

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**CAPACIDADE FUNCIONAL, CONDIÇÕES DE SAÚDE,
SINTOMAS DEPRESSIVOS E BEM-ESTAR SUBJETIVO DOS
IDOSOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA HC-UNICAMP-SP**

DÉBORA CRISTINA OLIVEIRA MELO SIGNORETTI

ORIENTADORA: PROF^a DR^a MARIA ELENA GUARIENTO

2007

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**CAPACIDADE FUNCIONAL, CONDIÇÕES DE SAÚDE,
SINTOMAS DEPRESSIVOS E BEM-ESTAR SUBJETIVO DOS
IDOSOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNICAMP-SP**

Autora: Débora Cristina Oliveira Melo Signoretti

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Elena Guariento

Trabalho apresentado como parte das exigências para obtenção de
título de Mestre em Gerontologia pela FE/Unicamp defendida por
Débora Cristina Oliveira Melo Signoretti.

Data: 27-04-2007.

Assinatura:

COMISSÃO JULGADORA:

CAMPINAS

2007

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Si26c	Signoretti, Débora Cristina Oliveira Melo Capacidade funcional, condições de saúde, sintomas depressivos e bem-estar subjetivo dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria do Hospital das Clínicas do HC-UNICAMP-SP / Débora Cristina Oliveira Melo Signoretti. – Campinas, SP: [s.n.], 2007. Orientador : Maria Elena Guariento. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. 1. Idosos. 2. Capacidade funcional. 3. Condições de saúde. 4. Depressão - Sintomas. 4. Bem-estar subjetivo. I. Guariento, Maria Elena. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade Educação. III. Título. 07/093-BFE
-------	---

Título em inglês : Functional capacity, health conditions, depression symptoms and well-being in elderly of Geriatric Ambulatory of CH-UNICAMP

Keywords: Elderly; Functional capacity ; Health conditions; Depression symptoms; Well-being

Área de concentração : Gerontologia

Titulação: Mestre em Gerontologia

Banca examinadora: Profa. Dra. Maria Elena Guariento (Orientadora)

Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

Profa. Dra. Fernanda Aparecida Cintra

Profa. Dra. Arlete Coimbra

Profa. Dra. Maria José D'Elboux Diogo.

Data da defesa : 27-04-2007

E-mail: debgeronto@yahoo.com.br

Programa de pós-graduação: Educação

Keywords: Elderly, Functional capacity; Health conditions; Depression symptoms and Well-being;

Area de concentracao: Gerontologia

Titulação: Mestre em gerontologia

Banca examinadora: Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

Profa. Dra. Fernanda Aparecida Cintra

Profa. Dra. Arlete Coimbra.

Profa. Dra. Maria José E`Delboux Diogo.

Data da defesa: 27-04 -2007

Programa de pós-graduação: Faculdade de Educação

debgeronto@yahoo.com.br

Dedicatória

Às minhas queridas avós, Geralda, por ter despertado em mim o amor à Gerontologia; Neuza, pelo ensinamento prático da resiliência; Maria, pelo envelhecimento bem-sucedido e ao vô Mirico, pelo carinho e cuidado ao me ensinar a persistência pela busca dos sonhos.

Ao Júnior, Vilmar, meu amor e porto seguro em um entrelace de conquistas, planos e sonhos sempre compartilhados a dois, cada qual com suas idéias e perspectivas pessoais e profissionais, formando uma bela família.

Da incapacidade de não interferir; do entusiasmo exagerado pelo que é recente e desdém pelo que é tradicional; de valorizar mais o conhecimento do que a sabedoria, a Ciência mais que do que a Arte, e o talento mais do que o bom senso; de tratar os pacientes como casos, de fazer a cura da doença mais penosa do que a tolerância da mesma. Senhor Deus, livrai-nos.

Sir Robert Hutchison

Agradecimentos

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora, minha luz e minha fortaleza, por estarem sempre em meu coração, norteando-me os passos para seguir bons e floridos caminhos.

Aos meus amados e encantadores pais, Rafael e Maria Lúcia Oliveira Melo, pelos sábios ensinamentos de vida com que me conduziram sempre, inspirando-me a buscar, no conhecimento científico e na prática clínica, os alicerces do exercício solidário para tratar todos com amor, admiração, respeito, humildade e amizade. Muito obrigada por terem abdicado dos seus sonhos em favor dos meus, pela torcida e carinho. Tenho orgulho em ser filha de vocês.

Ao meu querido marido e eterno namorado, Vilmar Verdade Signoretti, pela compreensão, paciência, carinho, dedicação e incentivo, por ser o meu melhor amigo e o patrocinador deste projeto. Tê-lo em minha vida é uma benção dos céus. Você foi e sempre será meu cúmplice, meu time e meu amor.

A minha amável e fiel irmã, Dayse Cristina Oliveira Melo, ao sempre amigo, Carlos Henrique Batista, pelo apoio e conforto em vários momentos deste trabalho e em minha vida.

A minha adorável amiga e parceira, Dona Varlene Virgínia Verdade Signoretti, pelo seu modo eficaz de estar sempre presente, acolhendo-me e cuidando dos meus textos, pensamentos, trazendo apoio e conforto em sábias palavras desde o início.

A Dra. Maria Elena Guariento por ter aceitado ser minha orientadora, mesmo com tantos outros trabalhos e preocupações. Meus respeitos e obrigada por ter sido, com propriedade, minha condutora desde o período de Especialização em Geriatria.

A inesquecível Prof^a. Anita Liberalesso Néri, pela sua nobreza de Mestre em suas colocações e ensinamentos. Tê-la conhecido foi o maior presente deste percurso. Minhas desculpas por não cumprir os prazos estipulados. Sua docência, sua comprovada credibilidade, seu cuidado com os discentes me encantam.

As Profas. Fernanda Aparecida Cintra e Maria José Diogo D'Élboux, pelo desvelo, respeito e carinho com que conduziram minhas avaliações desde o começo do curso.

Ao Helymar, pela atenção, disponibilidade e cuidado nas análises estatísticas.

A Dr^a. Solimar, ao Prof. Maurício Hossri, a família Carvalho e a todos os amigos de Jaguariúna minha gratidão pela confiança depositada no meu exercício profissional e pelo que me proporcionaram ampliar como Fisioterapeuta e amiga.

Aos grandes amigos: Ilka Teixeira, Júlio Breda, Glauce Estefani, Gisele Camargo, Efigênia Mantovani, Márcia Nakano, Lúcia Secotti e a todos da Gerontologia que levarei em meu coração por toda a vida. Amigos de jornada.

Aos pacientes idosos do Projeto Temático; sem vocês, este sonho não teria se concretizado. Aprendi a ser Gerontóloga com vocês.

Ao cão companheiro, Lyon, um dos atores do Projeto Terapia Assistida por Animais, início deste Mestrado.

A todos que amo muito; sem o suporte de todos não teria vencido esta etapa do caminho... , apenas o início de outras que virão.

Amém!

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Aspectos do envelhecimento.....	1
1.2. Relevância do estudo.....	2
1.3. Fundamentação teórica.....	5
1.3.1. O bem-estar subjetivo e a capacidade funcional no envelhecimento.....	5
1.3.2. Co-morbidades e o uso de fármacos entre idosos.....	10
1.3.3. A depressão e o envelhecimento: sintomatologia e avaliação.....	11
1.3.4. Associação entre marcha, co-morbidades, uso de medicamentos, sintomas depressivos e bem-estar subjetivo.....	12
2. OBJETIVOS.....	14
2.1. Objetivo Geral.....	14
2.2. Objetivos específicos.....	14
3. MÉTODO.....	15
3.1. O Projeto Temático.....	15
3.2. Local e realização.....	15
3.3. Aspectos éticos da pesquisa.....	16
3.4. Composição e descrição da mostra do Projeto.....	16
3.5. Coleta dos dados.....	18
3.6. Análise da amostra do presente estudo	19
3.6.1. Sujeitos.....	19
3.6.2. Instrumentos.....	19
3.6.2.1. Variáveis sócio-demográficas - idade e gênero.....	19
3.6.2.2. Medida de Independência Funcional – FIM – MIF.....	20
3.6.2.3. Avaliação do desempenho físico de Membros Inferiores – SPPB.....	21
3.6.2.4. Escala de rastreamento de depressão – CES-D.....	21
3.6.2.5. Escala de Cantril - Bem-Estar Subjetivo.....	22
3.6.2.6. Condições de Saúde – Número de medicamentos e doenças.....	23
4. RESULTADOS	24
4.1. Análise das propriedades e variáveis.....	25

5. DISCUSSÃO.....	35
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	47
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
8. ANEXOS.....	59

LISTA DE TABELAS

1. Tabela 1 - Comparação das variáveis por faixas etárias	25
2. Tabela 1A: Distribuição dos idosos por número de doenças (em quartis)	25
3. Tabela 1B: Distribuição dos idosos por número de doenças	26
4. Tabela 2: Distribuição dos idosos por número de medicamentos (em quartis)	26
5. Tabela 2A: Distribuição dos idosos por número de medicamentos	27
6. Tabela 3- Comparação entre os idosos conforme pontuação na escala da CES-D e as variáveis: idade, número de doenças e medicamentos, saúde geral, saúde comparada, satisfação e satisfação comparada, medida de independência funcional motora e total e a velocidade de marcha.	28
7. Tabela 4: Distribuição dos idosos conforme a velocidade da marcha medida pelo SPPB.	28
8. Tabela 5: Distribuição dos idosos conforme a pontuação no teste de velocidade da marcha	29
9. Tabela 6: Distribuição dos idosos conforme a variável satisfação global com a vida.	29
10. Tabela 7: Distribuição dos idosos conforme a variável satisfação comparada com os outros.	30
11. Tabela 8: Distribuição dos idosos conforme a variável saúde geral.	30
12. Tabela 9: Distribuição dos idosos conforme variável saúde comparada com os outros.	30
13. Tabela 10 - Análise descritiva das variáveis entre os idosos avaliados.	31
14. Tabela 11: Análise dos coeficientes de consistência interna para os instrumentos utilizados.	31
15. Tabela 12: Comparação das variáveis estudadas por faixas etárias.	32
16. Tabela 13: Comparação das variáveis estudadas por gêneros.	33

LISTA DE FIGURAS

1. Figura 1 - Distribuição da amostra de acordo com o critério de idade.....	16
2. Figura 2 - Gráfico de distribuição por gênero.....	17
3. Figura 3 - Gráfico de distribuição relativo entre homens e mulheres por faixas etárias.....	18

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimento do Comitê de Ética	70
Anexo 2 Consentimento Livre e Esclarecimento	71
Anexo 3 Avaliação do desempenho físico de Membros Inferiores	72
Anexo 4 Estados depressivos	73
Anexo 5 Bem-estar subjetivo	74
Anexo 6 Saúde Física	75
Anexo 7 Medida Independência Funcional	76 e
Anexo 8 Análise descritiva das variáveis categóricas da MIF	78
Anexo 8 Análise descitiva das variáveis numéricas da MIF	79
Anexo 9 Probabilidade de risco de depressão	80

SIGNORETTI, D. C. O. M (2007). **Capacidade Funcional, condições de saúde, sintomas depressivos e bem-estar subjetivo dos idosos atendidos no ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP-SP.** Campinas: Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP.

RESUMO

Com o progressivo aumento do número de idosos na população brasileira, constata-se também o aumento das co-morbidades associadas, entre estas as doenças crônicas e degenerativas, o que denota conseqüentemente uma maior demanda do uso de fármacos entre esta população. Tal fato remete também à observação da preservação da capacidade funcional, algumas vezes prejudicada pela limitação funcional advinda destas co-morbidades, bem como *déficit* no bem-estar subjetivo. É importante o reconhecimento e a avaliação criteriosos para conhecer os efeitos dessa associação no processo de envelhecimento. Este estudo buscou identificar e avaliar o perfil de 122 idosos que foram atendidos no período de agosto de 2005 a agosto de 2007, por equipe multidisciplinar no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP, Campinas, SP, em relação à presença de sintomas depressivos, número de co-morbidades e medicamentos utilizados, em associação com a locomoção e a mobilidade, itens essenciais para a preservação da capacidade funcional do indivíduo. Esta avaliação permitiu estimar o grau de interferência destas variáveis nas atividades de vida diária e no bem-estar subjetivo destes idosos, através de um protocolo aplicado por um grupo de profissionais de saúde. Neste estavam inseridos instrumentos que permitem apreciar os aspectos objetivos e subjetivos da saúde física e mental dos idosos, destacando-se o uso dos seguintes instrumentos e escalas: MIF, SPPB, CES-D, Cantril, além do número de doenças e medicamentos prescritos, conforme registro no prontuário médico. Constatou-se elevado nível de incapacidade funcional, presença de sintomas depressivos, co-morbidades e polifarmácia, principalmente com maior prevalência no sexo feminino. Os resultados obtidos das associações entre as variáveis deste estudo são fundamentais para gerenciar ações quanto aos aspectos da capacidade funcional, com a finalidade de proporcionar maior independência, autonomia e qualidade de vida destes idosos.

Palavras-chave: idosos, capacidade funcional, condições de saúde, sintomas depressivos e bem-estar subjetivo.

SIGNORETTI, D. C. O. M (2007). **Capacidade Funcional, condições de saúde, sintomas depressivos e bem-estar subjetivo dos idosos atendidos no ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP-SP.** Campinas: Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP, Brazil. (*Functional capacity, health conditions, depression symptoms and well-being in elderly of CH-UNICAMP.*) Orientadora: Profa. Dra. Maria Elena Guariento.

ABSTRACT

With the progressive increase of elderly people in the Brazilian population, it's verified the increase of comorbidities associated to chronic and degenerative diseases that consequently represents a higher demand of drugs used by this population. The fact submits us to the observation of the functional capacity preservation, sometimes leading to a worse functional limitation in reason of this comorbidities and well-being deficit. Is important to recognize and carefully evaluate this association in order to know the effects in the process of aging. The aim of this study is to identify and evaluate the profile of 122 elderly that were attended from August 2005 to August 2007, by a multidisciplinary support team of the Geriatric Ambulatory on the University of Campinas Clinical Hospital, Sao Paulo, Brazil, related to the presence of depressive symptoms, number of comorbidities and drugs prescriptions, in association to the locomotion and mobility, items that are essential for the preservation of the individual functional capacity. This evaluation allowed to estimate the level of interference of this variables in the life and well-being of the individuals, through a Protocol applied by a group of health professionals. Instruments were inserted to appreciate the objective and subjective aspects of physical and mental health of elderly, highlighting the use of these instruments and scale: FIM, SPPB, CES-D, Cantril, besides the number of disease and medication prescribed, according to medical register. A higher level of functional incapacity, presence of depressive symptoms, comobities and polipharmacos could be noted, mainly with more prevalence in female gender. The results obtained from the associations to the variables in this study are fundamental to manage actions related to the functional capacity, aiming to allow a better independence, autonomy and quality of life for these elderly.

Key words: elderly, functional capacity, health conditions, depressive symptoms and well-being.

1. INTRODUÇÃO

O momento histórico é de altas taxas na população idosa no Brasil e no mundo. Esta perspectiva de crescimento global, dessa faixa etária, produz conseqüências na sociedade de grandes implicações, as quais emergem a necessidade de um crescimento em reformulações, reestruturações e mudanças na sociedade atual, em todos os aspectos e nas diversas questões proporcionadas pelo contexto do envelhecimento.

O envelhecimento é, para BELLINAZZI & GUARIENTO (2006) um processo normal caracterizado como uma das etapas da vida do ser humano, ao longo do qual ocorrem mudanças no organismo, determinadas geneticamente, que se caracterizam por um decréscimo na capacidade de adaptação comportamental e por um aumento na vulnerabilidade do indivíduo, vulnerabilidade essa relacionada às perdas evolutivas e ao aumento da morbidade somadas à probabilidade de morte.

1.1 Aspectos do envelhecimento

O envelhecimento humano é marcado por variações intra e extracelulares, físicas e psíquicas, culturais e sociais. Abrange aspectos multidimensionais e se manifesta de forma heterogênea em relação aos indivíduos e no curso de suas vidas. BALTES (1997) descreveu que o envelhecimento acarreta alterações evolutivas numerosas e suas características são manifestas em vários domínios do funcionamento psicológico, biológico e social. Algumas delas expressam-se sob a forma de declínio. O mesmo autor acrescentou que, como o desenvolvimento é um processo finito, o envelhecer diminui a resiliência física, tanto na capacidade de adaptação do organismo quanto em sua plasticidade, o que se demonstra no comportamento.

Ao se observarem as transformações físicas, mentais e socioculturais ao longo do envelhecimento, porém, verifica-se que as mesmas exigem uma adaptação dos idosos frente aos eventos vividos no cotidiano, do que resultam respostas de dois tipos: uma é conhecida como envelhecimento patológico, que pode se associar à perda gradativa da função física e/ou

cognitiva, decorrente de doenças crônico-degenerativas; a outra é conhecida como envelhecimento bem-sucedido, que se manifesta na busca de concretizar metas, viabilizadas através de atividades físicas, intelectuais e relacionadas ao bem-estar.

FORTES (2005) comentou que o fato de assumir o processo de envelhecer como associado ao declínio, às doenças, incapacidades, rejeição social e solidão pode desencadear, em muitos idosos, o pensamento de que a vida não vale a pena e diminuição do envolvimento dos mesmos nos papéis sociais e metas de vida, levando à inatividade e improdutividade, além de aumentar a probabilidade em desenvolver um estado depressivo.

1.2 Relevância do estudo

Neste estudo, como foco para indagações e discussões, serão priorizados os temas capacidade funcional e presença dos sintomas depressivos, doenças físicas e psíquicas que, quando presentes no envelhecimento como as doenças crônicas, são assuntos de grande importância em todo o mundo, devido a sua grande prevalência na população idosa, o difícil diagnóstico, a presença em todas as classes sociais e culturais e, sobretudo, suas consequências micro e macrosociais e, ainda, individuais, na presença da relação com doenças incapacitantes, doenças psicossomáticas, algias, inatividade física e isolamento social, causando prejuízo das atividades da vida diária e do bem-estar entre os idosos.

Com os recursos das ciências da saúde e a crescente evolução tecnológica, o ser humano vem alcançando maior longevidade. Entretanto, se por um lado, verifica-se considerável ganho em termos da possibilidade de incrementar a duração e a qualidade da vida, por outro, torna-se necessário estabelecer um novo paradigma, um compromisso sociopolítico que torne efetiva essa possibilidade. Para tanto e pela importância do tema, organizações em todo o mundo buscam fundamento em pesquisas nas áreas de Geriatria e Gerontologia, que lhes permita percorrer caminhos de eficiência para atingir um objetivo comum: a melhoria da qualidade de vida do ser humano, em qualquer etapa de sua existência e que inclui também a fase do envelhecimento.

Não há uma única definição para a expressão qualidade de vida. Este conceito difere segundo distintas áreas de interesse, como na Economia, Sociologia, Política, Medicina, entre outras. Também apresenta diferentes métodos de avaliação. Segundo o Grupo de Qualidade de Vida, criado pela Organização Mundial da Saúde em 1995, qualidade de vida é “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”.

No que se refere à qualidade de vida, é fundamental o item relacionado à autopercepção que o indivíduo possui acerca de sua saúde. Para os idosos, essa auto-avaliação refere-se à habilidade, ou não, para realizarem e concluírem com eficiência as atividades do cotidiano a que se propõem, com independência e autonomia.

Sob o prisma da possibilidade de envelhecer com harmonia entre as modificações no curso do envelhecimento, sem mencionar as perdas e incertezas no percurso de vida, como será a avaliação do idosos sobre estas modificações? Como os idosos avaliam a sua própria capacidade funcional, e os sintomas depressivos interferem nas atividades de vida diária? Quais as consequências no cotidiano quanto aos medicamentos consumidos? Poderia o bem-estar subjetivo estar alterado com as co-morbidades? Esses idosos possuem ajuda nas atividades de vida diária? Que tipo de mecanismos e suporte de ajuda eles dispõem em suas atividades? Quando dependentes, há alteração na mobilidade destes idosos? As doenças interferem na velocidade e mobilidade da marcha? Como estaria o bem-estar subjetivo frente às co-morbidades, ao número de medicamentos e na presença do diagnóstico de depressão? Os idosos com depressão possuem prejuízo na marcha e na mobilidade? Como seria o bem-estar subjetivo deste grupo?

Diante desse quadro, pode-se questionar: como situar o bem-estar subjetivo dos idosos, considerando-se que, freqüentemente, os mesmos são portadores de uma ou mais enfermidades crônicas, entre as quais figura a depressão, além de fazerem uso regular de inúmeros medicamentos e de apresentarem graus variados de limitação à marcha e mobilidade?

Para os pesquisadores, instrumentos que permitam conhecer os processos de desencadeamento de atitudes frente às doenças crônicas, aos sintomas depressivos, aos *deficits* de marcha e mobilidade, bem como o grau de bem-estar subjetivo, no âmbito da investigação científica, são de grande valia, principalmente quando permitem evidenciar o perfil dos idosos assistidos em nível dos serviços de saúde.

Em Fisioterapia Aplicada à Geriatria e Gerontologia, orientam os presentes objetivos e questionamentos, para eficiência e eficácia no tratamento, as metas que propiciem maior nível de independência funcional motora, para que os idosos possam gozar de um maior grau de satisfação, em todas as atividades cotidianas, sem que ocorram quaisquer graus de restrições.

Sendo assim, é fundamental que se faça uma avaliação criteriosa e interdisciplinar prévia, que englobe todos os aspectos objetivos e subjetivos envolvidos nos aspectos funcionais que acompanham uma ação motora, visando traçar um diagnóstico fidedigno que permita estabelecer metas que correspondam ao efeito desejado, para o atendimento e cuidado com qualidade.

Na avaliação do *status* funcional, enseja-se analisar o equilíbrio e a marcha para a promoção desta independência funcional motora. Estes fatores são indispensáveis, visto que são reportados como elementos preditores de saúde. Para que ocorra esta harmonia entre o equilíbrio e a marcha, há a necessidade de integridade dos sistemas envolvidos em uma ação motora: osteomuscular, neurológico, cardiorrespiratório, neuro-endócrino e sensorial.

Em nível de assistência e atendimento ambulatorial, é importante utilizar instrumentos de avaliação, não só para rastreamento, com a finalidade de demonstrar a fidelidade, ou não, dos instrumentos utilizados, para coleta de informações, para construção de modelos de avaliação, maior eficiência e eficácia na construção de um diagnóstico e para maior conhecimento objetivo e subjetivo quanto ao olhar o paciente em toda sua fisiologia e psicologia. Por último, sua utilização possibilita aos pares focar na assertiva de tratamento mais adequado e específico, visto a heterogeneidade dos pacientes idosos, sem causar-lhes prejuízo cognitivo, físico e moral. Isso significa que instrumentos como SPPB, MIF, CES-D e Escala de Cantril, entre outros, podem ser

incorporados na prática da assistência aos gerontes, seja em nível dos serviços hospitalares, nas clínicas, no atendimento domiciliar, nas instituições asilares ou no atendimento ambulatorial, com a finalidade de implementar a qualidade da assistência oferecida, além de possibilitar a melhora na qualidade de vida desses idosos, uma vez que se já considerada a autopercepção dos mesmos.

Pelo exposto sobre descritores de qualidade de vida, aqui serão pontuados estudos relacionados à saúde física e ao bem-estar entre idosos e, ainda, e como se pode mensurar o bem-estar do paciente idoso, como exemplo, no item referente ao constructo do bem-estar subjetivo relacionado a doenças e capacidade funcional.

1.3 Fundamentação Teórica

A abordagem dos temas propostos será composta em três fases. Na primeira, haverá a definição de conceitos relacionados ao bem-estar subjetivo em idosos e a capacidade funcional apontada neste item, como avaliação motora, constructos no âmbito da marcha e da mobilidade de forma dependente ou independente, relacionados em “capacidade funcional”. Na segunda parte, serão descritos os sintomas depressivos e a singularidade do diagnóstico para os critérios de avaliação e sintomas específicos da velhice. Na última parte, será abordado a relação entre as doenças e os medicamentos prescritos para os idosos. A ênfase deste tópico consistirá na abordagem da relação do número de medicamentos consumidos e das doenças diagnosticadas e sua repercussão nas atividades de vida diária dos idosos.

1.3.1 O bem-estar subjetivo e a capacidade funcional no envelhecimento

O envelhecimento foi visto, até meados da década de 70, como desenvolvimento oposto entre o foco dado pelas ciências relacionadas à Geriatria e à Psicologia. Embora cada uma destas tenham estudos sistemáticos sobre o curso do envelhecimento, atualmente observa-se que ambas caminham em sintonia ao longo do ciclo vital, contudo nota-se que caminham com pesos distintos na determinação das mudanças evolutivas, conhecidas como perdas e ganhos no curso de vida. A primeira relaciona as perdas como um *deficit* e, a segunda, como aquisição a formas

de enfrentamento e adaptação durante o envelhecimento. O mesmo acontece com os ganhos, sendo para a Geriatria desta época muito poucos, e para a Psicologia haveria ganhos em resiliência e sabedoria.

É fundamental lembrar que o envelhecimento é um processo normal, constituindo-se uma das etapas da vida do ser humano em que ocorrem mudanças no organismo determinadas geneticamente, que se caracterizam por um decréscimo na capacidade de adaptação comportamental e por um aumento na vulnerabilidade do indivíduo ligado às perdas evolutivas, ao aumento da morbidade e somadas à probabilidade de morte (BELLINAZZI & GUARIENTO, 2006).

Estudos desenvolvidos a partir do projeto Genoma Humano indicam que, em nível celular, o envelhecimento associa-se à incapacidade da célula dividir-se, ou ainda, reproduzir-se (BEAL, 1995; GUARENTE, 1996). Mas verifica-se que ainda é muito incipiente o conhecimento dos mecanismos intra e extra-moleculares que norteiam o envelhecimento humano (BEAL, 1995; MANN, 1997; SCHLESSINGER & KO, 1998; MILLER, 1999; LY *et al.* 2000). As evidências experimentais apontam que certamente as alterações cromossômicas interferem no processo de envelhecer. Por outro lado, também verifica-se a necessidade de se aprofundar os estudos sobre a interação entre as modificações genéticas e o ambiente para melhor determinar a construção do envelhecimento (CENDES, 2001).

Faz-se necessária, portanto, uma análise sobre o quesito relacionado à construção, para o idoso, do que seria a satisfação global com a vida referente ao bem-estar subjetivo. Assim, pela importância dada ao conceito de qualidade de vida, este passou a ser mais enfático e progressivo, considerando-se os aspectos objetivos (atividades relacionadas à saúde física e atividades) e subjetivos (fatos que definem a satisfação) na vida das pessoas. Em relação a este fato, para os indivíduos estudados em Geriatria e Gerontologia, caberia o questionamento sobre a relação entre bem-estar subjetivo e qualidade de vida, bem como mensurar este grau de 'satisfação' entre grupos de idosos e se esta denominação teria relação com a saúde.

É importante mencionar que muitos idosos podem atingir idades avançadas em bom estado de saúde, assim como muitos podem envelhecer sem apresentar nenhuma doença crônica. Mesmo assim, a ocorrência de uma enfermidade crônica não implica que o idoso não possa ter boa qualidade de vida e gerir suas atividades cotidianas com autonomia e independência. Certamente, a percepção que o idoso tem de sua capacidade de desempenhar as tarefas do cotidiano, bem como de sua qualidade de vida, está vinculada ao bem-estar subjetivo.

Segundo VEEHOFEN (1984), o bem-estar subjetivo é definido como o grau que o indivíduo julga favoravelmente a qualidade de sua vida como um todo, a partir de elementos cognitivos e afetivos. Logo, os elementos cognitivos são relacionados ao grau de satisfação como um indicador da discrepância percebida pelo sujeito entre seu nível de aspiração e a possibilidade de realização. Os elementos de ordem afetiva baseiam-se no nível do prazer experimentado.

NERI (2004), por outro lado, afirmou que o senso de bem-estar subjetivo resulta da avaliação que o indivíduo tem a respeito das suas capacidades, das condições ambientais e de sua qualidade de vida, a partir de critérios pessoais combinados com os valores e as expectativas que vigoram na sociedade. Ainda, NERI (2002), apresentou como a partir do bem-estar subjetivo corresponde o nível de satisfação com a vida e relatou o conceito de bem-estar subjetivo relacionado a três aspectos centrais. O primeiro pertence ao âmbito da experiência privada, relativamente independente de saúde, conforto, virtude ou riqueza; o segundo é concernente às medidas de bem-estar subjetivo que incluem uma avaliação global e avaliações de domínios específicos (saúde física e mental, as relações sociais, a espiritualidade, a sexualidade); e, finalmente, o terceiro aspecto refere-se ao equilíbrio entre afetos positivos e negativos.

Sabe-se, também, que um nível ótimo de senso de bem-estar está claramente ligado à educação e à idade: adultos de meia-idade e idosos com maior nível educacional reportam maior sucesso na vida e melhor qualidade de vida é percebida. (KEYS, SHMOTKIN & RYFF, 2002).

Os idosos consideram a saúde o elemento mais importante para o seu bem-estar, e o seu comprometimento como a maior causa para a infelicidade, associando a manutenção da funcionalidade e a aceitação das alterações, entre outras, às mudanças positivas do

envelhecimento (RYFF, 1989). As alterações que se acompanham de declínio físico, da emergência ou piora de co-morbidades e de dificuldades em nível da memória são algumas das modificações psicológicas e fisiológicas comuns no envelhecimento, com probabilidade de serem vividas como eventos estressantes (FORTES, 2005).

Por sua vez, pesquisa realizada durante o Estudo SABE, no município de São Paulo, a respeito de saúde, bem-estar e envelhecimento, mostrou que 23,8% da população de idosos avaliados, apresentando ao menos uma incapacidade para executar as atividades de vida diária, tiveram reduzido pela metade a disposição em considerar a saúde muito boa ou boa na auto-avaliação (LEBRÃO & LAURENTI, 2005). Isso demonstra que o autoconceito sobre saúde e bem-estar subjetivo está relacionado, atualmente, ao grau de dependência ou independência para realizar as atividades de vida diária.

A independência é compreendida a partir da capacidade funcional, o que significa poder sobreviver sem ajuda, executando as atividades instrumentais de vida diária e o autocuidado (NERI, 2005). Com base nessa referência, CATANACH & TEBES (1991) definiram que a dependência é a incapacidade de funcionar com um mínimo de satisfação, sem ajuda, seja por limitações físicas e funcionais ou cognitivas, ou ainda em decorrência de ambas. A independência funcional é vista como a capacidade dos indivíduos realizar em uma atividade motora, através de seus próprios meios, sendo esta atividade relacionada à mobilidade e à funcionalidade, sem a necessidade de ajuda na execução de uma tarefa do cotidiano.

Para GOMES & DIOGO (2004), a capacidade funcional é entendida como a medida do grau de preservação da capacidade do indivíduo para realizar as atividades de vida diária (AVDs) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). BALTES e colaboradores, em 1993, propuseram um desdobramento da taxionomia que compreende AVDs e AIVDs para oito categorias de atividades: o autocuidado, o manejo instrumental de vida diária (coincidente com as AIVDs), lazer físico (quaisquer atividades que envolvam esforço físico, como exercícios, caminhadas, viagens e jardinagem), lazer intelectual (por exemplo, ler, escrever, pintar, ouvir música, ir a salas de exibição e participar de atividades religiosas), televisão, envolvimento social

(conversar, fazer visitas, telefonar, prestar auxílio a terceiros e exercer atividades políticas), descansar (fases passivas durante o dia, mas sem dormir) e dormir durante o dia (NERI, 2004).

Paralelamente, como uma faixa considerável de idosos desenvolvem, ao longo dos anos, alguma doença crônica que leva à perda contínua da função de órgãos e do sistema biológico (GORDILHO *et al.*, 2001), é possível pensar que tal perda pode levar a limitações funcionais e acarretar um aumento significativo de eventual incapacidade previamente existente.

Os *deficits* em capacidade funcional refletem-se na dependência funcional, a qual, além de comportar uma gradação, pode não atingir todos os domínios do funcionamento dos idosos ao mesmo tempo. Como pessoas em outras faixas etárias, os idosos são capazes de ativar mecanismos de compensação e otimização para enfrentar perdas funcionais, lançando mão de recursos tecnológicos, solicitando apoio social e psicológico ou valendo-se do controle exercido sobre o comportamento de outras pessoas (AYKAWA, 2002).

Dentre os eventos que podem estar ligados a alguns dos elementos pertinentes à dependência entre os idosos (NERI, 2005) estão *‘a incapacidade funcional relacionada a doenças, o senso de desamparo, a desmotivação, os estados afetivos negativos e a inadequação ou escassez de ajuda física e psicológica; as barreiras arquitetônicas e ergonômicas ou a consonância destes com a ausência de apoios ambientais, como o uso de bengalas, cadeira de rodas, aparelhos auditivos; tratamentos farmacológicos ineficazes e inadequados ou a iatrogenia, que podem induzir à inatividade, à apatia e à deterioração do cognitivo’*.

Em Gerontologia, a avaliação da capacidade funcional está ligada aos aspectos práticos das atividades de cuidado pessoal (com ajuda e sem ajuda) e ao grau de manutenção da capacidade para o desempenho de atividades básicas e mais complexas, representando um importante preditor de saúde para os idosos (KAWASAKI & DIOGO, 2004).

1. 3. 2. Co-morbidades e o uso de fármacos entre idosos

Com relativa frequência, as co-morbidades de características crônicas, mais comuns entre os idosos, evoluem com algum grau de perda da capacidade funcional, com *deficit* na qualidade de vida na velhice associado à dependência física e à imobilidade. FORLENZA (1997) destacou que, no âmbito das enfermidades físicas, elas podem precipitar episódios depressivos e contribuir para sua cronicidade, atuando tanto como evento de vida ameaçador quanto como fator de estresse psicossocial. Além disso, o prejuízo da capacidade funcional também altera consideravelmente a relação com o bem-estar subjetivo.

Uma gama de medicamentos é utilizada para reduzir os efeitos deletérios associados às doenças crônicas. O uso indiscriminado e excessivo dessas drogas pode expor o paciente a efeitos colaterais, alguns desnecessários e com danos variáveis, alguns dos quais potencialmente perigosos e com prejuízo para a capacidade funcional.

Segundo PAIXÃO JÚNIOR & HECKMAN (2006), em decorrência do envelhecimento normal, várias alterações interferem na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos. A gordura corporal aumenta em 35% entre 20 e 70 anos; verifica-se alteração no metabolismo renal e diminuição dos casos no metabolismo hepático; e também ocorrem alterações em nível das proteínas plasmáticas de transporte. Tais modificações podem aumentar o risco dos efeitos indesejáveis das medicações em idosos. Entre estes efeitos, estão as quedas, que constituem um evento mórbido bastante comum e temido pela população idosa (TINETTI, 2003). Com a queda, a pessoa idosa pode desenvolver sentimentos de vulnerabilidade, ameaça, humilhação e culpa, gerando resposta depressiva (ALMEIDA *et al.*, 2001).

Para ALMEIDA e colaboradores (1999), vários fatores podem contribuir para que se verifique a polifarmácia ou a ingestão inadequada de medicamentos, entre os quais o acesso fácil às medicações, o pequeno emprego de recursos não-farmacológicos em vista do manejo de problemas médicos e as concepções próprias do idoso e do médico que o assiste. Por outro lado, frequentemente ocorre dificuldade em separar o efeito dos fármacos daqueles que se devem às doenças para as quais eles são prescritos.

Conforme BELLINAZZI & GUARIENTO (2006), a prevenção da farmacoiatrogenia no tratamento do idoso deve obedecer aos seguintes parâmetros: verificar se o sintoma ou sinal a ser tratado não é efeito colateral de outra droga em uso; começar sempre que possível com uma droga de cada vez; iniciar com uma dose baixa do fármaco e ir aumentando de forma gradual e lembrar que a dose eficaz é bem tolerada pelo idoso e frequentemente é menor do que aquela utilizada para o tratamento de um adulto mais jovem.

1. 3. 3. A depressão e o envelhecimento: sintomatologia e avaliação

Segundo BELLINAZZI & GUARIENTO (2006), a depressão está entre as enfermidades crônicas de maior prevalência, em faixa etária mais avançada, e que, habitualmente, está associada a *deficit* na capacidade funcional. Ela tem um elevado impacto negativo na morbidade e na mortalidade da população idosa.

A depressão, em sua apresentação clínica, caracteriza-se como uma síndrome psiquiátrica cujas principais características são o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Entre idosos, essa síndrome é heterogênea, no que se refere à sua etiologia, aos aspectos de sua apresentação e ao seu tratamento, a começar pelo próprio diagnóstico. Sendo assim, discute-se sobre a prevalência da mesma entre idosos e qual seria o melhor instrumento para avaliar esse quadro entre grupos de idosos (TAVARES, 2004). Quanto aos fatores de risco, figuram: o histórico familiar e social, a presença de enfermidade crônica, a solidão, o sexo feminino e a falta de suporte social (PAHKALA *et al.*, 1995).

A *Society of Biological Psychiatry*, em publicações de 2001, demonstrou estudos internacionais sobre as diversas consequências da depressão entre idosos através da sigla “5 D”: *Disability* (as incapacidades); *Decline* (declínio); *Diminished quality of life* (diminuição da qualidade de vida) e *Discriminatory reimbursement policies* (políticas discriminatórias de indenização).

Utilizando-se o DSM-IV (Manual Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição) para caracterizar o episódio depressivo maior, observa-se que ele define a ocorrência de quadro de humor deprimido, ou perda de interesse ou de prazer em quase todas as atividades, por pelo menos duas semanas, manifestações que devem estar acompanhadas de, ao menos, cinco sintomas adicionais: idéias suicidas, sentimento de inutilidade, fadiga, distúrbios do apetite, interrupção do sono, retardo ou agitação, falta de concentração ou indecisão. Segundo BALLONE (2002), o DSM-IV também considera depressão menor e distímia a partir do número de sintomas. Para a depressão menor, deve-se constatar dois a quatro sintomas, entre os que foram referidos acima, por duas semanas ou mais; para a distímia, deve-se verificar a presença de três ou quatro desses sintomas, por pelo menos dois anos. Há controvérsias quanto ao uso do DSM-IV para o diagnóstico de depressão maior em indivíduos idosos, visto que esta classificação foi criada para diagnosticar essa enfermidade em indivíduos mais jovens e com ausência de doenças físicas.

Entre idosos, os critérios do DSM-IV podem conduzir a um subdiagnóstico de depressão, em função da ocorrência de co-morbidades e outros eventos de vida adversos, a que esses indivíduos estão expostos frequentemente (VERHEY & HONIG, 1997). De qualquer modo, geralmente o estado depressivo interfere na capacidade funcional, de forma negativa. Além disso, a dependência funcional pode contribuir para desencadear ou piorar o estado depressivo.

1.3.4. Associação entre marcha, co-morbidades, uso de medicamentos, sintomas depressivos e bem-estar subjetivo

A marcha é o meio de locomoção que ocorre com movimentos alternados das pernas, em posição ereta e que envolve a manutenção postural em pé e o controle do centro gravitacional (SHUMWAY-COOK & WOOLLACOTT, 2001). Esta análise constitui-se de dois ciclos: duplo apoio e simples apoio. No primeiro ciclo, os dois pés estão em contato com o solo e, no segundo ciclo, apenas um pé permanece em contato com o solo. Para que ocorra esta harmonia de movimentos durante uma ação motora que envolve habilidade com relação à marcha, para a realização de atividades básicas e avançadas de vida diária, compreende-se a necessidade do

acompanhamento, pela equipe interdisciplinar, para a avaliação periódica do estado geral e funcional dos pacientes idosos, visando, evitar ou adiar a instalação de incapacidades; tratar as alterações motoras e funcionais, eventualmente presentes; reabilitar o idoso, com algum grau de incapacidade, inserindo-o em seu contexto, de acordo com suas potencialidades, seja na presença de dependência física ou cognitiva.

Tendo em vista o perfil de um largo contingente de idosos que apresentam uma ou mais enfermidades crônicas, entre as quais se destaca a depressão, e que são orientados para o uso de vários medicamentos, com prejuízo da capacidade funcional, particularmente no que se refere à marcha e à mobilidade, ganha relevância avaliar a associação entre esses fatores, bem como a repercussão dos mesmos sobre o bem-estar subjetivo de indivíduos idosos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Descrever a casuística de 122 idosos (≥ 60 anos) atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, quanto às variáveis capacidade funcional, condições de saúde, sintomas depressivos e bem-estar subjetivo.

2.2. Objetivos Específicos

- 1) Avaliar as correlações entre idade e as variáveis: medida de independência funcional motora, velocidade de marcha, número de medicamentos, co-morbidades, sintomas depressivos, satisfação global e comparada, saúde geral e comparada;
- 2) Analisar as correlações entre gênero e as variáveis idade, medida de independência funcional motora, velocidade de marcha, número de medicamentos, co-morbidades, sintomas depressivos, satisfação global e comparada, saúde geral e comparada;
- 3) Verificar as correlações entre sintomas depressivos e as variáveis idade, medida de independência funcional motora, velocidade de marcha, número de medicamentos, co-morbidades, sintomas depressivos, satisfação global e comparada, saúde geral e comparada.

3. MÉTODO

O presente estudo foi desenvolvido através da construção de um banco de dados com o objetivo de armazenar informações obtidas por uma pesquisa que está sendo desenvolvida pela Universidade Estadual de Campinas. Refere-se ao Projeto Temático sobre “*Qualidade de Vida em Idosos Fragilizados, Indicadores de Saúde e de Bem-Estar Subjetivo*” (Anexo 1).

3.1. O Projeto Temático:

O Projeto Temático teve início em agosto de 2005, com o desenvolvimento de um projeto-piloto e, em agosto de 2006, finalizou-se a fase de coleta de dados de uma amostra de 122 pacientes. Esse Projeto Temático teve como objetivo caracterizar e traçar perfis de qualidade de vida na velhice, considerando-se a condição de fragilidade, em termos de saúde física e mental, capacidade funcional, envolvimento ativo e satisfação global, e em termos de domínios, estados emocionais, medos, senso de controle e conceito de boa velhice, com a finalidade de contribuir para as pesquisas sobre os processos que norteiam o curso do envelhecimento no Brasil.

3.2. Local e Realização:

Os dados foram coletados no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP-Campinas, SP, que atende em média 16 idosos/semana (≥ 60 anos), a partir de agosto de 2004. Os pacientes atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da UNICAMP (AG) são, em sua maioria, residentes na Região Metropolitana de Campinas, seguindo pelos moradores das Regiões Sul e Nordeste de Minas Gerais e Nordeste do Brasil. Esses pacientes são encaminhados das Unidades Básicas de Saúde e de outros ambulatórios do HC-UNICAMP. Estes pacientes foram abordados por integrantes da equipe de pesquisadores treinados para coletar as informações relativas ao Projeto Temático. Os idosos demandavam do AG para consulta previamente agendada. Na seleção dos pacientes entrevistados, observou-se criteriosamente se estes apresentavam condições cognitivas, auditivas e disponibilidade de tempo para responderem oralmente ao conjunto de questionários, testes e escalas que compunham o Protocolo. Os idosos foram esclarecidos sobre a finalidade do Projeto, buscando-se obter o

consentimento e disponibilidade dos mesmos ou, quando necessário, de seus acompanhantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

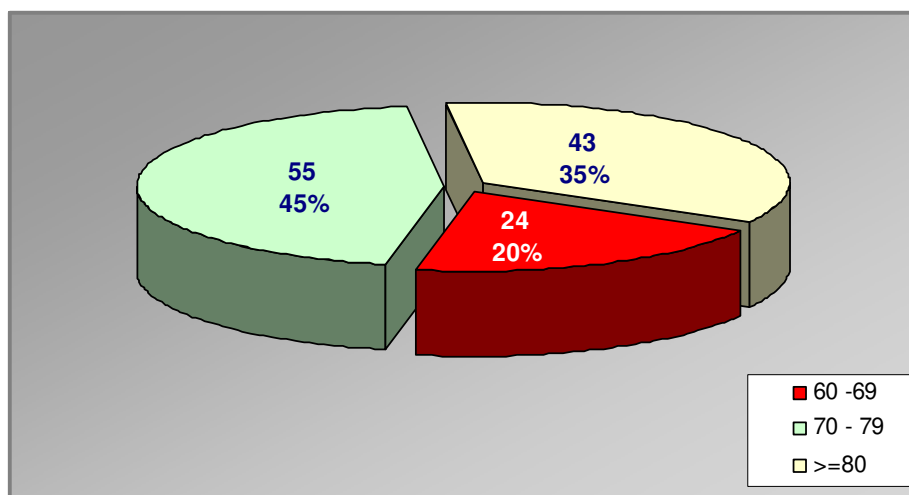
3.3. Aspectos Éticos da Pesquisa:

O estudo ao qual este trabalho está vinculado foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e obteve aprovação em 23/8/5, parecer do Projeto 240/2003 (Anexo1). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento livre e Esclarecido, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 2).

3.4. Composição e Descrição da Amostra:

As Figuras 1, 2 e 3 apresentam dados sobre gênero e idade da amostra.

Figura 1 - Distribuição da amostra de acordo com o critério de idade:



Distribuição por faixas etárias dos grupos.

A distribuição da amostra, em relação ao critério de faixa etária, observada entre os 122 idosos foi: 38,52% eram homens e 61, 47% eram mulheres com idades entre 60 e 93 anos ($M=77,3$, $DP=7,65$). As Figuras 1 e 2 e as Tabelas 1 e 2 apresentam dados sobre gênero e idade desta população. Evidencia-se que o gênero feminino prevalece numericamente sobre o gênero

masculino em todas as faixas etárias (61%), média etária de 77 anos anos com desvio-padrão (DP= 8,20), sendo a maior concentração de faixa etária entre 70 e 79 anos (51%), com idade mínima de 77,15 anos e máxima de 93 anos. Em relação aos homens, tiveram idade mínima de 77,11 anos e máxima igual à das mulheres, 93 anos, sendo o DP 6,75 menor.

As Figuras 2 e 3 mostram a distribuição e as características da amostra dos idosos de acordo com o gênero e a idade dos grupos estudados.

Figura 2 - Gráfico de distribuição por gênero:

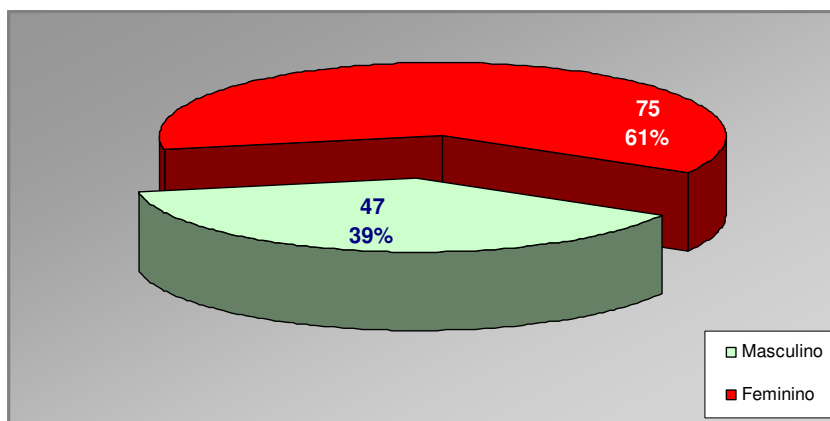
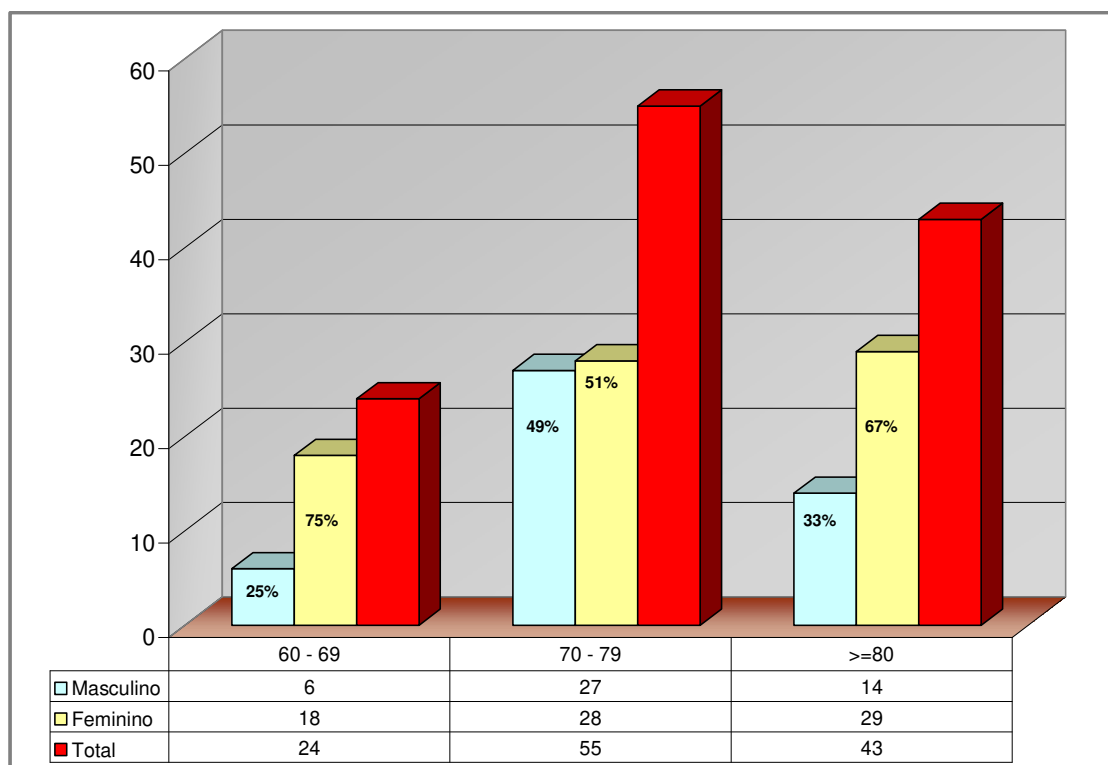


Figura 3 - Gráfico de distribuição relativa entre homens e mulheres por faixas etárias.



Observou-se um predomínio do sexo feminino nos três grupos. A maior parte dos idosos avaliados situou-se na faixa etária acima dos 70 anos, enquanto que na faixa etária de 60-69 anos encontrou-se o menor contingente de idosos.

3. 5. Coleta dos dados:

O estudo teve início no mês de agosto de 2005, após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética para Realização de Pesquisa (Anexo 1). Pelo período de dois meses, realizou-se o Teste-Piloto, envolvendo 20 pacientes com o desenvolvimento do protocolo completo, aplicado aos mesmos com um bom nível de aceitação e, também, com um progressivo aprimoramento dos profissionais envolvidos na aplicação do protocolo. Ao final da fase de teste-piloto, foi revisto o protocolo, pela equipe de pesquisadores, quanto a todas as variáveis que, uma vez coletadas, passaram a ser inseridas em um banco de dados, formado especialmente para este estudo. A partir

daí, teve início a aplicação do protocolo de pesquisa a todos os pacientes encaminhados para consulta no Ambulatório de Geriatria do HC-UNICAMP. O treinamento desses profissionais consistiu em aulas teóricas e práticas administradas por profissionais qualificados para a utilização da MIF (Medida de Independência Funcional), com carga horária de 8 horas, realizado pela Divisão de Medicina de Reabilitação (DRM) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/USP). Também, foi oferecido treinamento para a aplicação dos demais instrumentos de medida utilizados no estudo: BES, CES-D, Mini-Mental e SSPB, entre outros.

Contextualizando o estudo sobre os sintomas depressivos, avaliação da marcha e da medida de independência funcional motora e as condições de saúde como no número de medicamentos e número de doenças e do bem-estar subjetivo dos homens e mulheres idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria

3.6. Análise da amostra:

3.6.1. Sujeitos

Foi feita divisão da amostra em três grupos, conforme a distribuição dos sujeitos em três faixas etárias: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e maior ou igual a 80 anos. Também se procedeu à divisão dos sujeitos conforme categoria “gênero” (masculino e feminino). Para cada um desses grupos foram utilizados os seguintes instrumentos: MIF TM, SPPB, Escala de Cantril e CES-D, além do levantamento das condições de saúde, ou seja, no presente estudo, os diagnósticos das doenças detectadas e registradas no prontuário médico, assim como as medicações prescritas na última consulta, conforme o registro.

3.6.2. Instrumentos: Para desenvolvimento do presente trabalho, foram considerados os dados coletados a partir do uso dos instrumentos explicitados a seguir.

3.6.2.1. Variáveis sócio-demográficas: Foram selecionadas 2 questões, relativas à idade e gênero.

3.6.2.2. Medida da Independência Funcional (*Functional Independence Measure, FIM*) (Anexo 7).

A FIM foi criada, na década de 80, e, validada no Brasil por RIBERTO 2000, para avaliar quantitativamente o desempenho diante do grau de esforço para realização de atividades motoras de vida diária, como o autocuidado, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social de brasileiros com graus específicos de incapacidade. Tal instrumento de avaliação tem a finalidade de mensurar o grau de independência funcional dos indivíduos avaliados. Para tanto, estrutura-se em níveis com uma pontuação obtida a partir do questionamento direto ao paciente e/ou acompanhante. Pontua-se de 1 a 5 pontos, em dependência modificada, variando o grau desta dependência nas atividades mencionadas acima, pontuando de 5 a 3; dependência completa de 2 a 1, sendo que nestas pontuações o indivíduo realiza suas atividades com ajuda. Para as atividades realizadas sem ajuda, a pontuação para independência completa o escore pontua-se 7 e independência modificada pontua-se 6, com ajuda técnica (RIBERTO, 2000) (Anexo 7).

É dividida entre MIF Motora e MIF Cognitiva, sendo a primeira referente ao autocuidado, ao controle de esfíncteres, à mobilidade (transferências e locomoção) e, a segunda, à comunicação e à cognição social. A MIF Motora é dividida em subitens descritivos, como autocuidados (itens relacionados a alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se e fazer uso do vaso sanitário), controle de esfíncteres (controle de urina e fezes) e mobilidade (no item referente a transferências, avalia-se pelo questionamento quanto as transferências realizadas no leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheira ou chuveiro. Para o item relativo à locomoção, as perguntas são realizadas com relação à marcha/cadeira de rodas ou escadas).

Na MIF Cognitiva, questiona-se quanto à comunicação, item que denota a compreensão e expressão. A cognição social divide-se em níveis de interação social, resolução de problemas e memória.

3.6.2.3. Avaliação do desempenho físico de Membros Inferiores - *Short Physical Performance Battery (SPPB)* (Anexo 3)

Essa escala foi validada por GURALNIK (1994) e adaptada por NAKANO (2007), em uma versão brasileira, que apresenta três itens de avaliação para propensão a quedas em idosos, dispostos por fases, com a finalidade de conhecer o equilíbrio, velocidade e flexibilidade. A primeira fase refere-se ao Teste de Equilíbrio, a segunda ao teste de Velocidade de Marcha e a terceira ao Teste de Força dos Membros Inferiores.

No presente estudo, foram tomados os dados referentes à segunda fase do *SPPB*, que avalia a velocidade da marcha do idoso, com pontuação entre 0 e 4 pontos, marcando-se com um cronômetro o tempo de marcha relacionado à ida, no primeiro momento, e o tempo de marcha, relacionado à volta, em um segundo momento. A seguir, escolhe-se o melhor tempo, ou seja, aquele que se refere a menor velocidade de marcha.

Quando o idoso pontua 0, isso significa que o mesmo foi incapaz de realizar o movimento; 1 ponto, atribui-se ao que atinge um tempo de marcha com velocidade superior a 8,70 segundos; 2 pontos, quando o tempo de marcha fica entre 6,21 e 8,70 segundos; a pontuação 3 significa que o tempo de marcha está entre 4,83 e 6,20 segundos; finalmente, a pontuação 4 significa que o paciente realizou o teste em um tempo inferior a 4,82 segundos.

3.6.2.4. Escala de rastreamento de depressão: (*Center Epidemiologic Survey – Depression - CES-D*) (Anexo 4)

A escala CES-D do Centro de Estudos Epidemiológicos foi validada no Brasil para a população idosa (TAVARES, NERI & CUPERTINO, 2007) (Ver Anexo 4), sendo a escala original desenvolvida por RADLOFF (1977), no *National Institute of Mental Health* (EUA). Sua criação visava investigar estados depressivos em populações adultas, através da coleta de auto-relato de sintomas depressivos, construída a partir da *Zung's Depression Scale* (ZUNG, 1965), originada do *Beck's Depression Inventory* (BECK *et al.*, 1961) e do inventário de depressão *Raskin* (RISKIN *et al.*, 1967), originado do Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI.

O questionário da CES-D compõe-se de 20 perguntas relacionadas ao comportamento e ao humor na semana anterior à aplicação do instrumento, com a história clínica de depressão. As respostas são direcionadas de acordo com a frequência (nunca, raramente, poucas vezes, na maioria das vezes, sempre), a partir das perguntas que compõem o instrumento.

O estudo realizado por TAVARES, NERI & CUPERTINO (2007) estabeleceu uma pontuação para a CES-D - > 11, a partir do qual os idosos, que totalizam 12 pontos ou mais, têm um forte indício de depressão. Esta nota de corte foi construída com base na comparação com o estudo do comportamento dos mesmos indivíduos através da *Geriatric Depression Scale* (GDS), proposto por YESAVAGE *et al.*, 1983 e validado, em 1999, por ALMEIDA e ALMEIDA.

No Brasil, a CES-D compõe-se de fatores descritos como afetos negativos, dificuldade para iniciar comportamentos e afetos positivos. A mesma permite a classificação em levemente, moderadamente e gravemente deprimido (TAVARES-BATISTONI, NERI & CUPERTINO, 2007).

3.6.2.5. Escala de Cantril – Bem-Estar Subjetivo: (Anexo 5)

The Cantril Ladder Scale foi proposta por CANTRIL (1969), segundo NERI (2002), e refere-se a um questionário com a possibilidade de uma auto-avaliação do paciente idoso, com base prioritariamente em um instrumento autodescritivo, demonstrado em forma de escada, quanto ao seu bem-estar subjetivo, de acordo com os domínios relacionados à saúde percebida, satisfação global com a vida, satisfação referida a domínios e à comparação social. Todas as perguntas têm sido objeto de análises metodológicas com validade em diversos níveis, sendo também um instrumento de medida breve de bem-estar global (Anexo 5).

Estudos da literatura científica sobre o tema bem-estar subjetivo descrevem “como” e “porque” os indivíduos experimentam suas vidas de forma positiva. Estes estudos focalizam conceitos como felicidade, satisfação, moral e afetos positivos, bem-estar psicológico e o bem-estar subjetivo (DIENER, 1984; PAVOT & DIENER, 1993).

A possibilidade de resposta para o item domínios, comparação social e satisfação global com a vida passa pelas opções “ruim”, “mais ou menos” ou “muito”; no item relacionado à saúde percebida, a resposta passa pelas opções: “ruim”, “mais ou menos” ou “boa”, todos em comum acordo com o grau de intensidade de experiência atribuído à pergunta em questão. Pontuou-se cada item em 1, 2 ou 3, para cada pergunta respondida, na ordem do pior para o melhor.

A idéia central é que o bem-estar subjetivo possa ser indicado por satisfação e por afetos positivos e negativos. A satisfação pode ser global ou referenciada a domínios. O modo mais simples de avaliar satisfação é mediante escala de 3 ou mais pontos. Os pontos podem ser ancorados por advérbios (muitíssimo x pouquíssimo) ou por numerais (1 a 5, por exemplo). Podem ser ancorados por representações gráficas como escadas ou faces esquemáticas representando emoções.

Neste estudo, optou-se pelo último modelo, quando na presença de dificuldade de compreensão das perguntas por parte dos idosos, com a finalidade de aumentar a clareza para responder o instrumento.

3.6.2.6. Condições de Saúde

As informações sobre as enfermidades são aquelas registradas no prontuário dos pacientes idosos, em seguimento clínico no Ambulatório de Geriatria (HC-UNICAMP). A partir da coleta deste dado, os pacientes foram avaliados quanto ao número de doenças. A seguir, coletaram-se, também, os medicamentos prescritos no prontuário durante a última consulta do paciente, sendo o mesmo avaliado ainda quanto ao número de medicamentos prescritos nessa consulta.

O grupo de idosos avaliados foi dividido em três, em relação ao número de doenças: os que apresentam 1 a 3 doenças; 4 a 6 doenças e, os que apresentam igual a 7 doenças ou mais. Em relação às condições de saúde, o número de medicamentos registrados no prontuário também permitiu a divisão em três grupos: 1 a 3 fármacos; 4 a 6 fármacos e 7 ou mais fármacos prescritos (Anexo 6).

4. RESULTADOS

Os dados relacionados aos instrumentos e variáveis foram analisados através de ferramentas estatísticas descritivas univariadas, com a finalidade de descrever a amostra de acordo com as diversas variáveis em estudo, representadas aqui como variáveis categóricas tal como gênero e numéricas tais como faixa etária, sintomas depressivos, número de medicamentos, número de doenças, melhor tempo de marcha, bem-estar subjetivo e medida de independência funcional motora e total. Foram utilizadas tabelas de frequência e estatísticas descritivas com medidas de posição e dispersão para as variáveis contínuas, numéricas e escalas (como a do bem-estar subjetivo).

Para analisar e comparar as medidas categóricas e contínuas, utilizou-se a dos modelos bivariados (Testes Qui-Quadrado, U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis), na dependência dos grupos formados. Entretanto, com o objetivo de analisar a relação entre as variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de Spearman e análise descritiva das variáveis numéricas e escalas, com seus respectivos escores. Foram utilizadas ainda análises de consistência interna dos instrumentos pelo Coeficiente α de Cronbach e o nível de significância adotado para os testes foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

De acordo com os objetivos traçados, serão descritos em primeiro lugar os dados encontrados, de acordo com as variáveis: a) Faixa etária; b) Condições de saúde (número de medicamentos e número de doenças); c) Velocidade de marcha; d) Medida de independência funcional motora; e) Sintomas depressivos e f) Os domínios do bem-estar subjetivo. Em segundo lugar, serão apresentados os dados relativos à investigação criteriosa e análise que envolveram as variáveis citadas, conforme os gêneros desta população. Em terceiro lugar, serão apresentados dados sobre o perfil dos idosos com sintomas depressivos. Foi verificada também a consistência interna dos instrumentos utilizados neste estudo.

4.1. Análise das propriedades e variáveis

De acordo com a proposta de estudo, analisaram-se 122 idosos, agrupados por idade e gênero, segundo as variáveis condições de saúde, velocidade de marcha, medida de independência funcional motora e total, sintomas depressivos e os domínios do bem-estar subjetivo. A Tabela 1 mostra os resultados quanto à comparação das variáveis categóricas e contínuas, conforme as faixas etárias.

Tabela 1 - Comparação das variáveis por faixas etárias

p-valores referentes ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre as 3 faixas etárias. Diferenças significativas (teste post-hoc de Dunn; $p < 0.05$): **Marcha ('60-69' $\neq$ '>=80'); **Saúde Geral** ('60-69' $\neq$ '>=80'); **Satisfação Vida** ('60-69' $\neq$ '70-79'; '60-69' $\neq$ '>=80'); **Satisfação Comparada** ('60-69' $\neq$ '>=80').

Quanto ao número de doenças, o resultado encontra-se a seguir.

Tabela 1A: Distribuição dos idosos por número de doenças (em quartis)

Nº Doenças (Quartis)	Nº Idosos	%
1 - 3	22	18,03%
4 - 6	58	47,54%
=7	42	34,43%
Total	122	100,00%

Tabela 1B: Distribuição dos idosos por número de doenças

Nº Doenças	Nº Idosos	%
1	3	2,46%
2	7	5,74%
3	12	9,84%
4	20	16,39%
5	21	17,21%
6	17	13,93%
7	13	10,66%
8	9	7,38%
9	9	7,38%
10	6	4,92%
11	3	2,46%
12	2	1,64%

A distribuição dos idosos conforme o número de medicamentos prescritos e anotados nos prontuários é feita na Tabela 2A e 2B.

Tabela 2A: Distribuição dos idosos por número de medicamentos (em quartis)

Nº Medicamentos (Quartis)	Nº Idosos	%
1 - 3	24	19,67%
4 - 6	62	50,82%
=7	36	29,51%
Total	122	100,00%

Tabela 2B: Distribuição dos idosos por número de medicamentos

Nº Medicamentos	Nº Idosos	%
1	1	0,82%
2	11	9,02%
3	12	9,84%
4	20	16,39%
5	27	22,13%
6	15	12,30%
7	19	15,57%
8	8	6,56%
9	5	4,10%
10	1	0,82%
11	1	0,82%
14	2	1,64%

Na avaliação dos idosos através da CES-D, tomando-se como valor de corte a pontuação > 11, mostrou que 36 indivíduos (30%) não apresentaram sintomas depressivos, enquanto 84 (70%) apresentaram. Dois pacientes não foram submetidos a esta avaliação.

Foram analisados os dez perfis de maior risco e os dez perfis de menor risco de desenvolver sintomas depressivos. Pelos resultados da Análise Multivariada para depressão, verificou-se que foram significativas conjuntamente as variáveis número de doenças, escore da MIF motora e satisfação com a vida: os idosos com maior risco de depressão foram os com médio e alto número de doenças (riscos de 3,8 e 4,7 vezes) com baixo escore da MIF motora (risco de 3,6 vezes) e com média e baixa satisfação com a vida (riscos de 3,9 e 15,2 vezes maior). A seguir, é apresentada a probabilidade de risco de depressão segundo o perfil do indivíduo, conforme os resultados obtidos do Modelo de Regressão logística Multivariada. Foram apresentados apenas os dez perfis de menor risco e os dez perfis de maior risco apresentadas no Anexo 9.

Tabela 3. Comparação entre os idosos conforme pontuação na escala da CES-D e as variáveis: idade, número de doenças e medicamentos, saúde geral, saúde comparada, satisfação e satisfação comparada, medida de independência funcional motora e total e a velocidade de marcha.

VARIÁVEL	CES-D Total		p-valor
	< 11	= 11	
ID	78,14 ± 7,70	76,37 ± 7,38	0,286
ND	5,31 ± 2,79	6,01 ± 2,34	0,121
NM	5,00 ± 1,97	5,54 ± 2,41	0,275
SG	2,28 ± 0,61	2,05 ± 0,73	0,113
SDC	2,72 ± 0,51	2,19 ± 0,75	0,001
SS	2,67 ± 0,53	2,21 ± 0,71	0,001
SAC	2,69 ± 0,52	2,32 ± 0,70	0,005
MIFMO	84,61 ± 6,55	80,83 ± 10,68	0,077
MIFTOT	116,36 ± 10,66	111,24 ± 13,60	0,021
MAR	2,08 ± 1,00	1,87 ± 1,04	0,302

ID- Idade, ND-Número de doenças, NM-Número de medicamentos, CESDT-Depressão Total, SG-Saúde Geral, SDC Saúde Comparada, SS- Satisfação, SAC-Satisfação Comparada, MIFMO MIF Motora, MIFTOT-MIF Total, MAR-Velocidade de Marcha

Quanto à velocidade da marcha, medida através do teste SPPB, verificou-se que foi apresentado abaixo.

Tabela 4: Distribuição dos idosos conforme a velocidade de marcha medida pelo SPPB

Velocidade de Marcha	Nº Idosos	%
< 4,82 m/s	9	7,38%
4,82 - 6,20 m/s	28	22,95%
6,21 - 8,70 m/s	33	27,05%
> 8,70 m/s	47	38,52%
*INCAPAZ	5	4,10%
Total	122	100,00%

* Motivo da incapacidade: Três pacientes não caminhavam e dois pacientes não fizeram o teste.

Durante a aplicação deste teste observou-se que nove idosos usavam bengala, nove tiveram outro tipo de dificuldade não registrada e 41 apresentaram dificuldade para realizar o teste.

Tabela 5: Distribuição dos idosos conforme a pontuação no teste de velocidade da marcha

Pontuação Velocidade	Nº Idosos	%
0	5	4,10%
1	47	38,52%
2	33	27,05%
3	28	22,95%
4	9	7,38%
Total	122	100,00%

Quanto à variável satisfação com a vida, tanto em nível global quanto em comparação com os outros, os dados obtidos aparecem a seguir.

Tabela 6: Distribuição dos idosos conforme a variável satisfação global com a vida

SS	Nº Idosos	%
Pouco	15	12,50%
Mais ou Menos	48	40,00%
Muito	57	47,50%
Total	120	100,00%

SS - Satisfação Global

Não há registro dessa variável para dois pacientes.

Tabela 7: Distribuição dos idosos conforme a variável satisfação comparada com os outros.

SAC	Nº Idosos	%
Pouco	12	10,00%
Mais ou Menos	44	36,67%
Muito	64	53,33%
Total	120	100,00%

SDC-Saúde Comparada

Não há registro dessa variável para 2 pacientes.

Os dados relativos à variável saúde geral e em comparação com os outros, são os apresentados a seguir.

Tabela 8: Distribuição dos idosos conforme a variável saúde geral

SG	Nº Idosos	%
Ruim	23	19,17%
Mais ou Menos	60	50,00%
Boa	37	30,83%
Total	120	100,00%

SG - Saúde Geral

Não há registro dessa variável para dois pacientes.

Tabela 9: Distribuição dos idosos aconforme variável saúde comparada com os outros

SDC	Nº Idosos	%
Ruim	18	15,00%
Mais ou Menos	42	35,00%
Boa	60	50,00%
Total	120	100,00%

SAC-Satisfação Comparada

Não há registro dessa variável para dois pacientes.

A análise descritiva de todas essas variáveis está na Tabela 10.

Tabela 10: Análise descritiva das variáveis entre os idosos avaliados

VARIÁVEL	N	M	DP	MÍN	MAX
I	122	77,13	7,65	60	93
ND	122	5,75	2,51	1	12
NM	122	5,37	2,29	1	14
CESDT	120	19,88	12,98	0	51
SG	120	2,12	0,7	1	3
SDC	120	2,35	0,73	1	3
SS	120	2,35	0,69	1	3
SAC	120	2,43	0,67	1	3
MIFMO	120	81,97	9,76	44	91
MIFTOT	120	112,78	12,96	67	126
MAR	122	1,91	1,04	0	4

I-Idade, ND-Número de doenças, NM-Número de medicamentos, CESDT-Depressão Total, SG-Saúde Geral, SDC Saúde Comparada, SS- Satisfação, SAC- Satisfação Comparada, MIFMO MIF Motora, MIFTOT-MIF Total, MAR-Velocidade de Marcha
N - Número de Idosos, M - Média, DP - Desvio Padrão

Apresentam-se, a seguir, os coeficientes de consistência interna (α de Cronbach) para medir a confiabilidade dos instrumentos utilizados. Verifica-se alta consistência interna para a escala MIF e seus respectivos domínios: motor, cognitiva e total, sendo esta última a soma da MIF motora e cognitiva.

Tabela 11: Análise dos coeficientes de consistência interna para os instrumentos utilizados

Escalas / Domínios	Nº de Itens	α de Cronbach
MIF / Motora	13	0.929
MIF / Cognitiva	5	0.861
MIF / Total (Motora+Cognitiva)	18	0.927

A seguir, são encontrados as comparações das variáveis categóricas e contínuas conforme as faixas etárias em que foram divididos os idosos estudados.

Tabela 12: Comparação das variáveis estudadas por faixas etárias

VARIÁVEL	60 - 69	70 - 79	≥ 80	* p-valor
ND	5,38 ± 2,04	5,76 ± 2,38	5,93 ± 2,91	0,796
NM	5,67 ± 2,06	5,56 ± 2,62	4,95 ± 1,90	0,46
CESDT	23,50 ± 15,00	20,82 ± 12,52	16,49 ± 11,79	0,103
SG	1,79 ± 0,66	2,16 ± 0,71	2,24 ± 0,66	0,035
SDC	2,08 ± 0,78	2,36 ± 0,75	2,49 ± 0,64	0,11
SS	1,96 ± 0,75	2,38 ± 0,68	2,54 ± 0,60	0,007
SAC	2,17 ± 0,82	2,38 ± 0,65	2,66 ± 0,53	0,022
MIFMO	82,71 ± 10,98	83,35 ± 8,15	79,68 ± 10,77	0,152
MIFTOT	113,08 ± 14,43	115,13 ± 10,22	109,44 ± 14,82	0,185
MAR	2,38 ± 1,17	1,98 ± 0,93	1,56 ± 0,98	0,005

ND-Número de doenças, NM-Número de medicamentos, CESDT-Depressão Total, SG-Saúde Geral, SDC Saúde Comparada, SS-Satisfação, SAC-Satisfação Comparada, MIFAC-MIF Auto Cuidado, MIFCE-MIF Controle Esfincter, MIFTOT-MIF Total, MAR-Velocidade de Marcha

* p-valores referem-se ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre as três faixas etárias.

Esta análise permitiu constatar diferença significativa ($p=0,005$) na pontuação em marcha, entre as faixas etárias 60-69 e ≥ 80 anos, desfavorável para os mais idosos; na satisfação com a vida ($p=0,007$) entre as três faixas etárias, desfavorável para os menos idosos; na satisfação comparada com os outros ($p= 0,022$), entre as faixas de 60-69 e ≥ 80 anos, desfavorável para os menos idosos; e, finalmente, na variável saúde geral ($p=0,035$) entre os idosos de 60-69 e ≥ 80 , também desfavorável para os mais jovens.

As comparações entre as principais variáveis estudadas, categóricas e contínuas, segundo os gêneros, são mostradas a seguir.

Tabela 13: Comparação das variáveis estudadas por gêneros.

VARIÁVEL	Masculino	Feminino	p-valor
I	77,11 ± 6,75	77,15 ± 8,20	0,868
ND	5,19 ± 2,36	6,09 ± 2,55	0,089
NM	4,89 ± 1,98	5,67 ± 2,42	0,089
CESDT	15,77 ± 11,22	22,52 ± 13,41	0,005
SG	2,23 ± 0,56	2,04 ± 0,77	0,187
SDC	2,57 ± 0,62	2,21 ± 0,76	0,008
SS	2,47 ± 0,65	2,27 ± 0,71	0,137
SAC	2,57 ± 0,58	2,34 ± 0,71	0,084
MAR	2,36 ± 0,97	1,63 ± 0,98	0,001
MIFMO	85,53 ± 5,75	79,67 ± 11,08	0,002
MIF TOT	117,43 ± 9,22	109,78 ± 14,14	0,001

ND-Número de doenças, NM-Número de medicamentos, CESDT-Depressão Total, SG-Saúde Geral, SDC Saúde Comparada, SS- Satisfação, SAC-Satisfação Comparada, MAR-Velocidade de Marcha, MIFMO MIF Motora, MIFCE-MIF Controle Esfincter, MIFTOT-MIF Total, MAR-Velocidade de Marcha

Pelos resultados, verificaram-se os seguintes valores significativos entre os gêneros: pior pontuação da marcha, através da escala SPPB para as mulheres ($p < 0,001$); maior registro de sintomas depressivos entre as mulheres ($p = 0,005$); pior avaliação da saúde comparada entre as mulheres ($p = 0,008$); pior pontuação da MIF motora e total para as mulheres ($p = 0,002$ e $0,001$, respectivamente).

A partir dos resultados obtidos, os dados relacionados à significância entre os idosos com e sem sintomas depressivos foram: pior avaliação da satisfação com a vida entre os que apresentaram sintomas depressivos ($p = 0,001$), pior nível de satisfação comparada no grupo com sintomas depressivos ($p = 0,005$), pior avaliação da saúde comparada no grupo com sintomas depressivos ($p < 0,001$) e menor pontuação para MIF total entre aqueles com sintomas depressivos ($p = 0,021$).

Resumindo, os resultados foram os seguintes de acordo com os objetivos:

- 1) Os indivíduos mais idosos (≥ 80 anos) tiveram pior desempenho motor do que os menos idosos (60 a 79 anos) e os indivíduos mais idosos (≥ 80 anos) apresentaram melhores níveis de

satisfação global com a vida, satisfação comparada e avaliação da saúde geral, quando confrontados com os menos idosos (60 a 79 anos);

2) Níveis elevados de incapacidade funcional, presença de sintomas depressivos, co-morbidades, polifarmácia e as mulheres idosas tiveram níveis mais altos de sintomas depressivos, assim como pior desempenho motor e auto-avaliação quanto à satisfação comparada e à saúde comparada, quando confrontadas com os parâmetros obtidos dos homens idosos. Os grupos que tiveram pior desempenho motor e menor nível de bem-estar subjetivo foram as mulheres, os menos idosos e os que apresentaram sintomas depressivos;

3) Os idosos que apresentaram sintomas depressivos, também apresentaram pior auto-avaliação da satisfação global com a vida, pior nível de satisfação comparada, pior avaliação da saúde comparada e pior desempenho motor e cognitivo, quando confrontados com os idosos que não apresentaram sintomas depressivos;

5. DISCUSSÃO

O foco primordial para as indagações deste estudo e discussões será o desempenho dos idosos através da avaliação da sua capacidade funcional e presença de sintomas depressivos, marcados ou não pela presença de doenças físicas e psíquicas que, quando presentes no envelhecimento, podem causar alterações quanto à satisfação dos idosos no curso de vida.

Um fator importante, que é um dos propósitos deste estudo, é a capacidade funcional, além das multimorbidades. Algumas delas, com o avançar da velhice, repercutem em doenças crônicas, entre elas a depressão. Esta merece atenção especial e cuidadosa nesta investigação, sendo que em todo o mundo há grande prevalência na população idosa. Ainda, há o difícil diagnóstico, a presença em todas as classes sociais e culturais e sobretudo suas consequências micro, macrossociais e ainda individuais, quando na presença de doenças incapacitantes, doenças psicossomáticas, algias, inatividade física e isolamento social. A depressão pode causar, em muitos casos, prejuízo das atividades da vida diária e consequentemente do bem-estar entre os idosos.

Nesse cenário, pode-se questionar, de acordo com os resultados, como se apresenta o bem-estar subjetivo dos idosos deste estudo, que frequentemente eles são portadores de comorbidades e ainda fazem o uso regular de inúmeros medicamentos. Mostram comprometimento motor e, em alguns casos, graus variados de limitação à marcha e mobilidade.

Construiu-se, desse modo, um perfil dos idosos atendidos no Hospital das Clínicas da Unicamp, no Ambulatório de Geriatria, de forma a preencher a lacuna com relação à análise da capacidade funcional, das condições de saúde, dos sintomas depressivos e do bem-estar subjetivo dessa amostra, conforme já descrito.

Os instrumentos utilizados nesse estudo, para avaliação da amostra de 122 pacientes idosos, demonstraram ser efetivos e consistentes para buscar uma comparação com outros estudos e para formar critérios que permitam caracterizar esta amostra de acordo com os

instrumentos, que mostraram dados expressivos e respondam os questionamentos feitos durante o estudo.

No que se refere às condições físicas no curso do envelhecimento, notaram-se perdas fisiológicas significativas: como consequências, prejuízo na capacidade funcional e ainda, um decréscimo nas interações com relação à satisfação em realizar suas atividades da vida diária sem ajuda de terceiros ou de recursos como bengalas e andadores. Foram relações importantes na auto-avaliação, no que diz respeito ao constructo do significado intrínseco da palavra saúde, durante o auto-relato e nos domínios do bem-estar subjetivo. No presente estudo, 47 (38,52) dos indivíduos avaliados pelo domínio marcha da SPPB pontuaram 1 ($>8,7\text{m/s}$), ou seja, durante o percurso de marcha tiveram maior tempo e tiveram desempenho bastante limitado, o que denotou precariedade funcional desses indivíduos. Quanto ao uso de bengalas e andadores, notou-se que os indivíduos, em sua grande maioria eram independentes quanto ao suporte de auxílio para marcha.

Para análise das variáveis que se referiram às variáveis que preconizam a capacidade funcional, MIF e a SPPB, qual delas, quando correlacionadas, apontariam melhor espectro do movimento, quanto a níveis funcionais, se ao analisar as atividades de vida diária deste grupo de idosos, as informações fornecidas pelo auto-relato da MIF e/ou o desempenho dado pelo SPPB seriam mais sensíveis para uma avaliação da capacidade funcional? Ou os dois instrumentos forneceriam dados relevantes, em consonância com as informações? A primeira remonta o correlato do paciente e/ou do cuidador e a segunda permite ao pesquisador assistir e testar o desempenho e a performance dados pelo percurso da marcha durante a aplicação do instrumento.

RAMOS, em um estudo realizado na cidade de São Paulo (1993), mostrou que cerca de metade da população estudada (53%) relatou ter necessidade de ajuda parcial ou total para realizar pelo menos uma das atividades da vida diária. Foi detectado também que 29% dos idosos necessitavam de ajuda parcial ou total para realizar até três dessas atividades de vida diária. Conforme MEDINA e colaboradores (1998), uma porcentagem de 40% dos indivíduos no Brasil, a partir de 65 anos, possuem necessidade de ajuda para a realização de atividades de vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições, etc. Entretanto, um contingente

menor (10%) precisa de ajuda para as atividades de vida diária, que compõem capacidades como banhar-se, alimentar-se e vestir-se, etc.

Nos estudos sobre avaliação da capacidade funcional é utilizado, com grande valia, a MIF para investigação das mudanças no grau de independência em atividades em que o paciente preserve a capacidade motora e cognitiva. Porém, este instrumento, com sua sensível avaliação em relação às modificações nos níveis de independência funcional, não é uma prática de observação clínica direta, da realização de movimentos relacionados às atividades da vida diária que envolva a parte motora durante avaliação do profissional treinado para utilizá-la.

RIBERTO (2000), no estudo sobre a reprodutibilidade da versão brasileira da MIF, aplicou este instrumento em 150 pacientes, atendidos em dois centros de reabilitação da cidade de São Paulo, com histórico de seqüelas após acidente vascular cerebral. Pôde-se concluir que a MIF mostrou-se sensível a alterações e clinicamente útil para a avaliação de resultados de reabilitação de pacientes atendidos em nível ambulatorial no Brasil.

Os estudos sobre a MIF são considerados auto-relatos sobre a capacidade do avaliado quanto ao grau ou nível de independência funcional motora e cognitiva, estão presentes, e ressalta-se por ênfase quanto ao esclarecimento em quantificar a necessidade de ajuda, quando for necessária ou não segundo o paciente e/ou cuidador.

GURALNIK *et al.* (1994), que desenvolveram estudos clínicos sobre o desempenho físico e as informações colhidas pelo auto-relato dos pacientes idosos, verificaram que os instrumentos de auto-avaliação podem dispender desta sensibilidade própria, quando planejados para esta finalidade, e que os testes de desempenho são complementares, mas não substituem os questionários de auto-relato de avaliação.

Outro estudo foi proposto por RICCI *et al.* (2005), que analisaram a consonância entre a observação realizada pelos profissionais que aplicavam a MIF e os reportados pelos cuidadores de idosos. Notou-se diferença no fato de que a MIF e outras escalas pontuam a capacidade do indivíduo para realizar tarefas propostas por atividades auto-relatadas ou a definição de papéis

sociais específicas para estes instrumentos de avaliação da capacidade. Por outro lado, outros instrumentos de avaliação de atividades observam o desempenho motor e cognitivo.

Em outro estudo, com 4.588 indivíduos com faixa etária maior de 65 anos e com independência funcional, segundo GURALNIK *et al.* (2000), foram constatados que o teste isolado da avaliação da marcha, quando comparado ao escore total do SPPB, prediz grande valor quanto ao risco de incapacidade nas ABVDs e risco de desenvolver limitações importantes no fator mobilidade, em um período de quatro anos. O mesmo foi demonstrado por NAKANO, (2007), propôs uma adaptação cultural da Versão Brasileira do SPPB, com o objetivo de avaliar a confiabilidade deste instrumento para a população idosa brasileira. O estudo obteve resultados que confirmam a validade e confiabilidade deste instrumento em outras análises psicométricas.

NAKANO (2007) demonstrou que, apesar da baixa correlação entre os domínios força versus equilíbrio, ao correlacioná-los com o domínio marcha, constatou-se forte magnitude. Também a correlação de cada domínio isoladamente versus o escore total da SPPB apresentou forte magnitude para todos os domínios, mas destacou que, para o domínio relacionado à marcha, houve maior valor. OSTIR *et al.* (1998), em outro estudo interessante com idosas mexicanas, com idades entre 65 e 99 anos, avaliaram separadamente cada domínio subsequente, segundo o escore da marcha do SPPB (1, 2 e 3 pontos), que apresentaram como resultados: 5,4; 4,3 e 3,6 com maior possibilidade de desenvolver incapacidades, quando em comparação com o escore 4. Entretanto, no domínio força ocorreu correlação significativa, verificando-se que o teste de equilíbrio isolado não prediz incapacidade. Outra pesquisa, de acordo com ROLLAND *et al.* (2006), agregou ao estudo que o domínio marcha, quando avaliado isoladamente é forte preditor para a mortalidade.

Todos os estudos citados relatam que a aplicação da SPPB apresenta resultado mais significativo quando avaliado na íntegra com todos os domínios e o respectivo escore total, pois possibilita uma abordagem mais ampla quanto aos aspectos do *status* funcional dos idosos (OSTIR *et al.*, 1998; GURALNIK *et al.*, 2000; ROLLAND *et al.*, 2006). Portanto, o que concluiu-se com relação aos instrumentos de avaliação da capacidade motora, como a MIF e o SPPB, ambos utilizados neste estudo, é que os testes de observação ou visualização do

desempenho agregam valiosas informações às obtidas no instrumento da MIF. Isso foi confirmado neste estudo, pela alta incidência de correlação entre a MIF Motora e Total e o SPPB na fase de velocidade da marcha. Tanto a MIF como a variável marcha apresentaram propriedades psicométricas favoráveis quanto ao uso para avaliação dos idosos.

Observou-se, neste trabalho, que a aplicação dos dois instrumentos permite a conclusão de que, na medida que um avalia as habilidades necessárias para realização do outro, são complementares em avaliações da capacidade funcional para idosos.

Neste estudo, com relação ao resultado que mostra que no grupo dos mais idosos (≥ 80 anos) a pontuação no teste de velocidade de marcha (SPPB) foi significativamente menor do que naquela obtida em outras faixas etárias ($p=0,005$), não se verificando o mesmo para a MIF Motora e MIF Total, pode-se pensar na possibilidade de que esses indivíduos tenham se adaptado às limitações funcionais. Isso lhes permite desenvolver as atividades cotidianas dentro desse limite, contando, eventualmente, com a supervisão de cuidadores ou profissionais, que funcionam como suporte para os mesmos, o que não ocorre em ambientes externos, como se verificado para a execução do teste da velocidade de marcha.

KAWASAKI, CRUZ, DIOGO (2004) publicaram um artigo de revisão sobre a utilização da MIF em idosos e constataram variações entre os grupos etários estudados, sendo que os idosos mais velhos, com mais de 85 anos, pontuaram com valores inferiores e são menos bem-sucedidos na reabilitação quando foram comparados com os idosos menos velhos, de 75 a 84 anos. Destacaram-se também que somente o fator idade não representou ser uma variável determinante nos resultados da MIF em idosos com AVC e outros com sequelas de fratura de quadril. A relevância do fator idade está nas associações como idade avançada, alterações na capacidade visual e auditiva presentes nos mais velhos, a porcentagem maior destes no grupo com fratura.

NEGRI e colaboradores (2004) descreveram que a saúde não é uniforme em todos os indivíduos, bem como os estados mórbidos. Embora não se constitua uma regra, muitos idosos podem atingir idades avançadas em excelente estado de saúde, o que não é uma regra, assim

como envelhecer sem apresentar nenhuma doença crônica. No entanto, a ocorrência de uma enfermidade crônica não implica que o idoso não possa administrar sua própria vida e gerir suas atividades cotidianas com autonomia e independência.

Com relação às multimorbididades apontadas como resultados desse trabalho, um dos focos primordiais das indagações que uma destas enfermidades – a depressão –, ao menos na expressão sintomatológica medida através de teste de rastreamento (CES-D), teve um registro bastante elevado (70% dos idosos que se submeteram a esse teste). Este achado confirma o que se tem observado em outros estudos, sabendo-se, ainda, que os sintomas depressivos podem acarretar prejuízo ao desempenho funcional dos idosos.

Ora, a depressão em idosos é difícil de ser tratada. Os sintomas depressivos são associados a distúrbio da área afetiva ou do humor, considerando-se os mesmos como de origem multifatorial. Esses compreendem aspectos biológicos, sociais e psicológicos, com conseqüências para a esfera da funcionalidade e do desempenho das atividades cotidianas dos idosos. Os sintomas depressivos podem transformar-se em fator causal para alterações na saúde e no bem-estar no curso do envelhecimento.

Nesta pesquisa, procurou-se investigar as conseqüências negativas dos sintomas depressivos auto-relatados em termos de repercussão desses em nível da saúde física, capacidade funcional e bem-estar subjetivo. Utilizou-se a CES-D para identificar os idosos portadores de sintomas depressivos, relacionando-os às co-morbididades, ao consumo de medicamentos, alterações na velocidade da marcha, dependência ou independência nas atividades que dependiam de mobilidade física e à satisfação com a vida, envolvendo domínios de auto-avaliação e comparação social. Constatou-se que os idosos que apresentavam evidência de sintomas depressivos tinham pior avaliação quanto à saúde comparada, satisfação global com a vida, satisfação comparada e MIF Total.

Quanto à comparação entre faixas etárias e gêneros, observou-se um maior número de idosos entre 70 e 79 anos, fato demonstrado na maioria dos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. Percebeu-se, ainda, que havia mais idosos do sexo masculino nessa faixa

etária, constatando-se um maior número de mulheres na faixa de idade a partir de 80 anos. Este achado é condizente com o aumento na expectativa de vida dos brasileiros, particularmente entre as mulheres (VERAS, RAMOS, KALACHE, 1987).

Merece atenção o dado de que os mais idosos (≥ 80 anos) apresentaram no estudo, melhor avaliação quanto à satisfação global com a vida, satisfação comparada e avaliação da saúde geral, em comparação com os menos idosos (60 a 79 anos), mesmo frente a um pior desempenho na esfera motora. Pode-se cogitar que tal achado se associe a um processo de compensação dos mais idosos que, diante dos limites e perdas substanciais, diminuem o nível de expectativa, de forma a se adequar a esta condição, o que lhe assegura maior positividade quanto ao bem-estar subjetivo (PAULA, 2007).

Outro aspecto a ser considerado associa-se aos critérios de referência de pacientes idosos para o Ambulatório de Geriatria do HC-UNICAMP: para a faixa etária entre 60 e 79 anos somente são admitidos neste serviço os idosos que apresentem alguma evidência de *deficit* funcional e/ou cognitivo e/ou sensorial, além de algum tipo de incontinência e/ou histórico de quedas e/ou imobilidade e/ou perda de peso de causa desconhecida; entretanto, a partir dos 80 anos, admite-se no serviço todos os que forem encaminhados para o mesmo.

Esses critérios possibilitam um “viés” na seleção de pacientes idosos, segundo as diferentes faixas etárias, pois no grupo de idosos mais jovens incluem-se aqueles indivíduos que mais precocemente, em relação ao grupo de mais idosos, desenvolvem uma condição física precária, podendo contribuir para a insatisfação desses e, conseqüentemente, pior qualidade de vida.

Sobre a avaliação entre faixas etárias e o gênero, observou-se um maior número de idosos entre 70 e 79 anos, fato demonstrado na maioria dos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. Por outro lado, 65 anos é a idade do início da velhice nos países desenvolvidos.

Na comparação entre os gêneros, observou-se que as mulheres idosas pontuaram com uma média significativamente mais baixa, tanto em relação à MIF Motora quanto para a velocidade de marcha. Dados semelhantes já foram encontrados na literatura internacional, quanto ao escore total do SPPB (GURALNIK *et al.*, 1994; FERRUCI *et al.*, 2000). Em um estudo brasileiro (BARBOSA *et al.*, 2005), os homens idosos também apresentaram melhor desempenho no auto-relato da MIF, assim como para teste de velocidade de marcha.

Para as diferenças entre os gêneros, HACHISUKA (1998), em um estudo sobre idosos japoneses, acometidos por AVC, apontou que o grupo das mulheres obtiveram resultados mais positivo do que o grupo dos homens. Segundo este estudo, tal resultado poderia estar relacionado com o estilo de vida, pela constatação de que as mulheres podem ser mais ativas, graças à diferenciação entre os papéis sociais que cada gênero desempenha.

Por outro lado, no Estudo BHAS (*“Bambuí Health Aging Study”*), caracterizado como um estudo de base populacional desenvolvido junto à população de idosos do município de Bambuí (MG / Brasil), avaliando-se os fatores associados à necessidade de cuidadores para idosos que apresentavam idade igual ou superior a 60 anos, constatou-se que, entre 1.606 idosos (642 homens e 964 mulheres), 23% (370 participantes) necessitavam dessa ajuda. Entre estes, 146 eram homens e 224 mulheres, ou seja, 62,2% dos que necessitavam de cuidador (LIMA-COSTA *et al.*, 2003).

Ainda, considerando os critérios das variáveis sociodemográficas como o gênero e idade, percebeu-se que há mais idosos do sexo masculino entre 70 e 79 anos e mais mulheres nas faixas de idade com mais de 80 anos, que indica um fator condizente com o aumento na expectativa de vida dos brasileiros e idosos da América Latina.

No presente estudo, a situação particularmente desfavorável das idosas em relação aos idosos ficou bastante evidente na medida em que, embora a média das idades de homens e mulheres não mostrasse diferença significativa, as mulheres apresentaram maior número de enfermidades, maior número de medicamentos prescritos, maior porcentagem de sintomas depressivos, pior apreciação quanto à satisfação comparada e saúde comparada, além de pior

registro para as escalas que avaliavam capacidade funcional (teste de velocidade de marcha – SPPB e MIF Motora), conforme já foi explicitado. Embora se tenha registrado um maior número de mulheres idosas, os indicadores que refletem a qualidade de vida das mesmas (desempenho motor, condição de saúde, bem-estar subjetivo) demonstram a precariedade que as mesmas vivenciam, tanto em nível físico quanto psicológico.

O estudo confirmou pesquisas anteriores que compararam sintomas depressivos auto-relatados com descrição de correlatos de bem-estar subjetivo, haja vista que o perfil desses estados são o aumento nos afetos negativos e ainda a possibilidade de desequilíbrio entre os mesmos e os afetos positivos. Este fato tornou-se intrigante, buscando relações neste grupo para avaliar e co-relacionar as condições de saúde e satisfação e capacidade funcional, em comparação com os sintomas depressivos e o bem-estar subjetivo. De acordo com a revisão de literatura, o que aponta para o uso dessas variáveis de caráter subjetivo é o fato de que, nos idosos, tais variáveis são mais preditoras de “envelhecimento bem-sucedido” do que as variáveis objetivas (DIENER & SUH, 1998; SELLIGMAN, 1991; FREIRE, 2002).

É importante lembrar que o envelhecimento não foi uniformemente associado ao declínio de bem-estar subjetivo, como se poderia esperar. Afetos positivos apresentam evidências tanto de declínio quanto de ganhos com a idade, afetos negativos permanecem estáveis para alguns e instáveis para outros, e a satisfação com a vida tende a aumentar (NERI, 2004).

Nesta amostra, mais da metade dos idosos tiveram sintomas depressivos acima da pontuação de corte, durante a aplicação da CES-D. Entretanto, não se observou diferença significativa do grupo com este quadro sintomatológico, em termos de número de co-morbidades, medicamentos prescritos e desempenho motor, quando confrontados com os que não apresentavam esse quadro. Os dois grupos se distinguiram quando foi avaliada a autopercepção de saúde geral e comparada, bem como o nível de satisfação comparada. Seguramente, inúmeros fatores, além dos sintomas depressivos, devem estar contribuindo para que o nível de co-morbidade e de medicamentos prescritos seja elevado nos dois grupos. Esses fatores que podem estar relacionados ao nível de escolaridade, *status* socioeconômico, seguimento em serviço de

referência, entre outros (e que não foram objeto de investigação nessa pesquisa), devem ter uma influência tal que suplantam a condição de portador, ou não, de sintomas depressivos.

TAVARES-BATISTONI, NERI, CUPERTINO (2007), na validação da CES-D em idosos brasileiros, demonstraram que esta escala não se constitui um instrumento para o diagnóstico de depressão, propriamente, mas é um bom indicador da possível presença de sintomas depressivos e para rastreamento entre os idosos que, contudo, deve ser observada e avaliada de forma criteriosa quanto aos aspectos clínicos, bioquímicos e psicossociais, para que confirme de forma mais precisa e segura esse diagnóstico. Neste estudo, a utilização dessa escala foi válida, em decorrência não só do caráter de levantamento do mesmo, como também pela demonstração do perfil dos idosos com sintomas depressivos.

Neste estudo, o número de co-morbidades e de medicamentos prescritos, esses se mostraram elevados não apenas nos idosos com e sem quadro depressivo, como também para mulheres e homens idosos e para as três faixas etárias consideradas nessa pesquisa (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, ≥ 80 anos).

Esse dado deve ser relacionado às características dessa população estudada, pois, como referido, trata-se de idosos encaminhados de Serviços de Atenção Primária à Saúde ou de outros ambulatorios do HC-UNICAMP para um Ambulatório de Referência no atendimento ao idoso, em um Hospital Terciário. Nessa situação, encontram-se aí indivíduos mais vulneráveis, com maior número de enfermidades crônicas, quadro clínico mais complexo e requerendo maior número de intervenções, inclusive no que se refere à farmacoterapia.

Entre os itens que demandam maior tempo no cuidado do idoso com incapacidade, é preciso salientar a higiene pessoal e a troca de vestuário, a realização de atividade física, o cuidado quanto à movimentação e transferência, a prevenção de escaras no idoso com mobilidade restrita, o cuidado quanto à alimentação e hidratação, o cuidado em relação às perdas involuntárias – urinária e fecal - e as consequências oriundas destas, a prevenção às quedas, a comunicação com o idoso com *deficit* auditivo e/ou cognitivo, a mobilização do idoso com dor e a atenção quanto ao uso dos fármacos. (RODRIGUES & DIOGO, 2000).

No tema depressão e as multimorbidades, estando estas intrinsecamente relacionadas ao diagnóstico e à prescrição medicamentosa, quanto aos fatos apontados pela literatura internacional com relação à polifarmacoterapia entre os pacientes idosos, encontrou-se um interessante estudo realizado com 30.397 indivíduos, que apresentavam mais de 65 anos. Mais de 90% dos idosos usavam pelo menos um fármaco por semana; porém, 40% usavam cinco ou mais medicações e 12% ingeriam dez ou mais diferentes fármacos por semana (GURWITZ, FIELD, *et al.*, 2003). A mesma pesquisa, feita nos Estados Unidos, por GURWITZ, FIELD, *et al.* (2003), descreveu que 1.523 idosos tinham efeitos adversos a estas drogas, sendo que 38% dos eventos ofereceram risco de vida ou foram fatais.

Na literatura nacional, em um estudo de revisão sobre a prevalência, com fatores associados e ainda o mau uso de medicamentos entre os idosos, proposto por ROZENFELD (2003), constatou-se que a maioria dos idosos consomem um medicamento pelo menos um terço consomem cinco ou mais ao mesmo tempo, sendo que a média de fármacos consumidos pontuou entre dois e cinco por idoso. Entre os fatores preditores de uso dos fármacos foram: idade avançada, sexo feminino, piores condições de saúde e depressão. A mesma pesquisa destacou que o uso de polifarmácia, a prescrição destes quando contra-indicados para idosos, o consumo de dois ou mais produtos com a mesma finalidade e, ainda, o treinamento não capacitado das equipes da saúde propiciaram os efeitos adversos e interações farmacológicas.

Em regiões do Brasil como o Sul, FLORES & MENGUE (2005) avaliaram a presença da polifarmácia, características sociodemográficas e as condições de saúde quando em uso de fármacos. Neste estudo, 66% da amostra eram mulheres, 54% com faixa etária entre 60 e 70 anos, 91% com prevalência de consumo de medicação e média de 3,2 medicamentos por idoso, sendo que 33% destes idosos usavam medicações sem prescrição médica e 27% estavam em uso de mais de um fármaco.

No perfil de idosos da área urbana do Nordeste do Brasil, FILHO, MARCOPITO, CASTELO (2004) verificaram que 80,3% dos idosos faziam uso de pelo menos um fármaco, 37,4% pelo menos de um fármaco não prescrito e que, em torno de 20% pelo menos eram

inadequados ao quadro, onde o uso dos não prescritos estava associado a comprometimento funcional e ao uso inadequado feito pelo sexo masculino, doenças crônicas e o nível socioeconômico. Neste também houve associação entre o consumo de fármacos prescritos e a idade avançada.

Portanto, esses conjuntos de fatores necessitam ser esclarecidos e lembrar, perante as ocorrências, outros aspectos dessa fase de vida. As evidências de enfermidades crônico-degenerativas é muito mais freqüente, com todo os ônus social, psicoafetivo e financeiro que acarreta esse tipo de condição (VERAS, 2003; *World Population Division*, 2005). A ampliação dos estudos sobre este tema permitirá formar um diagnóstico da situação micro e macrosocial do atendimento ao idoso e, assim, oferecer suporte para metas de gestão que tenham atenção na prevenção e promoção de medidas que melhorem a expectativa de vida dos idosos em escala nacional.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O envelhecimento para GATZ (1995) é um fenômeno biopsicossocial, com forte inter-relacionamento entre seus componentes que, entre os perigos da velhice e suas interligações, está no primeiro deles. Para ele, as condições cognitivas e funcional são o alvo das intervenções preventivas em saúde mental entre os idosos. O mesmo reportou que a demência (com suas várias etiologias), o *delirium*, a depressão e a ansiedade são os distúrbios mentais mais importantes na velhice.

A importância do desenvolvimento de pesquisas sobre os indicadores de saúde, capazes de identificar idosos de alto risco de perdas na saúde física e mental, como exemplo, em todo o contexto que perfaz todas as variáveis descritas neste estudo, cada uma destas variáveis possui sua especificidade quando analisadas separadamente como preditoras de saúde em um setor de atendimento ao idoso, e no conjunto aponta um perfil destes idosos.

Ressalta-se que o item relacionado à capacidade funcional, em decorrência dos fatores associados às variáveis deste estudo são fundamental para orientar ações quanto aos aspectos da independência e dependência funcional com a finalidade de manter estes idosos o maior tempo possível na comunidade, com o máximo de autonomia e qualidade de vida.

Os resultados sugerem modificações em programas para que possam otimizar a racionalização e acessibilidade aos fármacos, na forma de sua distribuição para os idosos e ainda, na gestão adequada dos serviços de saúde, o aprimoramento das equipes para o manejo das prescrições. A motivação e o estímulo ao consumo dos medicamentos devem alcançar uma abordagem cautelosa e cuidadosa, com a finalidade de aumentar o benefício da prática farmacológica nesta população.

Nesse contexto, há que salientar a importância de que trabalhos e estudos, através da interdisciplinaridade, sejam mais criteriosos quanto ao perfil: idade, gênero, classe social, tipo da doença e classe farmacológica. A eficácia e eficiência das doses podem significar quantidade e

qualidade na prescrição e cuidados no manejo e administração de fármacos, para não ocorrer repercussões na capacidade funcional.

Após completa a descrição de um diagnóstico médico, relacionado a multimorbidades, atentar-se quanto à forma de administrá-los e principalmente efeitos adversos das drogas prescritas para idosos. É necessário para o sucesso na terapêutica, a constante investigação científica, já que a farmacologia para os pacientes idosos possui especificidades fisiológicas, próprias para este grupo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, O. P., RATTO, L., GARRIDO, R. & TAMAI, S. Fatores preditores e consequências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. **Rev. Bras. Psiquiatria**. Vol. 21. (NO. 3), Julho-Set, 1999.

ALMEIDA, O.P. & ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 57 (2-B): 421-426, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA): Diagnostic and statistics manual of mental disorders (**DSM-IV**), 4 ed., Washington, D.C.: APA, 1994.

AYKAWA, A. C. & NERI, A.L.(Org.). **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas-SP: Alínea, 2005.

BALLONE, G. J. **Depressão no idoso** – in. PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet, disponível em [http:// www.psiquiweb.med.br/geriat/depidoso.html](http://www.psiquiweb.med.br/geriat/depidoso.html), revisto em 2004, 2002.

BALTES, M.M. & CARSTEN, L.M. The process of successful aging. **Aging and Society**, 16, 397-422, 1996.

BALTES, M.M., MAYR, U., Borchelt, M., Maas, I. & Wilms, H.U. Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective. **Aging and society**, 13, 657-680, 1993.

BARBOSA, A.R., SOUZA, J.M.P., LEBRÃO, M.L., LAURENTI, R., & MARUCCI, M.F.N. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender difference: data from SABE Survey. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (4): 1177-1185, jul-ago, 2005.

BEAL, M.F. **Mitochondrial dysfunction and oxidative damage in neurodegenerative disease**. Heidelberg: Springer-Verlag, 1995.

BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCK, J., & ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Archives of Gerontology Psychiatry** 4, 561-571, 1961.

BELLINAZZI, V. R. & GURARIENTO, M.E. Avaliação ambulatorial do idoso. Cap.70. pág. 923-930. **Medicina Ambulatorial**. Editora: Atheneu, 2006.

BRUCKI, S. Envelhecimento e Memória. Em: Andrade, V.; Santos, F. e Bueno, O. (Eds.) **Neuropsicol. Hoje**. (pp. 389-402). São Paulo: Editora Artes Médicas, 2004.

BRUCKI, S. M. D. Sugestões para o uso do Mini Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiqu.** São Paulo, 2003.

CANTRIL, H. *The pattern of human concern*. New Brunswick, N. J.: **Rutgers University Press**, 1964.

CENDES, I.L. Fatores Genéticos e Envelhecimento. **Desenvolvimento e Envelhecimento. Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. (Org.) Anita Liberalesso Neri. Coleção Vivalde. Editora Papyrus. Campinas-SP, 2001.

CONOVER, W. J., **Practical Nonparametric Statistics**. New York: John Wiley & Sons, 1971.

DIENER, E. Subjective well-being. **Psychology Bulletin**, 95, pp. 542-545, 1984.

DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONE, M. **Saúde e Qualidade de Vida na Velhice**. Editora Alínea. 2004.

DIOGO, M. J. D'ELBOUX; PASCOAL, S.M.P. & CINTRA, F.A. Avaliação global do idoso. In: Y. A de O. DURATE & M. J. D'ELBOUX DIOGO (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. (pp. 145-171.). São Paulo: Atheneu, 2000.

FILHO, J.M.C., MARCOPITO, L.F. & CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**; 38 (4): 557-64, 2004.

FLEISS, J. L. **Statistical Methods for Rates and Proportions**. New York: John Wiley & Sons, 2nd ed, 1981.

FLORES, M.L., MENGUE, S.S., Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 39 (6): 924-9, 2005.

FORLENZA, O.V. & ALMEIDA, O.P. Fatores de risco associados à morbidade psiquiátrica em idosos. In O. V. Forlenza & O.P. Almeida (Eds). **Depressão e demência no idoso. São Paulo**. Lemos Editorial, 1997.

FORTES, A. C. G. E NERI, A.L. Eventos de vida e Envelhecimento Humano. In: A.L. Neri, M.S. Yassuda (orgs.) e M. Cachioni (colab.). **Velhice bem-sucedida**. 1ed. Campinas, SP: Papirus, 2004.

FORTES, A. C. G. **Eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, senso de auto-eficácia e estados depressivos em idosos residentes na comunidade; Dados do PENSEA**. Dissertação de Mestrado em Gerontologia- FE. Campinas: UNICAMP, 2005.

FRIED, L.P. Frailty in older adults: Evidences for phenotype. **Journal of Gerontology. Medical Sciences**, Vol. 56, 146-155, 2001.

GATZ, M. Questions that aging puts to preventionists. In L.A. Bond, S.J. Cutler & E. Grams (Eds.). **Promoting successful and productive aging**. Thousand Oaks, Cal: SAGE, 1995.

GODILHO, A. *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Bahia *Análise e Dados*, 10 (4), 138-153, 2001.

GOMES *et al.* Fisioterapia em gerontologia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Editora Gaunabara Koogan S.A. Rio de Janeiro-RJ. 2006. 2 Edição. Capítulo 126, 1198-1208, 2006.

GOMES, G C. **Tradução, adaptação transculturalmente e exame das propriedades de medida da escala “Performance-oriented mobility assessment” (POMA) para uma amostragem de idosos brasileiros institucionalizados** (mestrado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 115 p; 2003.

GOMES, G. C; DIOGO, M. J. D. **Função Motora, Capacidade Funcional e sua Avaliação em Idosos. Saúde e Qualidade de Vida na Velhice**. Editora Alínea. 2004.

GUARENTE, L. **“Do changes in chromosomes cause aging?”**. Cell 86, pp. 9-12, 1996.

GURALNIK, J. M. Design randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. **American Geriatrics Society**, 2004.

GURALNIK, J.M, FERRUCCI, L. PIEPER, C.F, LEVELLE, S.G, MARKIDES, K.S., OSTIR, G.V., e cols. Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the Short Physical Performance Battery. **J. Gerontol. Med. Sci.**; 55A (4): M221-31, 2000.

GURALNIK, J.M, SEEMAN, TE. Validation and use of performance measures of functioning in a no disabled older populations: Mac Arthur Studies of Successful Aging. **Aging Clin Exp Res.**; 6; 410-419, 1994.

GURWITZ, J.H., FIELD, T.S., et all. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. **JAMA**, 289: 1107-16, 2003.

HACHISUKA, K, TSUTSUI, Y. FURASAWA, K., OGATA, H., GENDER. Difference in disability and lifestyle among community-dwelling elderly stroke patients in Kitakyushu, Japan. **Arch. Phys. Med. Rehab.**; 79: 998-1002, 1998.

IDLER E.L, Benyamini Y. Self rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **J Health Soc. Behav.**;38: 21-37, 1997.

KATZ, S., FORD, A., MASKOWITZ, R., JACKSON, B. & JAFFE, M. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measures of biological and psychosocial function. **Journal of the American Medical Associations**, 185, 914-919, 1963.

KAWASAKI, K., CRUZ, K.C.T., DIOGO, M.J.D. A utilização da Medida de Independência Funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. **Revista de Medicina de Reabilitação**, 23(3): 57-60, Setembro-Dezembro, 2004.

KEYES, C.L.M., SHMOTKIN, D., & RYFF, C.D. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. **Journal of Personality and Social Psychology**, 82, 1007-1022, 2002.

LAWTON, M.P. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. E Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, & D.E. Deutschman (Eds). **The concept and measure of quality in the frail elderly**. San Diego, Cal. Academic Press, 4-26, 1991.

LEBRÃO, M.L. e LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 8 (2): 127-41, 2005.

LIMA-COSTA, M.F., BARRETO, S.M., FIRMO, J.O.A., UCHOA, E. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambuí Health Aging Study (BHAS). **Pan. Am. J. Public Health**, 13(6): 387-94, 2003.

LY, D.H.; LOCKHART, D.J.; LERNER, R.A.; SCULTZ, P.G. "Mitotic misregulation and human aging". Science 287, pp. 2486-2492. Fonte: **Guia para uso do sistema uniformizado de dados para reabilitação médica, versão 3.0**. Búfalo, NY: State University of New York at Buffalo, 2000.

MANN, D.M.A. "Molecular biology's on our understanding of aging". **British Medical Journal**, 315, pp. 1078-1081, 1997.

MILLER, R.A. "**Genes for aging?**". Trends in genetics 15, pp. 175-176, 1999.

NAKANO, M. M. **Validação da Versão Brasileira da Short Performance Physical Battery. Dissertação de Mestrado em gerontologia- FE-Campinas: UNICAMP, 2007.**

NEGRI et al. **Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa.** Secretaria Municipal de Saúde de João Neiva-ES. Temas Livres. 2004.

NERI, A LIBERALESSO. **Indicadores de bem-estar subjetivo em mulheres de meia-idade e idosas.** Campinas: UNICAMP (relatório técnico), 2000.

NERI, A. L & FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice.** Campinas: Papirus, 2000.

NERI, A. L (Org.). **Qualidade de vida na idade madura.** (5ª ed.) Campinas: Papirus, 2004.

NERI, A. L. **Bem-estar subjetivo: Conceito e medida.** Campinas: UNICAMP (Relatório técnico FAPESP), 1999.

NERI, A. L. Bienestar subjetivo em la vida adulta y em la vejez: hacia una psicologia positiva em America Latina. **Revista Latinoamericana de Psicologia**, Vol. 34 (No. 1-2), 55-74, 2002.

NERI, A. L. **Desenvolvimento e envelhecimento. Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.** Editora Papirus, 2001.

NERI, A. L. Idosos velhice e envelhecimento. IN: **Palavras-Chave em Gerontologia**, Alínea Editora, Campinas. 2ª. edição, 2005, pp. 114-5, 2005.

NERI, A. LIBERALESSO. **Bem-estar subjetivo: Conceito e medida**. Campinas: UNICAMP, (Relatório técnico FAPESP), 1999b.

NOLAN L., O' MALLEY K. Prescribing for the elderly: Part 1. Sensitivity of the elderly to adverse drugs reactions. **J. Am. Geriatr. Soc.**, 36: 142-9, 1988.

OSTIR, G.V.; MARKIDES, K.S.; BLACK, S.A.; GOODWIN, J.S. Lower body functioning as a predictor of subsequent disability among older Mexican Americans. **Journal of Gerontology: Medical Sciens**. V. 53^a, n.6, p. M49-M495, 1998.

PAIXÃO JÚNIOR, C.M.; REICHENHEIM, M.E. U. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Revista Cad. Saúde Pública**, v. 21 (1), p.7-19, 2005.

PAULA, J.A.M. **Avaliação do idoso: capacidade funcional, independência e sua relação com outros indicadores de saúde, 131 p.** Tese (Doutorado em Gerontologia) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

PEREIRA, Júlio César R. **Análise de Dados Qualitativos – Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. São Paulo: EDUSP, 1999.

PRETI, D. **A linguagem dos idosos**. São Paulo: Contexto. 1991.

Programa computacional The SAS System for Windows (Statistical Analyses System), versão 8.02. SAS Institute Inc, Cary, 1999-2001.

RADLOFF, L.S. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. **Applied Psychological Measurement**, 1, 385-401, 1977.

RAMOS, L.R. & ROSA, T.E.C., OLIVEIRA, Z.M, MEDINA, M.C.G., SANTOS, F.R,G., Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**; 27 (2): 87-94, 1993.

RASKIN, A., SHULTERBRANDT, J. E REATING, N. Factors of psychopathology in interview ward behavior and self-report ratings of hospitalized depressives. **Journal of Consultant Psychology** 31:270, 1967.

RIBERTO M, MIYAZAKI MH, JORGE FILHO D, SAKAMOTO H, BATISTELLA LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**; 8:45-52, 2001.

RICCI, N.A, Kubota MT, CORDEIRO, R.C. Concordância de observação sobre capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev. Saúde Pública**; 39 (4): 655-62; 2005.

ROLLAND, Y.; LAUWERS-CANCES, V.; CESARI, M; VELLAS, B.; PAHOR, M.; GRADJEAN, H. Physical performance measures as predictors of mortality in a cohort of community-dwelling older French women. **European Journal of Epidemiology**, v.21, p.113-122, 2006.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 19 (3): 717-724, mai-jun, 2003.

RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, 57 (6), pp. 1069-1081, 1989.

SCHLESSINGER, D. e K.O, M.S.H. “Developmental genomics and its relation to aging”. **Genomics**; 52, pp. 113-118, 1998.

SCHUMWAY-COOK, A., WOOLLACOTT, M.H. Assessment and treatment of patients with postural disorders. IN: **Motor Control Theory and practical applications**. 2Ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; Cap.10, p.208-237, 2001.

SIQUEIRA, M. M. e MARTINS, M.C.F. Construção e validação fatorial da EAPN: Escala de ânimo positivo e negativo. **Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro**, 2 (3): 34-39, 1999.

SOUZA, V. L.F.; REIS, R. S.; BERNABÉ, A C. Análise da qualidade de vida dos pacientes do grupo de quadril adultos operados com enxerto ósseo. **Acta Ortop. Brás**, 2003.

STEVENS, J. **Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2nd ed, 1992.

STREINER, D.L. & NORMAN, G.R. **Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use**. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press. 231 pp., 1995.

TABACHNICK, B.G. & FIDELL, L.S. **Using Multivariate Statistics**. Boston: Allyn and Bacon, 4th ed, pp 966, 2001.

TAVARES, S.S. **Sintomas depressivos entre idosos: relações com classes, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes**. Dissertação de Mestrado em gerontologia - FE. Campinas: UNICAMP, 2004.

TAVARES-BATISTONI, S.S., NERI, A.L. e CUPERTINO, A. P.F.B. (em preparação), **Depressive symptoms among aged Brazilians: Psychometric characteristics of the Center for Epidemiological Studies – Depression Scale**, 2007.

TINETTI, M. E. Performance-oriented assessment of mobility problem in elderly patients. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 34, p.114-126, 1986.

VEEHOFEN, R. (1984). **Conditions of happiness**. Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic.

VERAS, R.P., MURPHY, E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. **International Journal Geriatrics Psychiatry**, 9, 285-295, 1994.

VERAS, R.P., RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública.**, 21(3): 225-33, 1987.

World Health Organization. International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relation to the consequences of disease. **Geneva: World Health Organization**; 1980.

YESAVAGE, J., BRINK, T.L., ROSE, T., LUM, O., HUANG, O., ADEY, V., & LEIRER, V. Development and Validation of geriatric depression screening scale: A preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, 17, 37-49, 1983.

YUASQ, D.R. **Screening para avaliação de independência**. Gerontologia, 11 (1-4): 26-30, 2003.

ZUNG, W.W.K. A self rating depression scale. **Archives of General Psychiatry**, 12, 63-79, 1965.

8. ANEXOS

ANEXO 1

Anexo 9

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

☎ (0_19) 3788-8936

FAX (0_19) 3788-8925

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 23/08/05

(PARECER PROJETO 240/2003)

PARECER

I-IDENTIFICAÇÃO:

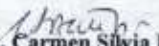
**PROJETO: "QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS FRAGILIZADOS:
INDICADORES DE SAÚDE E DE BEM-ESTAR SUBJETIVO"**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria José Delboux Diogo

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o Adendo que acrescenta o ambulatório de geriatria/HC/UNICAMP para coleta de dados, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.


Prof. Dra. Carmen Sylvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 2

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, _____,

concordo em participar da pesquisa intitulada Qualidade de vida em idosos fragilizados: indicadores de saúde e de bem-estar subjetivo, de responsabilidade da Prof^a Dr^a Maria José D'Elboux Diogo, que tem por principal objetivo traçar perfis de qualidade de vida na velhice, no que diz respeito à indicadores de fragilidade (saúde, capacidade funcional e envolvimento na vida) e indicadores de bem-estar subjetivo (satisfação com a vida, estados emocionais, conceito de boa velhice, medos). Este trabalho trará importantes contribuições tanto para a assistência, quanto para a qualidade de vida dos idosos fragilizados (doentes). Tenho ciência que a minha participação neste estudo não trará qualquer risco ou transtorno para a minha saúde e nem para o meu tratamento no ambulatório do HC/UNICAMP. Estará garantido o sigilo e anonimato das informações e poderei deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem prejuízo do atendimento, cuidado e tratamento pela equipe. O presente estudo não acarretará em gastos adicionais para a minha pessoa.

Nome completo do paciente:

Idade: _____

Endereço:

RG. _____ HC. _____

Assinatura

:

Responsável pela pesquisa: Maria José D'Elboux Diogo

Telefone: 3788-8838/8820

Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UNICAMP : 3788-8936

Assinatura: _____

Responsável pela pesquisa: _____

Telefone: _____

Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UNICAMP : 3788-8936

Assinatura: _____

ANEXO 3

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO FÍSICO DE MEMBROS INFERIORES

TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA

Caminhar normalmente como se fosse atravessar a rua, repetir 2 vezes o teste. Pode ser utilizado meio auxiliar de marcha, menos cadeira de rodas. Se ele é incapaz de realizar, assinale o motivo e siga para o teste seguinte.

62. Tempo da 1ª velocidade (**ida**) ____ . ____ milésimos de segundos.

63. Tempo da 2ª velocidade (**volta**) ____ . ____ milésimos de segundos.

64. Escolher o melhor tempo para a pontuação, assinalando o quadrado abaixo.

() $> 8.70'' \rightarrow 1$ ponto

() $< 4.82'' \rightarrow 4$ pontos

() $6.21 \geq e \leq 8.70'' \rightarrow 2$ pontos

() $4.82'' \geq e \leq 6.20'' \rightarrow 3$ pontos

() Incapaz $\rightarrow 0$ ponto. Assinale x no motivo abaixo:

() Tentou, mas não conseguiu;

() O participante não pode caminhar sem auxílio ou ajuda;

() O avaliador sentiu insegurança para realizar o teste;

() O participante sentiu-se inseguro para realizar o teste;

() O participante não entendeu as instruções do teste;

() Outro motivo específico: _____

() O participante recusou.

D. Qual a dificuldade neste teste: () Nenhum () Bengala () Outro

Comentários:

Marcha

65. → Pontuação

ANEXO 4

ESTADOS DEPRESSIVOS

Eu agora gostaria que o senhor pensasse em como tem se sentido ultimamente, na maior parte do tempo:

	Nunca/ Raramente	Poucas vezes	Na maioria das vezes	Sempre
	0	1	2	3
166. Sentiu-se incomodado com coisas que normalmente não o incomodam?	()	()	()	()
167. Sentiu falta de vontade de comer, pouco apetite?	()	()	()	()
168. Sentiu que não conseguiu melhorar seu estado de ânimo mesmo com a ajuda de amigos e familiares?	()	()	()	()
169. Quando se comparou com outras pessoas achou que tinha tanto valor quanto elas?	()	()	()	()
170. Sentiu dificuldade em se concentrar no que estava fazendo?	()	()	()	()
171. Sentiu-se deprimido?	()	()	()	()
172. Sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das suas tarefas de todo dia?	()	()	()	()
173. Sentiu-me otimista em relação ao futuro?	()	()	()	()
174. Pensou que sua vida é um fracasso?	()	()	()	()
175. Sentiu-se amedrontado?	()	()	()	()
176. Sentiu que seu sono foi inquieto e que não conseguiu descansar?	()	()	()	()
177. Esteve feliz?	()	()	()	()
178. Falou menos do que costuma?	()	()	()	()
179. Sentiu-se sozinho/a?	()	()	()	()
180. Achou que as pessoas não foram gentis com o senhor?	()	()	()	()
181. Sentiu que aproveita bem a sua vida?	()	()	()	()
182. Teve crises de choro?	()	()	()	()
	Raramente	Poucas vezes	Na maioria das vezes	Sempre
183. Sentiu-se triste?	()	()	()	()
184. Sentiu que as pessoas não gostam do senhor?	()	()	()	()
185. Sentiu que não conseguiu levar adiante as suas coisas?	()	()	()	()

PONTUAÇÃO TOTAL CES-D:

ANEXO 5
BEM ESTAR SUBJETIVO

SAÚDE PERCEBIDA

	Ruim	Mais ou menos	Boa
186. Como é a sua saúde de modo geral?	()	()	()
187. Como é a sua saúde, em comparação com a de outras pessoas da sua idade?	()	()	()

SATISFAÇÃO GLOBAL COM A VIDA

	Pouco	Mais ou menos	Muito
188. O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com a sua vida hoje?	()	()	()
189. Comparando-se com outras pessoas que tem a sua idade, o(a) senhor(a) diria que está satisfeito(a) com a sua vida?	()	()	()

ANEXO 6

SAÚDE FÍSICA

Doenças constantes no prontuário _____

_____ NC()

Medicações em uso (relatadas e descritas prontuário/receituário)_____

_____ NC()

ANEXO 7
MIF

N I V E I S	7 - Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 - Independência modificada (ajuda técnica)	SEM AJUDA		
	Dependência modificada 5 – Supervisão 4 - Dependência mínima (indivíduo >=75%). 3 - Dependência moderada (indivíduo >=50%) Dependência Completa 2 – Dependência máxima (indivíduo >=25%). 1 – Dependência total (indivíduo >=0%).	AJUDA		
		Seguimento		
Auto-cuidados				
202. Alimentação				
203. Higiene pessoal				
204. Banho (lavar o corpo)				
205. Vestir-se da cintura para cima				
206. Vestir-se da cintura para baixo				
207. Uso do vaso sanitário				
Controle de Esfíncteres				
208. Controle de urina				
209. Controle de fezes				
Mobilidade				
Transferências				
210. Leito, cadeira, cadeira de rodas.				
211. Vaso sanitário				
212. Banheira ou chuveiro				
Locomoção				
213. Marcha/cadeira de rodas		m c	-	
214. Escadas				

Comunicação			
215. Compreensão	a v	-	
216. Expressão	n v	-	
Cognição social			
217. Interação social			
218. Resolução de problemas			
219. Memória			
220. Total			
<i>Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não for possível de ser testado, marque 1.</i>			

ANEXO 8

Análise descritiva das variáveis categóricas (MIF)

FUNCIONAL - MIF		MIFAC6			MIFM03			MIFNV		
Frequency	Percent	Frequency	Percent		Frequency	Percent		Frequency	Percent	
1	0.83	3	1	0.83	1	1	0.83	1	10	8.47
4	3.33	4	5	4.17	3	1	0.83	2	108	91.53
5	4.17	5	3	2.50	4	2	1.67	MIFCO2		
12	10.00	6	23	19.17	5	3	2.50	Frequency	Percent	
98	81.67	7	88	73.33	6	40	33.33	3	2	1.67
		MIFCE1			7	73	60.83	4	2	1.67
Frequency	Percent	Frequency	Percent		MIFMC			5	13	10.83
1	0.83	1	2	1.67	M	117	97.50	6	19	15.83
4	3.33	2	15	12.50	C	3	2.50	7	84	70.00
2	1.67	3	10	8.33	MIFM04			MIFCOG1		
14	11.67	4	7	5.83	Frequency	Percent		Frequency	Percent	
99	82.50	5	2	1.67	3	1	0.83	3	4	3.33
		6	18	15.00	4	7	5.83	4	4	3.33
Frequency	Percent	7	66	55.00	5	20	16.67	5	8	6.67
2	1.67	MIFCE2			6	33	27.50	6	20	16.67
1	0.83	Frequency	Percent		7	59	49.17	7	84	70.00
4	3.33	1	1	0.83	MIFM05			MIFCOG2		
6	5.00	2	3	2.50	Frequency	Percent		Frequency	Percent	
3	2.50	3	2	1.67	1	6	5.00	1	6	5.00
25	20.83	4	2	1.67	2	5	4.17	2	3	2.50
79	65.83	5	1	0.83	3	4	3.33	3	6	5.00
		6	27	22.50	4	15	12.50	4	9	7.50
Frequency	Percent	7	84	70.00	5	20	16.67	5	16	13.33
1	0.83	MIFM01			6	53	44.17	6	18	15.00
4	3.33	Frequency	Percent		7	17	14.17	7	62	51.67
4	3.33	4	2	1.67	MIFAV			MIFCOG3		
6	5.00	5	4	3.33	Frequency	Percent		Frequency	Percent	
13	10.83	6	43	35.83	1	107	91.45	2	3	2.50
92	76.67	7	71	59.17	2	10	8.55	3	9	7.50
		MIFM02			MIFCO1			4	7	5.83
Frequency	Percent	Frequency	Percent		Frequency	Percent		5	15	12.50
1	0.83	4	2	1.67	2	2	1.67	6	39	32.50
6	5.00	5	2	1.67	3	4	3.33	7	47	39.17
9	7.50	6	39	32.50	4	2	1.67			
8	6.67	7	77	64.17	5	16	13.33			
35	29.17				6	23	19.17			
61	50.83				7	73	60.83			

ANEXO 9

Análise descritiva das variáveis numéricas e escalas (MIF)

N	MÉDIA	D.P.	MÍN	P25	P50	P75	MÁX	DESCRIÇÃO
120	6.67	0.87	1.00	7.00	7.00	7.00	7.00	ITENS DA MIF
120	6.72	0.74	3.00	7.00	7.00	7.00	7.00	
120	6.32	1.28	1.00	6.00	7.00	7.00	7.00	
120	6.52	1.06	2.00	7.00	7.00	7.00	7.00	
120	6.11	1.21	2.00	6.00	7.00	7.00	7.00	
120	6.60	0.80	3.00	6.00	7.00	7.00	7.00	
120	5.58	1.96	1.00	4.00	7.00	7.00	7.00	
120	6.47	1.15	1.00	6.00	7.00	7.00	7.00	
120	6.53	0.65	4.00	6.00	7.00	7.00	7.00	
120	6.59	0.61	4.00	6.00	7.00	7.00	7.00	
120	6.48	0.87	1.00	6.00	7.00	7.00	7.00	
120	6.18	0.97	3.00	6.00	6.00	7.00	7.00	
120	5.21	1.56	1.00	4.50	6.00	6.00	7.00	
120	6.28	1.14	2.00	6.00	7.00	7.00	7.00	
120	6.51	0.88	3.00	6.00	7.00	7.00	7.00	
120	6.47	1.00	3.00	6.00	7.00	7.00	7.00	
120	5.73	1.73	1.00	5.00	7.00	7.00	7.00	
120	5.83	1.35	2.00	5.00	6.00	7.00	7.00	
120	81.97	9.76	44.00	77.50	85.00	89.00	91.00	ESCORE DA MIF MOTORA
120	30.81	4.86	14.00	28.00	33.00	34.00	35.00	ESCORE DA MIF COGNITIVA
120	112.78	12.96	67.00	109.00	116.00	123.00	126.00	ESCORE TOTAL DA MIF (MOTOR+COGNIT)

ANEXO 10

Probabilidades de risco de depressão

NDOENCAS	MIFMOTOR	SATISF	RISCO
1-3	>=89	MUITO	0.17867 --> PERFIL DE MENOR RISCO
1-3	77-88	MUITO	0.27007
1-3	<77	MUITO	0.43923
4-6	>=89	MUITO	0.45025
1-3	>=89	MAIS MEN	0.45732
>=7	>=89	MUITO	0.50449
4-6	77-88	MUITO	0.58212
1-3	77-88	MAIS MEN	0.58904
>=7	77-88	MUITO	0.63393
4-6	<77	MUITO	0.74676
4-6	77-88	MAIS MEN	0.84366
>=7	77-88	MAIS MEN	0.87027
4-6	<77	MAIS MEN	0.91951
4-6	>=89	POUCO	0.92579
>=7	<77	MAIS MEN	0.93421
>=7	>=89	POUCO	0.93942
4-6	77-88	POUCO	0.95499
>=7	77-88	POUCO	0.96347
4-6	<77	POUCO	0.97822
>=7	<77	POUCO	0.98241 --> PERFIL DE MAIOR RISCO