura de 60% de acordo com o estudo de del Duca, Silva e Hallal (2009) e erro aceitável de 3 pontos percentuais. Em acordo com esses parâmetros a base de cálculo inicial, foi de 758 idosos. Somando 10% relativos a possíveis perdas e recusas, obteve-se o total de 834 idosos. Ressalta-se que o estudo utilizado como referência para o desfecho, trata-se de um estudo realizado na área urbana do município de Pelotas que utilizou o índice de Katz e a escalada Lawton em sua metodologia (del DUCA et al, 2009). A opção por utilizar apenas as unidades de saúde que trabalhavam sob a vigência da Estratégia de Saúde da Família (ESF), deu-se pela forma como são organizados os cadastros dos grupos prioritários, o que facilitaria o acesso aos idosos. A ESF prevê o cadastro de todas as famílias e o acompanhamento das mesmas pelas Agentes Comunitárias de Saúde.

Devido a pesquisa ser realizada na zona rural, região em que os domicílios são distantes uns dos outros, o que dificulta o deslocamento, optou-se por sortear os idosos por meio dos prontuários nas unidades de saúde. Caso no prontuário sorteado estivesse descrito mais de um idoso, todos os idosos constantes no prontuário eram entrevistados.

Assim, após o conhecimento do número de idosos cadastrados em cada UBS foi realizado um cálculo proporcional distribuído entre as 10 unidades de saúde, gerando a quantidade exata necessária de idosos a serem entrevistados em cada uma.

Tabela 1: Cálculo do número de idosos necessários a serem entrevistados em cada UBS

UBS- ESF	Nº TOTAL DE IDOSOS	%REPRESENTA	Nº DE IDOSOS QUE SERÃO ENTREVISTADOS
Vila Nova	388	13.3%	111
Grupelli	330	11.3%	94
Monte Bonito	182	6.2%	52
Cordeiro de Farias	285	9.8%	82

Osório	256	8.8%	73
Corrientes	252	8.6%	72
Pedreiras	281	9.6%	80
Maciel	275	9.4%	78
Triunfo	245	8.4%	70
Cerrito Alegre	426	14.6%	122
TOTAL	2920	100%	834

No mês de junho de 2014, após a compilação de todos esses documentos e a realização de todas as etapas necessárias para o início da pesquisa científica, as mestrandas e doutorandos iniciaram as visitas às unidades de saúde. As dez unidades foram visitadas, sendo apresentada carta de liberação da Secretaria de Saúde para realização da pesquisa e o projeto devidamente construído à todos os membros das equipes de saúde. O contato inicial sempre se deu com os enfermeiros e em seguida estendeu-se aos demais profissionais. A figura 1 a seguir mostra o mapa de localização das UBS da zona rural de Pelotas, que fizeram parte da pesquisa.



Figura 1: Localização das Unidades de Saúde com ESF, na zona rural de Pelotas, RS. 2014 . Fonte: Google *maps* adaptado por Pinto, 2014.

Nas visitas realizadas no mês de junho, além da apresentação e solicitação de auxílio dos profissionais, as discentes de pós graduação também avaliaram as condições estruturais da unidade para abrigar os entrevistadores, observa-se a existência de um ambiente para posterior realização de aquecimento das refeições, e em caso negativo se havia restaurante próximo, para as demandas que surgiria nas próximas semanas. A organização do serviço de saúde também era questionada, o horário de funcionamento da UBS, os dias favoráveis para os ACS acompanharem os entrevistadores nas visitas, assim como , os entrevistadores participarem dos dias de grupos de educação em saúde da UBS.

A pesquisa foi divulgada na rádio comunitária da Colônia Maciel (Figura 1), nesse momento foram divulgados os objetivos da pesquisa e feito o chamado à população para que a comunidade participasse divulgando aos idosos.

No dia 9 de julho de 2014, a pesquisa de campo iniciou na UBS Vila Nova, devido ao fato da enfermeira ter sido a primeira a disponibilizar as listagens para o sorteio dos idosos. A escolha das UBS's seguintes ocorreu em virtude da aproximação geográfica entre as mesmas , sendo estabelecida seguinte ordem para coleta de dados: Vila Nova, Cordeiro de Farias, Monte Bonito, Pedreiras, Grupelli, Osório, Triunfo, Maciel, Corrientes e Cerrito Alegre.

Assim, tendo a lista dos potenciais participantes à disposição, os números dos prontuários em que havia pessoas com 60 anos ou mais foram organizados e sorteados de forma aleatória. Cada prontuário foi sendo inspecionado, e caso fosse identificado dois idosos em um mesmo prontuário os dois eram selecionados para a pesquisa. E assim sucessivamente até que o número total necessário fosse alcançado.

Os nomes dos idosos sorteados eram relacionados conforme a localização das residências dentro das micro aéreas das ACS. Esses, quando disponíveis auxiliavam os entrevistadores na escolha da melhor rota a ser traçada durante as coletas. Em algumas situações esse tipo de ajuda não foi possível, assim as próprias pós graduandas e/ou a professora

supervisora traçavam as rotas e buscavam os idosos com a ajuda dos moradores locais. A equipe não contava com um GPS, sendo o roteiro de coleta organizado de forma manual, atribuindo pontos de referências.

Caso o idoso não estivesse em seu domicílio no momento em que os entrevistadores o visitassem, os mesmos retornavam por mais duas vezes se necessário, caso não o encontrasse na terceira tentativa, o idoso era contabilizado como perda para a pesquisa.

O tempo dispensado em cada entrevista inicialmente foi de uma hora e vinte minutos, com o transcorrer dos dias em atividades no campo o tempo foi reduzido, visto que os entrevistadores foram adquirindo domínio em relação ao instrumento de coleta de dados.

A rotina estabelecida para ida ao campo foi com horário de saída 7:30 horas e retorno por volta das 19 horas de um ponto de referência estabelecido. Na maioria dos dias apenas um automóvel saía do local estabelecido com número mínimo de dois e no máximo cinco entrevistadores, porém foi possível algumas vezes partir com em dois carros, o que agilizou a coleta dos dados. Quando esse tipo de situação ocorria, sempre em cada carro estava uma das mestrandas e/ou doutorandas supervisionando os graduandos. A coleta de dados foi realizada pelos cinco alunos de graduação, três mestrandas, duas doutorandas e pela orientadora.

Quando era realizada a troca de UBS, a equipe da UBS seguinte era comunicada com uma semana de antecedência, para que a mesma pudesse se organizar para receber os entrevistadores. Durante os dias de coleta, as pós-graduandas/pesquisadoras confirmavam pessoalmente ou por meio do telefone a ida ao campo do dia seguinte. Esse contato garantia a organização do serviço, pois muitas vezes não foi permitida a ida ao campo devido ao clima, como chuva e estrada com muito barro. Apesar dos meses utilizados para a coleta serem meses que apresentam maior quantidade de chuvas e temperaturas mais baixas, ainda assim aconselha-se que eles sejam escolhidos, pois os meses seguintes apresentam temperaturas mais elevadas o que acabaria por sobrecarregar ainda mais os coletadores.

Como foi descrito anteriormente a pesquisa ocorreu sem o financiamento de um órgão de fomento, assim todas as despesas com gasolina, alimentação, material para coleta de dados, passagens dos alunos, entre outras despesas foram custeadas pela professora, mestrandas e doutorandas. Vislumbrando a economia e por não ter-se, muitas vezes, recursos no campo de pesquisa, levava-se lanches e alimentos e nos horários correspondentes era feito o lanche na UBS ou embaixo de árvores.

Durante a coleta de dados teve-se um apoio importante, em especial dos Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiros, assistentes sociais, secretaria da Unidade e demais membros da equipe que compõe ESF, e da população em geral. Ainda destaca-se a ajuda dos próprios idosos para encontrar as residências mais distantes e auxiliar a equipe nos momentos em que ocorreram problemas mecânicos nos meios de transporte.

Um desafio superado foi a desconfiança dos idosos, sabe-se que nos dias de hoje não é raro situações em que os idosos são ludibriados para em seguida serem assaltados, assim as entrevistadoras precisavam, muitas vezes, explicar, aos idosos, minuciosamente os objetivos do estudo de forma que os mesmos pudessem sentir confiança acerca da sua participação na pesquisa. Em alguns momentos as questões econômicas geraram desconforto e constrangimento. Outro ponto desafiador foi encontrar essas pessoas em casa, muitos dos idosos mantem o trabalho na lavoura, e assim os entrevistadores foram obrigados a adentrar esse universo para adquirir os dados almejados. Em alguns momentos as entrevistas ocorreram no meio da lavoura, na rua ou em pé na frente da residência.

O idioma também surgiu como ponto desafiador, já que como o esperado, foram encontrados muitos idosos que falavam muito mais o alemão e/ou pomerano do que português. Para contornar tal situação contava-se com a ajuda dos familiares mais jovens ou com os conhecimentos da professora supervisora, que é de origem alemã e fluente na língua. Assim, sugere-se que a equipe tenha alguém que saiba falar o idioma da população pesquisada, ou tenha o contato de alguém ao qual possam recorrer quando necessário.

O período de coleta estendeu-se por quatro meses ininterruptos, mesmo com muitas dificuldades de clima chuvoso, transporte e a disponibilidades de tempo dos entrevistadores voluntários, os quais foram fundamentais para concretização desta coleta, as entrevistas não pararam até o dia 31 de outubro de 2014. No mês de julho foram 10 dias de trabalho, sendo que em alguns dias não foi possível coletar devido às condições do tempo. No mês de agosto foram 17 dias de coleta, em setembro 14 dias e em outubro oito dias. No mês de agosto tiveram alguns sábados em que foi coletado, devido à disponibilidade dos idosos. Foram sorteados 834 idosos, e destes, nove recusaram e cinco não foram encontrados, sendo efetivamente 820 entrevistados.

Tabela 2: Número absoluto de recusas e perdas ocorridas nas Unidades de Saúde selecionadas para o estudo da Capacidade Funcional dos Idosos residentes na zona rural.

UBS	RECUSAS	PERDAS
Vila nova	2	-
Monte Bonito	1	-
Pedreiras	1	1
Corrientes	1	
Cerrito Alegre	3	4
Maciel	1	
Grupelli	-	-
Cordeiro de Farias	-	-
Osório	-	-
Triunfo	-	-
TOTAL	9	5

Cada pós-graduando participante da pesquisa ficou responsável por alguma atividade, por exemplo: a impressão dos questionários, a gestão dos recursos e gastos (finanças), a codificação e checagem dos questionários foram atividades distribuídas entre as mestrandas. Já a distribuição e numeração dos instrumentos, contato prévio com as equipes da UBS e organização dos dias, carro utilizado e entrevistadores para os dias de coleta foram atividades organizadas pelas doutorandas. Foi criado um “grupo” em uma rede social, meio de comunicação utilizado para contato diário entre os membros da equipe de coleta.

Após a coleta de dados foi realizada a re-entrevista em 3% dos idosos entrevistados, como uma forma de contribuir para o controle de qualidade dos dados. Na re-entrevista surgiram alguns obstáculos, como: dificuldade do idoso entender e comunicar-se por meio do celular, devido a problemas de audição e/ou à questão do idioma e falta de sinal de algumas operadoras. Assim, não se aconselha que esse tipo de recurso seja utilizado para o controle de qualidade, porém devido as circunstâncias a equipe não teve outra alternativa.

O banco de dados já havia sido criado previamente com o auxílio de uma profissional com conhecimento na área de estatística. O banco foi construído no Epiinfo 6.0. Os dados foram duplamente digitados dentro de um período de um mês e meio, após foi realizado cruzamento dos bancos e a validação dos dados.

Após, ao *validate* foi realizada a análise dos dados. As variáveis referentes ao perfil sociodemográfico e econômico foram analisadas de forma descritiva, para aquelas categóricas foram analisadas as médias, para as variáveis contínuas o desvio padrão. Para avaliar as associações, utilizou-se o teste de qui quadrado ou o teste exato de Fischer para exposição e desfecho categóricos. Para as exposições contínuas, que não apresentaram distribuição paramétrica, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis

Nesse sentido, o presente relatório teve como objetivo nortear pesquisadores que objetivem futuramente pesquisar na zona rural, visto que descreveu todas as etapas executadas, desde a concepção até a aplicação dos questionários no campo. Destacando as potencialidades e possíveis dificuldades que podem surgir ao longo do desenvolvimento de uma pesquisa.

III Artigo de sustentação da dissertação

**CAPACIDADE FUNCIONAL PARA ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DE IDOSOS
CADASTRADOS EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA RURAL**

RESUMO: O presente artigo objetivou descrever o perfil e a capacidade funcional segundo características sociodemográficas e doenças crônicas não transmissíveis dos idosos, residentes na zona rural de Pelotas. Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal, analítico, em uma amostra representativa dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família na zona rural de Pelotas. A pesquisa encontrou uma amostra predominantemente composta por mulheres, na faixa etária de 60-69 anos, que se autodenominaram brancos e viviam com seus companheiros. Em relação à capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária; 81.8% (670) idosos referiram não necessitar de ajuda para nenhuma das seis atividades avaliadas pela escala de Katz. Dos 18.2% (149) idosos que referiram necessitar de ajuda ou serem incapaz para realizar pelo menos uma das atividades avaliadas; 14.51% (119) relataram necessitar de ajuda ou serem incapazes de terem continência urinária ou fecal. Em relação à capacidade funcional para as atividades instrumentais da vida diária 54.6% (448) idosos foram classificados como totalmente independentes. As variáveis sexo, idade e problemas cardíacos apresentaram associação significativa com as ABVD. Já as AIVD apresentaram associação com idade, anos de escolaridade, renda e osteoporose. O presente estudo conclui que os idosos, na sua maioria, eram funcionalmente capazes para as AVD, tanto básicas quanto as instrumentais.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde, Saúde do Idoso; População Rural; Saúde da Família.

DESCRIPTORS: Primary Health Care, Health of the Elderly, Rural Population, Family Health.

DESCRIPTORES: Atención Primaria de Salud, Salud del Anciano, Población Rural, Salud de la Familia

INTRODUÇÃO

O Brasil está se tornando um país de população majoritariamente idosa, espera-se que o número de idosos em 2020 seja de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas, representando 14% da população brasileira e isto faz com que o país transforme-se no sexto com o maior número de idosos no mundo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o grupo de idosos de 60 anos ou mais será maior que o grupo de crianças com até 14 anos em 2060, a população nessa faixa etária deverá ser de 58,4 milhões (26,7% do total) no mesmo ano.¹

Em virtude do crescimento exponencial do contingente de idosos no país, a preocupação em relação à capacidade funcional tem aumentado em diversos setores.² A capacidade funcional é definida como a habilidade para realizar atividades que possibilitam à pessoa cuidar de si mesmo e viver de forma independente. Sua mensuração tem sido foco no exame do idoso e em um indicador de saúde mais amplo que a morbidade, pois se correlaciona com a qualidade de vida.³ A avaliação da capacidade funcional tornou-se, assim, indispensável para a escolha da intervenção mais adequada e monitorização da situação clínica funcional dos idosos.⁴

A capacidade funcional pode ser avaliada sob dois aspectos: os relacionados às atividades básicas da vida diária (ABVD) e às atividades instrumentais da vida diária (AIVD), as ABVD são aquelas ligadas ao auto cuidado, tais como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se, ser continente⁵. Já as AIVD são aquelas relacionadas às ações mais complexas, como a participação social que abrange o ato de fazer compras, usar o telefone, dirigir e usar meios de transporte coletivo⁶.

Os fatores identificados como responsáveis, diretamente, pela perda da capacidade funcional dos idosos são os fatores individuais, como os demográficos, socioeconômicos e as condições de saúde.⁷

Um estudo realizado no sul do Brasil comparou o grau de dependência para as atividades da vida diária (AVD) de idosos com 80 anos ou mais em três regiões distintas, identificando a maior independência para as AVD entre os idosos da região rural⁸. Outro estudo também realizado no sul do Brasil

verificou as condições de saúde de pessoas idosas, residentes em uma comunidade rural, e observou que a dependência leve ocorreu em uma parcela significativa da população, ou seja, em 52,9%, sinalizando que os idosos daquela comunidade encontravam-se em um estado inicial de declínio funcional. Os graus de dependência mais severos foram encontrados apenas entre as mulheres, e elas apresentaram maior prejuízo na realização das AVD quando comparadas aos homens⁹.

Um estudo realizado na área rural do estado de Minas Gerais, Brasil, descreveu a qualidade de vida e a capacidade funcional dos idosos segundo os dados socioeconômicos e demográficos e obteve que 99,8% dos idosos eram independentes para as ABVD. O estudo demonstrou, ainda, a associação entre baixa escolaridade, idade mais avançada e maior número de morbidades com a incapacidade para as AIVD.¹⁰

Desse modo, considerando-se que o estado do Rio Grande do Sul (RS) apresenta 13,65% de sua população com 60 anos ou mais de idade e está na quarta posição em número absoluto de idosos no país; por ser o município de Pelotas, RS, aquele que apresenta uma prevalência de 15,8% de idosos na zona rural¹; por tal situação estar associada ao fato de que a população rural, geralmente, apresenta índices de saúde e determinantes sociais piores do que os determinantes e índices da população urbana¹¹; pelo Brasil, enfim, apresentar escassas pesquisas que focalizem a relação dos fatores determinantes da incapacidade funcional entre os idosos na zona rural, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil e analisar a capacidade funcional, segundo características sociodemográficas e as doenças crônicas, não transmissíveis, dos idosos residentes na zona rural de Pelotas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal, analítico, realizado em uma amostra representativa dos idosos, pessoas com 60 anos ou mais, cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na zona rural de Pelotas. A amostra de idosos foi localizada por meio dos dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, a qual foi

solicitado, em um primeiro momento, a liberação para a realização da pesquisa nas Unidades de Saúde da Família.

O tamanho da amostra foi estabelecido a partir de cálculo estatístico considerando: população idosa cadastrada nas ESF da zona Rural de Pelotas, 2.920 indivíduos, nível de confiança de 95%, prevalência estimada do desfecho, capacidade funcional, encontrada na literatura de 60% de acordo com o estudo realizado no município de Pelotas no ano de 2009⁷ e erro aceitável de 3 pontos percentuais. Em acordo com esses parâmetros, a base de cálculo inicial foi de 758 idosos sendo somados 10% relativamente a possíveis perdas e recusas, obtendo-se, assim, o total de 834 idosos.

As UBS's foram contatadas e por meio de uma lista com os nomes e números de prontuários dos idosos, foi realizado um cálculo que definiu o número proporcional de idosos que seriam entrevistados em cada unidade. Após, os idosos listados foram sorteados até que o número total estabelecido fosse atingido, caso fosse identificado mais de um idoso cadastrado no mesmo prontuário, todos residentes no domicílio eram elegíveis para a pesquisa.

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados por cinco pós graduandas e cinco graduandos da faculdade de enfermagem previamente treinados, em uma capacitação de trinta horas, em um período de cinco dias.

Para mensurar o desfecho capacidade funcional foi utilizado Índice de Katz para as ABVD¹⁴ e a escala de Lawton-Brody⁶ para as AIVD. Para avaliar os dados obtidos, os escores do Índice de Katz foram agrupados, classificando os idosos em: 0 atividades que necessitam de ajuda em independentes, 1-3 atividades dependência leve/moderada e 4-6 atividades dependentes. Para a escala de Lawton-Brody aqueles que atingiram 27 pontos foram classificados com independentes, de 26-18 pontos dependência parcial e menos de 18 pontos, como dependentes.

As informações foram referidas pelo próprio idoso ou, caso ele estivesse impossibilitado de se expressar, as mesmas foram respondidas pelo respondente auxiliar ou substituto. As variáveis independentes foram: sexo (feminino/masculino), idade (60-69, 70-79 anos e 80 anos ou mais), cor da pele (branca/não branca), situação conjugal (com companheiro/sem companheiro), se frequentou a escola (sim/não), anos de estudo (<1 ano, 1-

3 anos, 3 ou mais) , profissão (agricultor, outro), renda mensal(< de 1 salário mínimo, 1-2 salários mínimos, > de 2 salários mínimos) e referir ser portador de doença crônica não transmissível (hipertensão arterial, diabetes mellitus, reumatismo, osteoporose, problemas circulatórios, respiratórios cardíaco e acidente vascular cerebral).

A pesquisa desenvolveu-se entre os meses de julho e outubro de 2014. Ao final da coleta de dados foi realizada a re-entrevista via telefone em 3% dos idosos entrevistados, como uma forma de contribuir para o controle de qualidade dos dados.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo número 649.802/2014, os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012¹³ foram seguidos rigorosamente e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e disponibilizado em duas vias aos idosos entrevistados. Os autores declaram que não há conflitos de interesse nesse estudo.

RESULTADOS

Ocorreram catorze perdas totalizando 820 idosos entrevistados ao final do estudo. Na amostra estudada houve predominância do sexo feminino 56.1%(460), com média de idade de $70 \pm 7,6$ anos, sendo a idade mínima 60 anos e a máxima de 95 anos. Idosos que relataram ser da raça branca 90.2% (740) idosos, terem um companheiro 71.5% (586). Quanto à escolaridade, identificou-se a média de quatro anos de estudo, desvio padrão de 2.4 anos sendo o mínimo de zero anos de estudo (quando o idoso relatou não ter concluído o primeiro ano) e o máximo 23 anos. Dos idosos entrevistados 91 % (746) relataram não morar sozinhos, sendo o número médio de pessoas que moravam com os idosos 2 ± 1 pessoas, sendo o mínimo uma pessoa e o máximo 15 pessoas.

Tabela1 - Descrição da amostra dos idosos cadastrados nas ESF da zona rural de Pelotas-RS, 2014.

Variável	%	n	Média	Desvio padrão
Sexo				
Masculino	43,9	360		
Feminino	56,1	460		
Idade* (anos)				
60-69 anos	55,0	450	70,7	7,6
70-79 anos	32,8	269		
80-89 anos	11,0	90		
90 ou mais anos	1,2	10		
Cor da pele				
Branca	90,2	740		
Não branca	9,8	80		
Situação conjugal				
Com companheiro	71,5	586		
Sem companheiro	28,5	234		
Mora sozinho				
Sim	9,0	74		
Não	91,0	746		
Frequentou a escola				
Sim	87,2	715		
Não	12,8	105		
Anos de estudo**				
> de 1 ano	1,0	7	4,1	2,4
1- 4 anos	64,3	452		
5-8 anos	30,6	215		
>8 anos	4,1	29		
Aposentado				
Sim	91,8	753		
Não	8,2	67		
Ainda trabalha				
Sim	35,5	291		
Não	64,5	529		
Profissão				
Agricultor	72,0	574		
Outras	28,0	246		
Renda*** (salário mínimo)				
< de 1 salário mínimo	1,1	9	1,6	0,8
1-2 salários mínimos	80,1	653		
>de 2 salários mínimos	18,8	153		
TOTAL	100	820		

* Um *missing* para a variável idade, n=819.

** Doze *missing* para a variável anos de estudo, n=703

***Cinco *missing* para a variável renda, n=815.

Em relação à capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária, 671 (81.8%) idosos referiram não necessitar de ajuda para nenhuma das seis atividades avaliadas pelo Índice de Katz e 14,2% (117) necessitaram

de ajuda em uma ou duas atividades, sendo classificados em uma dependência leve. Apenas 2% classificaram-se em totalmente dependente.

Em relação à capacidade funcional para as atividades instrumentais da vida diária, 54,6% (448) idosos foram classificados como totalmente independentes.

Tabela 2- Prevalência de capacidade funcional para as Atividades da Vida Diária, segundo o Índice de Katz e Escala de Lawton-Brody. Pelotas-RS, 2014.

Score total de Katz*	%	n
0	81,8	671
1	12,4	102
2	1,8	15
3	1,1	9
4	0,9	7
5	0,4	3
6	1,6	13
Score de Lawton-Brody		
Independente	54,6	448
Parcialmente dependente	37,9	311
Dependente	7,5	61
Total	100,0	820

* Soma das questões em que o idoso referiu necessitar de ajuda.

Quando analisados segundo as atividades básicas da vida diária, a atividade que apresentou maior prevalência de ajuda para sua realização foi a de continência 14,5% (119). Em contrapartida, a que apresentou maior independência foi a alimentação, em que 98,2% (805) referiram não necessitar de ajuda.

Tabela 3 - Prevalência de capacidade funcional para as Atividades Básicas da Vida Diária por atividade segundo o Índice de Katz. Pelotas-RS, 2014.

Atividade básica da vida diária	%	n
Tomar banho		
Necessita de ajuda		
Sim	6,1	50
Não	93,9	770
Vestir-se		
Necessita de ajuda		
Sim	6,0	49
Não	94	771
Utilizar o vaso sanitário		
Necessita de ajuda		
Sim	2,8	23
Não	97,2	797

Transferir-se		
Necessita de ajuda		
Sim	2,9	24
Não	97,1	796
Continência		
Necessita de ajuda		
Sim	14,5	119
Não	85,5	701
Alimentar-se		
Necessita de ajuda		
Sim	1,8	15
Não	98,2	805
TOTAL		
	100	820

Quando avaliados segundo as atividades instrumentais, os idosos relataram mais frequentemente não conseguirem realizar ou necessitar de ajuda parcial na atividade de deslocar-se à locais distantes 27,4% (225) e na atividade administrar suas finanças 33,9% (378). A atividade em que os idosos relataram maior independência foi no de preparo das suas próprias refeições 91.1% (747).

Tabela 4 - Prevalência de capacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária por atividade segundo a Escala de Lawton-Brody. Pelotas-RS, 2014.

Atividade instrumental	%	n
Usar o telefone		
Não consegue	12,7	104
Ajuda parcial	6,1	50
Sem ajuda	81,2	660
Deslocar-se a locais distantes		
Não consegue	8,9	73
Ajuda parcial	18,5	152
Sem ajuda	72,6	595
Realizar compras		
Não consegue	6,6	54
Ajuda parcial	15,0	123
Sem ajuda	78,4	595
Preparar refeições		
Não consegue	5,1	42
Ajuda parcial	3,8	31
Sem ajuda	91,1	747
Arrumar a casa		
Não consegue	6,8	56
Ajuda parcial	5,7	47
Sem ajuda	87,5	717
Realizar trabalhos manuais		
Não consegue	8,0	66
Ajuda parcial	6,0	49

	Sem ajuda	86,0	705
Lavar e passar roupa			
	Não consegue	7,8	64
	Ajuda parcial	5,1	42
	Sem ajuda	87,1	714
Ingerir medicamentos			
	Não consegue	4,2	72
	Ajuda parcial	5,7	47
	Sem ajuda	90,1	739
Administrar as finanças			
	Não consegue	8,8	72
	Ajuda parcial	25,1	206
	Sem ajuda	66,1	524
	TOTAL	100	820

Quando analisada a capacidade para as ABVD segundo gênero, observou-se que entre os idosos totalmente capazes, 310 (86.1%) eram mulheres e 361 (78.5%) eram homens ($p= 0,006$). Na categoria dependência leve/moderada observou-se que 69% (87) eram mulheres.

Os idosos mais jovens, ou seja, aqueles com idade entre 60-69 anos, classificados como independentes representaram 57,9 % (338). Já a prevalência de independência entre os idosos com 90 anos ou mais foi de apenas 0,4% (3). A faixa etária que compreendeu a maior prevalência de incapacidade funcional foi a de 70-89 anos, totalizando 69,5% (16) dos idosos dependentes.

As variáveis escolaridade (anos de estudo) e renda não apresentaram significância, porém, destaca-se que entre os idosos independentes a maioria 63,3% (362) tinha de 1- 4 anos de estudo, sendo que essa média de anos de estudo manteve-se nas demais categorias. Em relação à renda em todas as categorias o número de 1-2 salários mínimos foram os mais prevalentes, 80% (553) entre os independentes, 77,8% (98) dependência leve/moderada e 95,7 (22) dependentes.

Quando avaliada a capacidade para as ABVD, segundo a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, apenas problemas cardíacos apresentaram significância de valor de $p =0,011$, apesar da prevalência de

hipertensão arterial e problemas de visão terem sido relevantes em todas as categorias.

Tabela 5- Prevalência de capacidade funcional para as ABVD segundo idade, sexo, renda, escolaridade e doenças crônicas não transmissíveis. Pelotas, 2014

Variáveis	Independente n= 671	Dependência leve/moderada n=126	Dependente n=23	Valor de p*
	% (n)	% n	% n	
Sexo				0,006
Masculino	46,2 (310)	31,0 (39)	47,8 (11)	
Feminino	53,8 (361)	69,0 (87)	52,2 (12)	
Idade*				<0,001
60-69 anos	57,9 (388)	45,2 (57)	21,8 (5)	
70-79 anos	33,6 (225)	27,8 (35)	39,1 (9)	
80-89 anos	8,1 (54)	23,0 (29)	30,4 (7)	
90 ou mais anos	0,4(3)	4,0 (5)	8,7 (2)	
Anos de estudo				0,135
< de 1 ano	0,9 (5)	0,9 (1)	4,7 (1)	
1- 4 anos	63,2(362)	72,5 (79)	52,4 (11)	
5-8 anos	31,2 (179)	24,8 (27)	42,9 (9)	
>8 anos	4,7 (27)	1,8 (2)	0,0 (0)	
Renda**				0,358
< de 1 salário mínimo	1,2 (8)	0,8 (1)	0,0 (0)	
1-2 salários mínimos	80,0 (533)	77,8 (98)	95,7 (22)	
>de 2 salários mínimos	18,8 (125)	21,4 (27)	4,3(1)	
Diabetes Mellitus				0,891
Sim	17,3 (116)	15,9 (20)	13,0 (3)	
Não	82,7 (555)	84,1 (106)	87,0 (20)	
HAS***				0,514
Sim	66,3 (445)	62,4 (78)	73,9 (17)	
Não	33,7 (226)	37,6 (47)	26,1 (6)	
Reumatismo				0,216
Sim	29,4 (197)	22,2 (28)	21,7 (5)	
Não	70,6 (474)	77,8 (98)	78,3 (18)	
Osteoporose				0,243
Sim	17,4 (117)	15,1 (19)	4,4 (1)	
Não	82,6 (554)	84,9 (107)	95,6 (22)	
Problemas de visão				0,161
Sim	79,7 (535)	72,2 (91)	82,6 (19)	
Não	20,3 (136)	27,8 (35)	17,4 (4)	
Problemas respiratórios				0,320
Sim	12,7 (85)	8,7 (11)	4,4 (1)	
Não	87,3 (586)	91,3 (115)	97,6 (22)	

Problemas cardíacos				0,011
Sim	29,2 (196)	16,7 (21)	26,1 (6)	
Não	70,8 (475)	83,3 (105)	73,9 (17)	

Acidente vascular cerebral				0,263
Sim	8,4 (56)	8,7 (11)	17,4 (4)	
Não	91,6 (615)	91,3 (115)	82,6 (19)	

* Um missing para a variável idade, n=819.

** Cinco missing para a variável renda, n=815.

***Um missing para a variável hipertensão arterial, n=819.

Para as atividades instrumentais segundo o sexo não houve significância, porém as mulheres foram mais prevalentes do que os homens em todas as categorias. A idade foi um fator relevante para as AIVD, apresentando um $p < 0,001$, sendo a faixa etária de 60-69 anos mais prevalentes entre os independentes 68,9% (308). A escolaridade também demonstrou significância, $p < 0,001$, mantendo a faixa de 1-4 anos de estudo entre as categorias, destacando que entre os independentes a faixa de 5-8 anos foi a mais expressiva 34,5% (140). A renda também foi uma variável significativa, $p = 0,007$.

Entre as DCNT apenas a osteoporose mostrou significância $p = 0,005$, sendo que entre os independentes apresentou prevalência de 82,6% (370) e entre os dependentes 96,7% (59). Ressalta-se que a prevalência de HAS e problemas de visão apesar de não significantes em relação à capacidade funcional mantiveram as prevalências mais altas em todas as categorias.

Tabela 6- Prevalência de capacidade funcional para as AIVD segundo idade, sexo, renda, escolaridade e doenças crônicas não transmissíveis. Pelotas, 2014

Variáveis	Independente	Parcialmente independente	Dependente	Valor de p^*
	n= 448	n= 311	n=61	
	% n	% n	% n	
Sexo				0,345
Masculino	46,2 (207)	41,2 (128)	41,0 (25)	
Feminino	53,8 (241)	58,8 (183)	59,0 (36)	
Idade*				<0,001
60-69 anos	68,9 (308)	42,1 (131)	18,0 (11)	
70-79 anos	28,0 (125)	38,9 (121)	37,7 (23)	
80-89 anos	3,1 (14)	17,4 (54)	36,1 (22)	
90 ou mais anos	0,0 (0)	1,6 (5)	8,2 (5)	
Anos de estudo				<0,001
> de 1 ano	0,5 (2)	1,2 (3)	3,8 (2)	
1-4 anos	58,4 (237)	72,2 (176)	73,6 (39)	

5-8 anos	34,5 (140)	25,8 (63)	22,6 (12)	
>8 anos	6,6 (27)	0,8 (2)	0,0 (0)	
Renda**				0,007
< de 1 salário mínimo	23,2 (104)	13,4 (41)	13,1 (8)	
1-2 salários mínimos	75,5 (338)	85,6 (262)	86,9 (53)	
>de 2 salários mínimos	1,3 (6)	1,0 (3)	0,0 (0)	
Diabetes Mellitus				0,327
Sim	15,9 (71)	19,3 (60)	13,1 (8)	
Não	84,1 (377)	80,7 (251)	86,9 (53)	
Hipertensão arterial***				0,727
Sim	65,3 (292)	65,9 (205)	70,5 (43)	
Não	34,7(155)	34,1 (106)	29,5 (18)	
Reumatismo				0,469
Sim	28,4 (127)	28,9 (90)	21,3 (13)	
Não	71,6 (321)	71,1 (221)	78,7 (48)	
Osteoporose				0,005
Sim	17,4 (78)	18,3 (57)	3,3 (2)	
Não	82,6 (370)	81,7 (254)	96,7 (59)	
Problemas de visão				0,244
Sim	77,5 (347)	78,8 (245)	86,9 (53)	
Não	22,5 (101)	21,2 (66)	13,1 (8)	
Problemas respiratórios				0,370
Sim	12,7 (57)	11,6 (36)	6,6 (4)	
Não	87,3 (391)	88,4 (275)	93,4 (57)	
Problemas cardíacos				0,673
Sim	28,1 (126)	26,7 (83)	23,0 (14)	
Não	71,9 (322)	73,3 (228)	77,0 (47)	
Acidente vascular cerebral				0,716
Sim	8,3 (37)	9,7 (30)	6,6 (4)	
Não	91,7 (411)	90,3 (281)	93,4 (57)	

* Um *missing* para a variável idade, n=819.

** Cinco missing para a variável renda, n=815.

***Um missing para a variável hipertensão arterial, n=819.

DISCUSSÃO:

A amostra pesquisada apresentou ser predominantemente composta por idosos do gênero feminino, na faixa etária de 60-69 anos, que se autodenominaram brancos e viviam com seus companheiros e vão ao encontro dos dados levantados em um estudo desenvolvido na zona rural do município de Uberaba-MG¹⁰, onde também houve predomínio do sexo feminino (63,6%) na faixa etária de 60-69 anos (58,8%). Esses dados vão de

encontro com os dados da última PNAD 2013¹⁴, em que foi descrito um cenário distinto quanto ao gênero dos idosos residentes da zona rural, já que foram identificados 1,3 milhões de homens a mais do que mulheres, sendo os idosos 15,29 milhões contra 14,08 milhões de idosas. Tal fato deve ser relativizado, porque a PNAD trata-se de uma pesquisa de nível nacional, talvez sendo este o motivo pelo qual os dados diverjam, muito embora as diferenças regionais do país não possam ser relegadas.

Quanto à cor da pele, 90,2% da população da zona rural intitulou-se branca, enquanto que no Brasil mais de 50% da população rural intitulou-se parda¹⁴. Esse dado apenas corrobora o tipo de colonização da região, sendo o maior número de imigração de famílias alemãs, seguidas das famílias italianas, francesas, austríacas, portuguesas e espanholas.¹⁵

A maioria dos idosos relataram terem ido à escola, esses dados discordam dos dados encontrados em um estudo realizado em uma comunidade rural nordestina em que 61.33% dos idosos eram analfabetos.¹⁶ Essa discrepância deve-se a alguns fatos: primeiro, a época em que esses idosos iniciaram seus estudos, década de 50, época pós segunda guerra mundial, momento em que o Brasil sofreu algumas mudanças em relação às questões educacionais, devido ao grande contingente de imigrantes. Assim, os governantes tinham como objetivo homogeneizar as escolas, com o intuito de construir um país branco, ocidental e cristão, o que acabava por excluir os afrodescendentes, o que pode explicar a prevalência alta de analfabetismo entre os idosos baianos, região majoritariamente colonizada por negros vindos da África¹⁷. Situação semelhante ocorreu com os alemães e italianos, porém, os alemães, devido à forte ligação entre a cultura, a religião e a educação organizaram-se e, diante da indiferença às suas reivindicações, por parte do governo brasileiro, iniciaram o processo de criação das escolas comunitárias que disponibilizavam à comunidade a formação no ensino básico.¹⁸ Assim, supõe-se que apesar das dificuldades impostas pelo estado, as crianças alemães da época tinham maior acesso à formação básica, diferente das crianças afrodescendentes, o que justifica a razão pela qual os idosos da zona rural de Pelotas apresentarem um nível de escolaridade alto para os padrões da época.

Do total de idosos pesquisados, cerca de 92% relataram estar aposentados, porém, mais de 35% afirmaram continuar exercendo alguma atividade laboral. Esse tipo de situação tem sido recorrente no cenário rural brasileiro. Em um estudo sobre o impacto dos determinantes da condição do idoso em relação ao trabalho e à aposentadoria, os resultados sugeriram que, com o aumento dos anos de vida, são maiores as chances do idoso não realizar atividade laboral, pois, com o envelhecimento, a capacidade física do idoso decresce.¹⁹ Este fato foi identificado na população estudada, pois dos que relataram ainda exercer alguma atividade laboral 75.3% estavam na faixa etária de 60-69 anos ($p < 0,0001$). Outro ponto que pode ser relacionado com essa prevalência é o fato da renda mediana ter sido de um salário mínimo nacional (referência do ano de 2014), valor que, nos dias atuais, muitas vezes inviabiliza a manutenção dos gastos da família. Além disso, deve-se considerar que as velhas concepções sobre o 'rural' sempre estiveram atreladas à agricultura e, portanto, à atividade econômica. O espaço rural sempre foi visto de forma estrita e restrita enquanto espaço de exploração econômica, espaço gerador de riqueza.²⁰ Desse modo, pode-se supor que os idosos pesquisados apesar de aposentados, por sentirem-se e serem capazes funcionalmente mantiveram suas atividades laborais.

A análise dos dados demonstrou que mais de 80% dos idosos eram totalmente capazes para as atividades básicas da vida diária, já no estudo realizado em Minas Gerais, a prevalência encontrada para a independência foi de 99,8%.¹⁰ Esse dado pode ser justificado devido ao critério de inclusão elencado pelo autor em que apenas os idosos que atingissem a pontuação mínima de 13 pontos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) eram selecionados. Já em outro estudo realizado em uma comunidade rural nordestina demonstrou que 78% dos idosos avaliados por meio da Escala de Barthel tinham algum tipo de dependência.¹⁶

Essa diferença de prevalência para capacidade funcional entre os idosos do sul e do nordeste pode ser explicada pelo fato de que os idosos do sul eram mais jovens, diferença de quatro anos na média de idade e nível de escolaridade maior do que os do nordeste. Destaca-se, também, a diferença dos instrumentos utilizados para mensuração, o que dificulta a realização de comparações.

Quando analisado segundo o sexo observou-se que os homens foram mais independentes para as ABVD do que as mulheres, assim como em um estudo realizado em Nova Roma, no Sul no Rio Grande do Sul⁹, que também verificou maior prejuízo na realização das AVD entre as mulheres em relação aos homens. Em um estudo realizado na zona urbana de Pelotas-RS-Brasil⁵ o sexo e a idade também estiveram associados, com $p=0,05$ e $p<0,001$ respectivamente. Isso corrobora a importância de manter-se uma atenção especial às mulheres idosas pelos profissionais de saúde.

A continência (urinária e fecal) foi a atividade em que os idosos relataram maior dificuldade, o que vai ao encontro de outros estudos em que a prevalência de incapacidade para tal atividade foi de 28,6%¹⁶ e 21,3%⁶, ambos estudos realizados na zona urbana, sendo esse último na cidade de Pelotas. Ao analisar esse achado torna-se importante destacar a necessidade de intervir precocemente nessas situações, auxiliando o idoso a manter a sua continência urinária e fecal. Sabe-se da dificuldade em abordar tal assunto, principalmente com os idosos residentes na zona rural que, possivelmente, foram educados de forma pudica e evitam falar sobre questões ligadas à sexualidade. O profissional de saúde deve em um primeiro momento criar um vínculo de confiança com o idoso, para que o mesmo sinta-se à vontade para relatar dificuldades e aceitar as orientações que, porventura, se façam necessárias.

O problema cardíaco foi a única DCNT que apresentou associação com a capacidade funcional para as ABVD, apesar de na literatura estar descrita a relação com outras DCNT como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus²¹. A hipertensão arterial foi a DCNT mais prevalente entre os idosos quando classificados nos três níveis de capacidade funcional para as ABVD, sendo a prevalência maior entre os dependentes. Supõe-se que as doenças não influenciaram no desfecho capacidade funcional, devido ao fato de estarem em estágios que ainda não interferiram na capacidade funcional dos idosos o que ratifica a importância da atuação dos profissionais de saúde no controle das mesmas, principalmente em relação às mudanças de hábitos.

Em relação à prevalência de capacidade funcional para as AIVD, no presente estudo obteve-se que 54,6% dos idosos eram independentes, diferente do achado em um estudo realizado em Goiânia-Brasil²² em que

58,1%(61) apresentaram algum grau de dependência. No interior da Bahia-Brasil¹⁶ os idosos também apresentarem maior dependência para as AIVD 65,3%(98) eram dependentes. As atividades instrumentais exigem maior desenvolvimento da parte cognitiva, maior desenvoltura nas relações sociais e capacidade em lidar com adversidades, o que é influenciado pelo grau de escolaridade. Desse modo, supõe-se que a escolaridade, por apresentar um valor de p significativo tenha sido um dos fatores de maior influência na capacidade funcional dos idosos da atual pesquisa.

A população estudada manteve sua independência para as AIVD, principalmente em relação à ingestão de medicamentos e no preparo de suas refeições. É relevante saber dessas potencialidades dos idosos para que a realização dessas atividades sejam estimuladas. O profissional de saúde pode facilitar a manutenção da terapia medicamentosa por meio de recursos didáticos, adaptando de acordo com as condições de compreensão do idoso, e orientando quanto à dosagem e frequência. Quanto à alimentação torna-se importante destacar que o idoso ao ser independente para preparar suas próprias refeições, torna-se o autor de suas escolhas alimentares. Destaca-se a capacidade para ir a locais distantes como a atividade que apresentou maior prevalência de necessidade de ajuda, esses dados vão ao encontro de um estudo⁶ realizado na zona urbana, em que cerca de 43% dos idosos apresentaram dificuldade para utilizar o meio de transporte. Esses dados demonstram que o fato dos idosos da atual pesquisa morarem na zona rural não dificultou o acesso dos mesmos a outros lugares.

A necessidade de ajuda no manejo das finanças foi a atividade mais prevalente entre os idosos pesquisados, o que difere da pesquisa realizada com os idosos urbanos da mesma região, em que apenas 11,8%(70)⁶ apresentaram alguma dificuldade nessa atividade. Assim, pode-se inferir que o fato de residirem na zona rural e, de teoricamente terem menor contato com as questões tecnológicas, os idosos sentem-se mais inseguros para realizar atividades ligadas às questões financeiras, mesmo que em ambos os estudos os anos de escolaridade tenham sido semelhantes.

A idade, a renda e a escolaridade foram fatores que influenciaram na capacidade funcional dos idosos nas AIVD, assim como no estudo realizado com idosos urbanos⁶. O que reforça que idosos mais velhos, com renda mais

baixa e nível de escolaridade menor são os mais vulneráveis à perda da capacidade funcional para as AIVD's. Desse modo, essa parcela populacional necessita de assistência direta, não apenas por parte dos profissionais especificamente de saúde, visto que a capacidade funcional envolve outras dimensões, como a questão social e educacional.

A osteoporose foi a única DCNT que apresentou significância com o desfecho, embora a hipertensão arterial, reumatismo e problema de visão terem sido as doenças mais prevalentes nos três grupos de classificação da capacidade funcional. A osteoporose caracteriza-se por um distúrbio metabólico do osso, resultante da perda de conteúdo mineral e deterioração da microarquitetura do osso, resultando em fragilidade óssea ²³. A presença de osteoporose pode influenciar diretamente o desenvolvimento de limitações para ações que exijam maior desenvoltura corporal, como por exemplo, realizar compras e deslocar-se a locais mais distantes.

CONCLUSÃO

O presente estudo conclui que os idosos, na maioria, eram funcionalmente capazes para as AVD, tanto básicas quanto as instrumentais. As variáveis idade, renda e escolaridade influenciaram diretamente no status funcional, corroborando a necessidade de atentar e assistir de forma mais direta idosos mais velhos, que apresentam menor renda e escolaridade. As limitações do estudo foram: peso, altura e ocorrência das DCNT terem sido auto referidas. Espera-se que a pesquisa atual estimule o estudo da população idosa na zona rural, pois a maioria dos estudos encontrados foram realizados na zona urbana.

Referências

- 1- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade Brasil (RS) - 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=431440&corhomem=3d4590&cornulher=9cdbfc>. Acesso em: 20 abr. 2013
- 2- ALVES, L.C .et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 23, p.1924-30, ago. 2007.
- 3- AIRES, M.; PASKULIN, L.M.; de MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo entre três regiões do rio Grande do Sul. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 11-17, jan./fev. 2010.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 19. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.192 p.
- 5- DUCA, G.F del.; SILVA, M.C.; HALLAL,P.C.Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos.**Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p.796-805. 2009
- 6- LAWTON, M.P.; BRODY E.M. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.9, n.3, p.179-86, 1969.
- 7- AIRES, M.; PASKULIN, L.M.; de MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo entre três regiões do rio Grande do Sul. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 11-17, jan./fev. 2010.
- 8- INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. "Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida", in Texto contexto – Enfermagem, v. 17 n. 2, 2008.
- 9- RIGO, I.I.; PASKULIN, L.M.G.; DE MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do rio grande do sul. **Rev Gaúcha Enferm.** V.21, n.2, p. 245-61, jun.2010.
- 10- TAVARES, D.M.dosS.; GÁVEA JÚNIOR, S.A.; DIAS, F.A.; SANTOS, N.M.deF.; OLIVEIRA, B.de. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. **Rev Rene**, v.12, n.(especial), p. 895-903, 2011.

11- ANDO, *et al.* Declaração de Brasília. O conceito de rural e o cuidado à saúde. **Rev bras med fam comunidade**, v.6, n.19, p.142-4. 2011.

12- KATZ, S.; AKPOM, C.A. A measure of primary sociobiological functions. **Int J Health Serv**, v. 6, p.493-508, 1976.

13- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humano.

14- BRASIL, 2010. PROGRAMA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS (PNAD). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149> Acesso em: 10 fev 2015.

15- TEIXEIRA, R.;C. Zona Rural de Pelotas: Desenvolvimento para o Turismo. Caderno Virtual de Turismo v. 4, n.3, 2004.

16- TORRES.; G.V; REIS, L.A.R; REIS.; L.A.R. Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil . *Arq Neuropsiquiatr* 2010;68(1):39-43, 2009

17-CONSORTE, J.;G. Culturalismo e educação nos anos 50: O desafio da diversidade. Caderno CEDES, v. 18, n. 43, 1997. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32621997000200003>>.

18- SANTOS, V dos. Imigração alemã, luteranismo e a criação de escolas no sul do Brasil.

19- DAMASCENO, F.;S; CUNHA, M.;S,da. Determinantes da participação do idoso no Mercado de trabalho brasileiro. Teoria e Evidência Econômica – Ano 17, n. 36, p. 98-125, jan./jun. 2011.

20- LIMA, C.,R.,R. Ruralidade: o debate sobre o velho e o novo no meio rural. In XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA., 2007 RECIFE (PE). Disponível em: <http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=48&Itemid=171>.

21- SANTOS JÚNIOR, E.;B dos, OLIVEIRA, L.;P.;A.;B de, SILVA,R.;A.;R da. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. *J. res. fundam. care.* Online, v.6, n.2, p.516-24, abr/jun. 2014.

22- NUNES, D.;P, NAKATANI, A.;Y.;K, SILVEIRA, E.;A; BACHION, M.;M,SOUZA, M.;R de. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia(GO-Brasil).*Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, n.6, p. 2887-898. 2010.

23- PORTO, C.;C. *Vadecum de Clínica Médica*. 3 ed. Porto, Rio de Janeiro, 2014.