



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DAS CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ANÁLISE DA AUTONOMIA DE IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE
SAÚDE NA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS E DE VIDA
DIÁRIA**

DIEGO NOGUEIRA LIMA DE OLIVEIRA

**CAJAZEIRAS/PB
2010**

DIEGO NOGUEIRA LIMA DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA AUTONOMIA DE IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE
SAÚDE NA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS E DE VIDA
DIÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Campina Grande, como requisito
parcial à obtenção do grau de Bacharel em enfermagem.

Orientador (a): Prof^a. Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira

Co-Orientador (a): Prof. Esp. Geofabio Sucupira Casimiro

**CAJAZEIRAS/PB
2010**



0482a Oliveira,Diego Nogueira Lima de.
Análise da autonomia de idosos atendidos em um serviço de saúde na realização de atividades instrumentais e de vida diária / Diego Nogueira Lima de Oliveira. - Cajazeiras, 2010.
43f.: il.color.

Não disponível em CD.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)Universidade Federal de Campina Grande,Centro de Formação de Professores,2010.
Contem Bibliografia, Apêndices e Anexos.
ISBN (Broch.)

1. Saúde do idoso. 2. Idoso-atividades da vida diária.
3. Serviços de saúde- atendimentos-idosos. I.
Sucupira,Kennia Sibelly Marques de Abrantes. II.
Casimiro,Geofabio Sucupira. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores.
CDU 613.98

DIEGO NOGUEIRA LIMA DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA AUTONOMIA DE IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE
SAÚDE NA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS E DE VIDA
DIÁRIA**

Aprovado em: ____/____/2010

COMISSÃO EXAMINADORA

**Profª. Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira – Orientadora
Orientadora – UFCG**

**Prof. Esp. Geofabio Sucupira Casimiro– Co-Orientador
Co-orientador – UFCG**

**Prof. Ms. Inácio Andrade Torres
Membro – UFCG**

**CAJAZEIRAS – PB
2010**

Dedico esta pesquisa aos idosos que com o envelhecimento perderam a esperança de uma vida melhor e, a todos aqueles que esperam dos profissionais da saúde e do estado comprometimento ético, para desfrutar o mínimo de saúde e bem estar.

AGRADECIMENTOS

A Deus que tem me guiado em todos os momentos da minha vida, para que eu nunca desistisse. O Senhor esteve sempre ao meu lado, combateu comigo e venceu as adversidades que surgiram durante esta caminhada de quatro anos e meio, concedendo-me sabedoria, ciência e fortaleza para permanecer firme na certeza de que o Deus que me amou ontem, me ama hoje e que tenho seu eterno amor e proteção.

Aos meus pais Malfitano e Rizomar, que sempre acreditaram na minha capacidade e por isso nunca mediram esforços para me ajudar na realização deste sonho. Obrigado pela dedicação, apoio e estímulo.

Aos meus irmãos (as): Diogo e Dayana, que me apoiaram de todas as formas possíveis pelo meu sucesso, incentivando, contribuindo, ajudando efetivamente, compreendendo até os momentos que deixei de desfrutar da companhia deles.

A minha namorada, Cícera Ferreira, juntos fomos capazes de construir um amor sólido, inabalável em momentos difíceis e que a espera é sempre um momento de recompensas. Obrigado pela dedicação e apoio durante todo o curso.

À minha orientadora e Co-orientador Kennia Sibelly e Geofabio, por todo o seu interesse, dedicação e confiança na realização deste trabalho. Muito obrigado.

À minha segunda família: Dr. Inácio, Dra. Goreti e família, por me orientar, incentivar e me ajudar nos momentos difíceis, vocês fazem parte de todo meu sucesso. Obrigado por tudo.

Aos meus amigos (a) e colegas de classe, pela amizade, pelos sorrisos e pela troca de conhecimentos, que foram passados durante todo esse período e por terem compartilharam comigo ao longo desta vida acadêmica muita alegrias. Sentirei saudades.

A todos os professores (as) da Universidade Federal de Campina Grande, que ao longo desses quatro anos e meio contribuíram para a minha formação.

A todos os meus amigos (as), que acreditaram na minha capacidade e torceram pela minha felicidade.

A todos os Idosos (as) que se dispuseram a participar desta pesquisa, manifestaram seu apoio e contribuição de forma positiva.

Enfim, a todos que contribuíram direto ou indiretamente para a conclusão deste meu trabalho.

A todos o meu muito obrigado!

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Distribuição numérica percentual dos participantes de acordo com as variáveis sócio-demográficas.	29
Tabela 2 – Distribuição numérica percentual dos participantes de acordo com escolaridade e renda familiar.	32
Tabela 3 – Distribuição numérica percentual dos participantes de acordo com a Profissão.	33

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Distribuição dos participantes segundo a avaliação das AIVD. **35**
- Figura 2** - Distribuição dos participantes, segundo as AIVDs realizadas com independência. **36**
- Figura 3** - Distribuição dos participantes segundo as AIVD realizadas com dependência. **37**
- Figura 4** - Distribuição dos participantes segundo as AIVDs realizadas com algum tipo de ajuda. **38**
- Figura 5** - Distribuição dos participantes segundo a avaliação das ABVD. **39**
- Figura 6** - Distribuição dos participantes segundo as ABVDs realizadas com algum tipo de ajuda. **40**
- Figura 7** - Distribuição dos participantes segundo as ABVD realizadas com independência. **41**

LISTA DE SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

ETSC – Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAPS – Posto de Assistência Primário de Saúde

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF – Programa Saúde da Família

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

OLIVEIRA, Diego Nogueira Lima de. **Análise da autonomia de idosos atendidos em um serviço de saúde na realização de atividades instrumentais e de vida diária.** Trabalho de Conclusão de Curso em Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2010. 55fls.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e com o aumento da idade, aumentam-se as limitações físicas e funcionais do idoso, principalmente dos idosos longevos. Logo a assistência à saúde do idoso deixa de ter como foco apenas prolongar a vida, mas, principalmente, a de manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível. Portanto, o envelhecimento deve ser visto como processo gradativo e limitativo, porém com adaptações as limitações físicas e psicossociais que acomete o idoso. O objetivo deste trabalho foi identificar a autonomia e as dificuldades apresentadas pelos idosos, para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária, caracterizar o perfil epidemiológico, observar as principais alterações funcionais desses idosos e propor atividades a serem executadas pelo Enfermeiro no sentido de promover o envelhecimento saudável desses idosos. Estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. A coleta dos dados foi realizada no Posto de Assistência Primária de Saúde (PAPS), através de uma entrevista norteada por um instrumento estruturado constituído por questões sócio-demográficas, escala de Lawton:- Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD e índice de Katz Atividades Básicas da Vida Diária - ABVD para avaliação funcional. Participaram 40 idosos, com predomínio da faixa etária de 60 a 70 anos (67,5%), sexo feminino (65%), casados (55%) e renda familiar igual a um salário mínimo (60%). Foram identificados independência máxima nas ABVD (59%) e maior ainda nas AIVD (72%). Essa associação do decore de ABVD e AIVD com tantas outras medidas gerontológicas, parece confirmar a importância da funcionalidade como um marcador global de velhice bem sucedida, bem como, conhecer o que acomete o idoso, para assim traçar objetivos, métodos e protocolos de assistência de saúde nessa fase da vida.

Palavras chave: Autonomia. Idosos. Atividades da Vida Diária.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	14
2.1. Geral.....	14
2.2. Específicos.....	14
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1 Aspectos Anatômicos e Fisiológicos do Envelhecimento.....	15
3.2 Aspectos Funcionais do Envelhecimento.....	16
3.3 Avaliação Multidimensional do Idoso.....	19
3.4 O Idoso na Atenção Básica.....	21
4. METODOLOGIA.....	25
4.1. Tipo de Pesquisa.....	25
4.2. Local da Pesquisa.....	25
4.3. População e Amostra.....	26
4.4. Instrumento e Coleta de Dados.....	26
4.5. Análise dos Dados.....	28
4.6. Posicionamento Ético do Pesquisador.....	28
5. RESULTADO E DISCUSSÕES.....	29
5.1. Caracterização Sócio-Demográfica Amostra	29
5.2. Atividades de Vida Diária.....	34
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
7. REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES	

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, os idosos representam cerca de 10% da população geral. O censo de 2000 informou que, dos 169,5 milhões de brasileiros, 15,5 milhões têm 60 anos ou mais, sendo que projeções apontam um crescimento desse grupo populacional para 18 milhões até o final de 2010 e 25 milhões até 2025 (IBGE, 2002; GARRIDO; MENEZES, 2002).

Existe uma dificuldade na definição cronológica e no limite entre o indivíduo adulto e o idoso, pois dependendo do desenvolvimento socioeconômico de cada sociedade, os seus membros apresentarão os sinais inexoráveis do envelhecimento, com limitações e perda de adaptabilidade, em diferentes idades cronológicas.

Corroborando com isso a Organização das Nações Unidas determina que, para os países desenvolvidos, os indivíduos com idade a partir 65 anos são considerados idosos e para os países em desenvolvimento, onde a expectativa média de vida é menor, adota-se os 60 anos como a idade de transição das pessoas para o segmento idoso da população. Sob alguns aspectos, principalmente legais, o limite é de 65 anos também em nosso país (PASCHOAL, 2005).

Pode-se afirmar que o Brasil, antes denominado um país de jovens, hoje já pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido, segundo padrões estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde – OMS (DUARTE, 2003).

Assim, ao pensarmos em envelhecimento de forma saudável é essencial, associarmos a idéia de preservação de nossa autonomia e independência, da nossa capacidade produtiva, da interação com o nosso meio, muito mais do que a ausência de doenças.

Diante do envelhecimento populacional, a meta no atendimento à saúde deixa de ser a de apenas prolongar a vida, mas, principalmente, a de manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível. Para que isso ocorra, o sistema de saúde precisa garantir o acesso universal aos cuidados progressivos de saúde e as políticas públicas devem enfatizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Além disso, o idoso deve ser avaliado de forma holística, com o objetivo principal de manutenção da capacidade funcional (COSTA; PORTO; SOARES, 2003).

Para mensurar a capacidade do idoso em relação à autonomia e à independência, existe um conjunto de dados clínicos, testes e escalas denominadas de Avaliação Funcional. Uma apreciação funcional simples deve conter a análise do equilíbrio e mobilidade, da função cognitiva, da capacidade para executar as atividades de vida diária (AVD) e as atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD (COSTA; PORTO, 2001).

Segundo os autores acima citados as AVD são tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continências urinária e fecal. As AIVD são as habilidades do idoso para administrar o ambiente em que vive e inclui as seguintes ações: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte.

Diversos estudos têm projetado um grande crescimento da população idosa funcionalmente incapacitada, sendo que o número de pessoas idosas dependentes nas AVD dobrará na segunda ou terceira década deste século. Para aumentar as chances de um envelhecimento saudável, as políticas sociais e de saúde devem promover a habilidade funcional e construir um sistema adequado de suporte social para a população idosa (PASCHOAL, 2003).

O atual sistema de saúde focaliza a expansão da Saúde da Família. Para atender a população idosa é necessário que a Equipe de Saúde da Família conheça o perfil sócio-econômico-demográfico, bem como a capacidade funcional da população idosa da sua região, para que possa planejar e implementar ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos e reabilitação. Em Cajazeiras, informações nesse sentido são escassas e dispersas, dificultando o planejamento de ações de maior resolutividade coletiva.

O principal desafio que a longevidade propõe aos idosos é a preservação da qualidade de vida, na presença das ameaças de restrição da autonomia e da independência, causadas pela deterioração da saúde e pelo empobrecimento da vida social (PAVARINI; NERI, 2005 p. 63).

Considerando-se as alterações sofridas pelos idosos, a dependência não é uma condição que atinge de modo uniforme todos os domínios do funcionamento dos idosos. Assim, a incapacidade para o desempenho de atividades instrumentais de vida diária, como ir às compras, cuidar das finanças e andar pela cidade, ou mesmo incapacidades resultantes de um comprometimento mais grave da locomoção ou da audição, não significam

necessariamente disfuncionalidade em todos os outros domínios, como o cognitivo e o emocional.

O idoso apesar das doenças físicas e/ou mentais, apresentam capacidade para desenvolver muitas de suas funções, necessitando apenas de adaptações para a realização das atividades rotineiras e de seu estilo de vida normal, mas o que observamos é uma ociosidade desnecessária pela maioria. Diante dessas observações surgiu o seguinte questionamento: Qual a capacidade dos idosos para desenvolver as atividades básicas e instrumentais da vida diária? O que poderia ser feito para que os idosos envelhecessem de forma saudável?

O interesse pelo tema abordado surgiu principalmente quando estudadas as disciplinas Gerontologia e Bioética onde foi visto e entendido que é essencial termos a percepção de que o problema maior não está em envelhecer, visto que envelhecer faz parte do processo de desenvolvimento natural do ser humano, mas sim, na incompreensão total desta dimensão, porque os idosos apresentam características, necessidades e interesses diferentes das pessoas mais jovens.

Sendo assim faz-se necessário desenvolver a autonomia na população idosa que é a necessidade que estes indivíduos possuem em se autogovernarem, em legislarem-se enquanto cidadãos de direito e de fato, construírem seu papel nesta etapa da vida, proporcionando bem estar e qualidade de vida.

Acreditamos que, o presente estudo poderá contribuir direcionando o atendimento à população, criando subsídios para o ensino de gerontogeriatría e pesquisas futuras, em prol de um envelhecimento saudável.

A atuação da enfermagem junto ao idoso deve estar centrada na educação para a saúde, no "cuidar" tendo como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade e no retorno da capacidade funcional para a realização das suas atividades, com o objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar sua independência e felicidade (CAMPEDELLI, 1983).

Sendo assim em um serviço de saúde todo o processo de reabilitação da capacidade funcional comprometida envolve o trabalho interdisciplinar da medicina, enfermagem, fisioterapia, entre outras profissões com o objetivo de prevenir a evolução das incapacidades recuperar a perda funcional incipiente.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

» Analisar a capacidade de idosos atendidos em uma Unidade de Saúde quanto ao desenvolvimento de atividades instrumentais e de vida diária.

2.2 ESPECÍFICOS

» Caracterizar o perfil epidemiológico dos idosos atendidos na Unidade de Saúde em estudo;

» Observar as principais alterações funcionais desses idosos;

» Propor atividades a serem executadas pelo Enfermeiro no sentido de promover o envelhecimento saudável desses idosos.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Aspectos Anatômicos e Fisiológicos do Envelhecimento

O envelhecimento populacional é uma realidade incontestável e antes de se iniciar qualquer discussão sobre esse tema, torna-se importante conceituar este fenômeno. Estudos sobre o envelhecimento partem da natureza em que o processo ocorre, podendo ser classificados em teorias “biológicas, psicológicas e sociais”. Considerando estes aspectos, o que chama mais a atenção é o caráter biológico do envelhecimento, devido ao fato de mostrar-se mais visível (RODRIGUES; MARQUES; FABRÍCIO, 2000).

Envelhecer é o período da vida que, segundo alguns autores, sucedem à fase de maturidade e que é caracterizado por declínio das funções orgânicas. Essa diminuição da capacidade funcional é caracteristicamente linear em função do tempo. Por outro lado, não é possível evidenciar um ponto de transição com a fase precedente, dada à inexistência de um marcador biofisiológico eficaz e confiável do fenômeno (PAPALÉO NETTO, CARVALHO FILHO, SALLES, 2006).

Como envelhecimento causa grande impacto nos aspectos antropométricos, neuromusculares e metabólicos. Essas alterações começam a ser evidenciadas em torno dos 50 anos de idade na maior parte das variáveis da aptidão física, sendo estas modificações gradativas, variando em torno de 1 % ao ano ou 10% por década de vida (MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2000).

Segundo Motta (2004), as alterações morfológicas e funcionais que surgem com o envelhecimento, podem ser de acordo com o órgão ou sistema imunológico, neuroendócrino, cardiovascular, respiratório, digestivo e urinário, podendo ocorrer também redução na estatura e modificações na pele. Apesar destas alterações, que se apresentam no organismo devido ao processo de envelhecimento, devemos considerar o conceito de que uma pessoa é sadia quando frente a qualquer estresse que se apresenta. Assim, considera-se sadio o idoso que, cumprindo parâmetros funcionais adequados para sua idade, suas condições físicas e psíquicas não interferem em suas relações sociais. É necessário que os três aspectos estejam em equilíbrio para se conseguir qualidade de vida.

De acordo com os achados encontrados por alguns autores, concluiu-se que uma das mudanças mais marcantes durante o processo de envelhecimento é a diminuição de tecido contrátil no músculo esquelético e nas características de funcionamento das unidades motoras.

O resultado dessas mudanças é a diminuição da capacidade de produção da força muscular com deterioração da mobilidade, ocasionando conseqüências funcionais no andar e no equilíbrio, aumentando o risco de quedas e perdas da independência física. Ao mesmo tempo há evidências de que a fisioterapia, com seus recursos de treinamento de força muscular por meio do exercício terapêutico, podem influenciar de forma positiva a área, a força e a resistência do músculo esquelético, sugerindo que possa reduzir alguns efeitos fisiológicos do envelhecimento (MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2000; DAVINI; NUNES, 2003; FABRICIO; RODRIGES; JÚNIOR, 2004).

O fenótipo do envelhecimento, que é representado por marcadores típicos, como perda do peso, redução da massa corpórea magra, cabelos grisalhos, pele enrugada, entre outros, é o reflexo de um somatório de alterações somáticas que, mais rápida ou mais lentamente, estarão presentes em todos os idosos. Tais manifestações, embora bem evidentes e facilmente observáveis, não têm hoje esclarecidos os mecanismos envolvidos em sua gênese; o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte (PAPALÉO NETTO, BORGONNOVI, 2005).

3.2 Aspectos Funcionais do Envelhecimento

As alterações orgânicas, morfológicas e funcionais decorrentes do processo de envelhecimento caracterizam-se por senescência, e o oposto as modificações que comprometem os indivíduos idosos é denominado de senilidade. Estas envolvem uma perda progressiva das aptidões funcionais do organismo, sendo que do ponto de vista fisiológico algumas degenerações comuns a esse processo envolvem diminuição de força e resistência muscular, amplitude articular, perda de massa corporal e redução da flexibilidade (PAPALÉO NETTO; CARVALHO FILHO; SALLES, 2006).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos. A senescência em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto a senilidade, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência; cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do

processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2007).

Entendo-se capacidade funcional como a capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma, Aratani et al (2005) ressaltam que a melhora ou no mínimo, a manutenção desta, tem sido um dos objetivos mais importantes e desafiantes no acompanhamento da evolução clínica de idosos.

De acordo com Ramos (2005), a capacidade funcional surge, portanto, como um novo conceito de saúde, particularmente relevante dentro deste novo paradigma trazido pelo envelhecimento da população. Envelhecimento saudável, nessa nova ótica, passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física e mental, independência econômica e na vida diária, integração social e suporte familiar. A perda de um ente querido, a falência econômica, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente são eventos cotidianos que podem juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional de um indivíduo.

A saúde ou o bem-estar na velhice, em um sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar a ausência de problemas em todas as dimensões.

A capacidade funcional surge assim, como um novo modelo de saúde, proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A independência a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa. A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe de saúde, em especial na atenção básica. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família (BRASIL, 2007).

Na velhice, a manutenção de autonomia está intimamente ligada à qualidade de vida, portanto, uma forma de se procurar quantificar a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as funções do dia-a-dia, fato que o faz independente dentro de seu contexto socioeconômico e cultural. Sob o ponto de vista prático, há várias formas de se medir tais função, uma delas, é através do desempenho de atividades diárias (VERAS, 2005).

Conforme Pavarini e Néri (2005) a autonomia é um princípio ético e uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas, ou seja, estas têm o direito de determinar o curso de suas vidas, desde que o exercício do seu direito à autodeterminação não atente contra a autonomia dos semelhantes. A independência, por sua vez, é a capacidade de realizar atividades da vida diária sem ajuda.

O principal desafio da longevidade refere-se à preservação da qualidade de vida, devido às ameaças de restrição da autonomia e da independência, causada pela determinação da saúde e pelo empobrecimento da vida social.

Mendes (2005), define dependência como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhes permitam adaptação. Na velhice a dependência é determinada por eventos biológicos, socioculturais e psicológicas. E sabendo-se, de acordo com o autor citado, que o envelhecimento provoca uma diminuição na capacidade adaptativa, que se traduz, às vezes, em comorbidades, às vezes em isolamento e depressão, não se pode dizer, entretanto, que as dependências física, cognitiva, afetiva ou social sejam características essenciais da velhice.

O idoso sente-se de maneira estigmatizado, pois cresceu interiorizando o envelhecimento como algo negativo. Quando jovem assimilou que seria um peso frágil improdutivo, difícil de conviver, doente. Estas imagens a princípio distantes da realidade concreta passaram a ser auto-imagens negativas a partir do momento em que começou a envelhecer. Hoje no momento em que a vivência é real, influenciada por este sentimento o idoso pode aceitar passivamente esta fase improdutiva, sem busca de realizações, sem perspectivas.

Faz-se necessário lembrar as perdas de ordem econômica e social, e uma das mais importantes chega junto com a aposentadoria. Além da perda do vínculo profissional e do papel social há uma diminuição considerável nos rendimentos. O idoso que ansiava por um momento em sua vida no qual pudesse usufruir tranquilamente do fruto de anos de trabalho, sente-se numa armadilha. Em grande parte dos casos a aposentadoria traz o declínio do padrão de vida, acompanhado às vezes de sérias privações. Sem contar que não existe qualquer preparo emocional para este momento. (PAPALÉO NETTO, 2002).

Segundo Assis (2004), o papel social dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, pois este depende da forma de vida que as pessoas tenham levado, como das condições atuais que se encontram. Neste aspecto destacamos a aposentadoria, momento em que o indivíduo se distancia da vida produtiva. Aposentar-se pode ser bom ou mau em função das variáveis relacionadas ao trabalho em si e ao contexto geral de vida do indivíduo. Há uma ruptura com o passado, o homem deve ajustar-se a uma nova condição que lhe traz certas vantagens, como o descanso, lazer, mas também graves desvantagens, como desvalorização e desqualificação.

Além da família, o convívio em sociedade permite a troca de carinho, experiências, idéias, sentimentos, conhecimentos, dúvidas, além de uma troca permanente de afeto. O idoso necessita estar engajado em atividades que o façam sentir-se útil, deve estar envolvido em ocupações que lhes proporcione prazer e felicidade. A atividade em grupo é uma forma de manter o indivíduo engajado socialmente, onde a relação com outras pessoas contribui de forma significativa em sua qualidade de vida, ajudando a melhorar e tornar mais satisfatória sua vida. (ZIMERMAN, 2000).

3.3 Avaliação Multidimensional do Idoso

O Processo de Envelhecimento engloba diversos aspectos determinantes para uma velhice saudável e com qualidade de vida. A manutenção da autonomia e da independência constitui-se como condição necessária a um processo de envelhecimento saudável. Nas últimas décadas, o conceito de saúde vem sofrendo modificações, deixando de ser definido apenas como ausência de doença, passando a englobar significado mais amplo, relacionado a condições de bem-estar (MENDES, 2005).

A Organização Mundial de Saúde em 1947 redefiniu saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não meramente ausência de doença ou enfermidade. Desse modo, um indivíduo, mesmo portador de alguma doença, pode sentir-se saudável caso mantenha a capacidade de realizar funções ou atividades, de alcançar expectativas e desejos, de manter-se ativo em seu meio, ter alguma função social e efetivar projetos. Portanto, saúde pode ser concebida como a capacidade de um indivíduo ou de um grupo continuar exercendo funções em seu ambiente físico e social, contribuindo para a sociedade e interagindo com a mesma (PASCHOAL, 2005).

Nunes (2007) destaca que a avaliação geriátrica multidimensional pode ser definida como um processo diagnóstico multidimensional freqüentemente interdisciplinar, planejado para detectar problemas médicos, psicossociais e funcionais da pessoa idosa, com o objetivo de desenvolver um plano de tratamento e acompanhamento em longo prazo. Ela difere, por exemplo, da avaliação médica clássica, ao concentrar atenção nos complexos problemas da população idosa, com ênfase no estado funcional e na qualidade de vida, utilizando para atingir esses objetivos, uma equipe interdisciplinar.

Conforme Paschoal (2005), uma forma de se quantificar a saúde de um idoso é através do grau de autonomia que ele possui e do grau de independência com que desempenha as funções do dia-a-dia, sempre se tomando por base o seu contexto socioeconômico-cultural. Pode-se medir a independência através do seu oposto: a dependência. Mede-se o quanto as pessoas são dependentes no desempenho de suas atividades diárias, levando em conta o desempenho físico, psíquico e social. Mas, ao se medir a saúde de uma pessoa idosa, não se pode fazê-lo em termos biomédicos apenas. As três dimensões do conceito de saúde têm de ser contempladas. É isso que se denomina “avaliação geriátrica abrangente ou avaliação global, holística, na qual são utilizadas medidas objetivas dos diferentes desempenhos.

Foi a partir de meados do século passado que começaram a tomar vulto os estudos que procuraram documentar a ocorrência freqüente de incapacidades funcionais em diferentes situações e locais de atendimento. Aproximadamente em 1950, Katz desenvolveu seis medidas das atividades básicas da vida diária (ABVD) que até hoje são usadas em vários estudos e que procuram avaliar o grau de dependência de pessoas idosas. No final da década de 1960, Lawton foi um dos pesquisadores que ajudou a esclarecer a estrutura teórica para avaliação da capacidade funcional, através da utilização de um modelo comportamental, no qual a função é vista dentro de um domínio hierárquico. Neste modelo proposto por Lawton as funções puderam ser ordenadas da mais simples para a mais complexa. (PAPALÉO NETTO; KEIN; BRITO 2005).

De acordo com Yuaso (2007), as atividades básicas que a pessoa desempenha na rotina de sua vida diária como, por exemplo, vestir-se, alimentar-se ou ter continência urinária e/ou fecal têm sido utilizadas como sinônimo de capacidade, desempenho ou estado físico. As escalas das ABVDs avaliam as condições básicas que o idoso tem de cuidar de si próprio, representando, pois, limitações quando se procura uma definição real de seu desempenho físico. A maioria das atividades da vida diária é constituída de um modo hierárquico, ou seja,

das atividades pessoais mais básicas como, por exemplo, alimentar-se ou ir ao banheiro, para outras mais complexas como vestir-se ou banhar-se por conta própria.

Dentre as escalas que avaliam as ABVDs que possuem validade e confiabilidade vastamente comprovada, a mais comumente utilizada é o índice de Katz. Ela propicia uma descrição sumária da capacidade de auto-cuidado, além de permitir a identificação de fatores de risco e monitoramento da evolução clínica das doenças diagnosticadas. Outra escala, desta vez concebida por Lawton e Brody, que a denominaram atividades instrumentais de vida diária (AIVDS), é mais complexa que a primeira e é constituída por atividades que fazem parte do dia-a-dia de pessoas que vivem em uma sociedade moderna, como usar telefone, preparar refeições, fazer compras, controlar o dinheiro, arrumar a casa, tomar medicamentos, caminhar ou utilizar meios de transporte. As sete atividades que compõem esta escala são subdivididas em três condições, de acordo com a menor ou maior capacidade para executá-las, em independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes (PAPALÉO NETO; KEIN; BRITO 2005).

Segundo os autores acima citados, a avaliação multidimensional do idoso é hoje universalmente aceita e recomendada. Essa orientação atende aos múltiplos aspectos do processo de envelhecimento e vem ao encontro do que é estabelecido no conceito de saúde da organização mundial de saúde, visando prioritariamente à melhora da qualidade de vida. Destaca-se, a importância da equipe interdisciplinar, pois para atender as múltiplas facetas do processo de envelhecimento seria utópico imaginar que alguém, por mais capacitado que seja, possa fazê-lo com a mesma eficiência e competência que o conjunto de profissionais responsáveis pelas diversas áreas que compõem a ciência gerontológica.

3.4 O Idoso na Atenção Básica

Com as mudanças que estão ocorrendo na estrutura etária da população surgem diversos problemas relacionados ao envelhecimento populacional, que merece o interesse da sociedade como um todo, e que necessitam de soluções para que seja asseguradas condições de vida digna, oportunidade de preservar e manter a saúde, tanto no aspecto físico como no mental, e a cidadania plena a este grupo que ainda é discriminado em vários setores da nossa sociedade.

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem a idade avançada com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos a saúde de forma ampliada torna-se necessário algumas mudanças no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa (BRASIL, 2007).

Desta forma, surgem com maior intensidade normas e programas de proteção ao idoso, de forma a auxiliar na redução dos obstáculos a serem transpassados por esta parcela significativa da sociedade, garantindo ainda melhores condições e qualidade de vida adequada, respeitando o direito constitucional da dignidade humana.

No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. E este conceito passou a ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso à alimentos saudáveis, entre outros (BRASIL, 2007).

Para Brito e Ramos (2005) os objetivos básicos que devem fundamentar as ações de saúde para os idosos são os de procurar mantê-los com o máximo de capacidade funcional e independência física e mental na comunidade e no seio de suas famílias. Para tanto, há que se oferecer alternativas que atendam às diferentes condições biológicas, psicológicas e sociais dos idosos, dentro de modelos assistenciais que tenham como base a atenção primária à saúde, valorizando a promoção de saúde e a prevenção de doenças e de incapacidades que acometem essas pessoas. Os idosos têm que ser tratados em toda a sua complexidade social, pois muitos dos problemas que influem na saúde e qualidade de vida desse segmento populacional estão diretamente ligados à situação econômica do país.

Para o Ministério da Saúde, Brasil (2007, p. 13),

A Atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/ Saúde da Família, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa, que é identificada por meio de visitas domiciliares, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde / pessoa idosa e profissional de saúde / familiares, a história clínica, aspectos biológicos, psíquicos, funcionais, sociais e o exame físico.

Espera-se que, a atenção básica ofereça à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar a adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis, as quais são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo.

Smeltzer e Bare (2002) defendem que o cuidado das pessoas idosas pode ser melhor prestado se for feito por uma equipe de saúde interdisciplinar que realize uma avaliação geriátrica abrangente, combinando experiências e recursos, com a intenção de focar todos os aspectos do processo de envelhecimento, para oferecer uma abordagem holística e humanizada nos cuidados.

As equipes de saúde na Atenção Básica, em especial quando organizadas pela Saúde da Família, dispõem de importantes ferramentas para garantia de uma atenção humanizada. É importante destacar que todo o trabalho realizado deve buscar sempre o máximo da autonomia dos usuários frente às suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa sendo que a promoção de um envelhecimento saudável, é fundamental a preparação das unidades e dos profissionais da saúde que irão atender aos idosos (BRASIL, 2008).

As atribuições dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família são importantíssimas, e na enfermagem não seria diferente, a enfermagem pode dar sua contribuição na melhoria da qualidade de vida dos idosos quando: Realiza consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão ; Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe. Além de orientar ao idoso, familiares e/ou cuidadores sobre a correta utilização dos medicamentos.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

De acordo com Gil (2002), uma pesquisa pode ser definida como um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo procurar respostas aos problemas propostos.

Já no entendimento de Eco (1988), são requisitos básicos para se tornar um pesquisador: a curiosidade intelectual, entusiasmo, independência, capacidade de trabalho e ambição acadêmica ou profissional, paciência e muita determinação.

Esta pesquisa foi realizada com base em uma metodologia de caráter descritivo exploratório com abordagem quantitativa. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa descritiva é a exploração e a descrição dos fenômenos nas situações da vida real, distribuição de doenças em uma determinada população, enquanto a pesquisa quantitativa exploratória destina-se a investigar a natureza complexa dos fenômenos estudados e outros fatores com os quais eles estão inseridos.

Como a finalidade do projeto tem caráter quantificável, os autores Souza, Fialho e Otani (2007), nos trazem que tudo que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações e qualificá-las e analisá-las, requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas.

4.2 Local do Estudo

No intuito de analisar a autonomia dos idosos na realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, esta pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras, localizada no alto sertão da Paraíba, com uma área de 586,28 Km² de área e a estimativa da população para 2009 é de aproximadamente 57.875 habitantes (IBGE, 2009). O local de estudo foi o PAPS (Posto de Assistência Primária de Saúde), Na verdade, no âmbito da Ciência Enfermagem, o PAPS é um modelo criado em Cajazeiras, cuja replicagem verificou-se no Programa Saúde da Família (PSF), concebido em dezembro de 1993 e implementado em 1994. Realce-se: um modelo que deu certo pela determinação dos que atuaram nesse serviço, desde seus idealizadores e fundadores, professores Inácio Andrade Torres, José Antônio de Albuquerque, Maria Rita de Oliveira e Maria Goreti do Nascimento Andrade. O mesmo

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

também se constitui em um órgão prestador de serviços primários de saúde. Um eficaz e eficiente serviço, cuja programação, além da atenção básica e assistência ambulatorial, inclui ensino, pesquisa e extensão - o tripé fundamental da Universidade. Localizado no bairro Casas Populares, a unidade foi escolhida por conter um elevado número de idosos, além de ser assistido por diversos projetos e programas direcionados ao idoso geridos pelo Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande e Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras. Tal unidade conta atualmente com 1269 famílias cadastradas, num total de 5076 pessoas, das quais 403 se encontram na faixa etária acima dos 60 anos, sendo consideradas idosas de acordo com critérios adotados pelo estatuto do idoso.

4.3 População e Amostra

Em termos estatísticos, população pode ser o conjunto de indivíduos que vivem, trabalham, estudam em um mesmo lugar. E cada unidade ou membro de uma população, ou universo, denomina-se elemento, e quando se torna certo número de elementos para averiguar algo sobre a população a que pertencem, fala-se de amostra (RICHARDSON, 2008).

A população da pesquisa foi constituída por 403 idosos devidamente cadastrados no Posto de Assistência Primária de Saúde. A amostra foi aleatória estratificada com reposição onde foram sorteados 40 idosos os quais compuseram a base de amostragem, sendo 20 mulheres e 20 homens. Se durante a coleta de dados algum participante demonstrasse o não interesse em fazer parte da pesquisa ou não se encaixasse nos critérios de inclusão será realizado outro sorteio para substituí-lo.

Como critério de inclusão será adotado o ato de concordar verbalmente e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). Deste modo a amostragem será aleatória.

4.4 Instrumento e Coleta de Dados

Segundo Andrade (2009), a coleta de dados constitui uma etapa importantíssima da pesquisa de campo.

Primeiramente foi solicitado à Coordenação de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, um ofício direcionado a gestora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras, a Enfermeira Marilena Maria de Sousa apresentando os objetivos da pesquisa e autorização para realizá-la. Deferido o pedido e após aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (FSM), teve início a pesquisa.

Após a seleção da amostra a coleta foi realizada no mês de Junho do corrente ano no domicílio do participante e durante a visita do participante a unidade de saúde. Cada sujeito foi abordado de forma direta e recebeu todas as informações necessárias e pertinentes sobre a pesquisa e de acordo com sua disponibilidade respondeu individualmente o questionário , após ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As respostas foram registradas pelo pesquisador no próprio questionário.

Para a realização do estudo foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturado, contendo questões que permitiram a caracterização da amostra, referentes aos dados sócio-demográficos , e questões correspondentes aos dados específicos da pesquisa elaborados a partir de referências da literatura geriátrica e gerontológica, visando uma avaliação multidimensional, que envolva todos os aspectos pertinentes ao estudo.

Ainda quanto ao instrumento o mesmo foi composto por três partes:

A primeira parte constituída por dados sócio-demográficos, a fim de caracterizar a amostra, onde estes responderam itens relacionados ao tipo de sexo, idade, nível de escolaridade, entre outros aspectos.

A segunda parte composta pela Escala de Lawton, que foi utilizado para avaliar os aspectos funcionais e sociais, uma vez que, ela foi criada para avaliar as atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

A terceira constituída pelo Índice da Katz, utilizado como instrumento para analisar os aspectos funcionais, pois este se constitui de uma avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD's), avaliando as condições básicas que o idoso apresenta para cuidar de si próprio, representando, pois limitações quando se procura uma definição real de seu empenho físico.

4.5 Análise dos dados

Os dados objetivos foram organizados, tabulados e distribuídos em gráficos com ajuda de softwares específicos (Excel e o EPI-INFO), e seguidamente analisados referenciando o estudo pré-estabelecido.

Foi adotado também o delineamento inteiramente casualizado que segundo (PAPALÉO NETTO, 2002), tem por objetivo de coletar informações para descrever o fenômeno que está sendo estudado, caracterizando-se como um estudo transversal, no qual os indivíduos foram estratificados por idade e sexo. Sendo que esse tipo de estudo assume particular importância ao fornecer informações sobre a capacidade funcional, relacionado com o envelhecimento ativo, permitindo definir serviços sociais e de saúde necessários ao atendimento de pacientes da terceira idade.

4.6 Posicionamento Ético do Pesquisador

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), a qual trata de pesquisa envolvendo seres humanos. O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos individuais ou grupos por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

Tendo o participante aceito participar da pesquisa, lhe foi dado o direito de interromper livremente a sua participação, ou retirar o consentimento quando desejar sem sofrer qualquer penalização, deixando esclarecido que não foi oferecido, nenhum ônus econômico-financeiro ao paciente ou familiar, não havendo nenhuma forma de indenização ou ressarcimento durante ou após o curso da pesquisa. Sendo a mesma pesquisa dependente de deferimento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados a partir dos dados colhidos através da entrevista com os sujeitos da pesquisa, idosos de uma Unidade de Saúde da Família. Assim, os resultados encontram-se dispostos da seguinte maneira: serão apresentados em uma análise quantitativa os resultados obtidos relacionados à caracterização sócio-demográfica em três tabelas, em seguida a apresentação quantitativa dos dados referentes aos aspectos funcionais dos idosos integrantes do estudo.

5.1 Caracterização sócio-demográfica da amostra

Tabela 1 – Distribuição numérica percentual dos participantes de acordo com as variáveis sócio-demográficas. Posto de Assistência Primária de Saúde (PAPS). Cajazeiras - PB, Junho de 2010.

Variáveis	<i>f</i>	%
Faixa etária		
60-70	27	67,5
71-80	08	20
81-90	05	12,5
Gênero		
Masculino	14	35
Feminino	26	65
Estado civil		
Casado (a)	22	55
Solteiro (a)	01	2,5
Viúvo (a)	15	37,5
Divorciado (a)	02	5
Conjuntura Familiar		
Sozinho (a)	02	5
Companheiro (a)	05	12,5
Companheiro (a) e filhos (as) solteiros (as)	14	35,5
Companheiro (a) e filhas (as) casados (as)	05	12,5
Outros (irmão, sobrinhos, filhos (as), netos)	14	35,5
Total	40	100

Ao analisar a tabela 1 observamos que dos 40 idosos entrevistados, 27 (67,5%) tinham entre 60 e 70 anos; 08 (20%) entre 71 e 80 anos e 05 (12,5%) entre 81 e 90 anos, todos pertencentes à área de abrangência do Posto da Assistência Primária de Saúde (PAPS) de Cajazeiras - PB.

Pode-se observar que, a maioria dos idosos encontram-se entre 60 e 70 anos, isto demonstram que o envelhecimento populacional é nos dias atuais um fenômeno real no mundo inteiro.

A população idosa esteve habitualmente associada aos países desenvolvidos, como Japão, Europa e América do Norte. No entanto, o que deve ser considerado é que o envelhecimento populacional vem ocorrendo nos países em desenvolvimento, como o Brasil, e está relacionado a vários fatores, como a diminuição na taxa de mortalidade, com aumento da expectativa de vida, e diminuição da taxa de fecundidade, devido à melhoria das condições de vida, trabalho, educação, saneamento básico, moradia e as mudanças no estilo de vida (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2005).

Os idosos necessitam não só de assistência médica, mas, também, medidas de amparo social, econômico, psicológica, fazendo com que eles se beneficiem de um atendimento interdisciplinar, visando à saúde individual e coletiva de forma holística.

Quanto ao gênero dos entrevistados, conforme os dados da Tabela 1, 14(35%) correspondem a idosos do sexo masculino e 26(65%) a idosos do sexo feminino.

A expectativa de vida das mulheres é maior que a dos homens, tanto para a expectativa de vida ao nascer, quanto para a expectativa aos 60, 70 e 80 anos, em todos os países, em qualquer faixa etária, em qualquer época, independente de situações social e econômica. Diversos fatores explicam por que as mulheres vivem mais do que os homens, como a menor exposição aos fatores de risco ambientais, violência, menor consumo de álcool e fumo, além das explicações biológicas e genéticas (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2005).

A feminilização do envelhecimento trata-se de vários fatores associados que contribuem para uma expressiva predominância das mulheres sobre os homens, várias pesquisas apontam esta característica marcante deste grupo.

Quanto ao estado civil, conforme os dados da Tabela 1, 22(55%) são casados; 1(2,5%) são solteiros; 15(37,5%) são viúvos e 2(5%) são divorciados.

O estado civil segue a tendência mundial, o Brasil, como muitos outros países, possui um padrão que reflete o fato de que a maioria dos homens e mulheres se casam em algum momento de suas vidas. Em consequência das taxas de mortalidade muito altas dos homens em comparação com as mulheres, uma proporção mais alta de mulheres idosas está vivendo sem um companheiro (PAPALÉO NETTO, 2002).

A relação afetiva no âmbito familiar é um dos principais fatores de equilíbrio e bem-estar dos que envelhecem, pois o idoso se sentirá mais seguro e confiante, pelo apoio e carinho oferecido. Geralmente os problemas familiares se acentuam com a perda do cônjuge.

Quanto à conjuntura familiar contemplada na tabela 1, os dados são respectivamente: 2(5%) vivem sozinho (a); 5(12,5%) vivem com companheiro (a); 14(35,5%) moram com companheiro (a) e filhos (as) solteiros (as); 5(12,5%) moram com companheiro (a) e filhos (as) casado (a); 14(35,5%) moram com irmã, sobrinhos, filho (a) separado (a) e netos, filho solteiro e filho (a) casado (a).

Como em todas as fases da vida, também na terceira idade a família tem uma importância fundamental. O cuidado familiar é um aspecto importante da cultura, porém, não se aplica a todos os idosos. Estes idosos podem não ter se casado, serem viúvos ou não terem filhos (CALDAS, 2003).

O relacionamento do idoso com a família é de primordial importância nas peculiaridades da vida e da saúde nesta fase, contribuindo para o equilíbrio afetivo, saudável, propiciando um ambiente harmônico, aconchegante e tranquilo para o idoso.

Tabela 2 – Distribuição numérica percentual dos participantes de acordo com escolaridade e renda familiar. Posto de Assistência Primária de Saúde (PAPS). Cajazeiras - PB, Junho de 2010.

Variáveis	f	%
Escolaridade		
Analfabeto	12	30
Ensino Fundamental incompleto	21	52,5
Ensino Fundamental completo	03	7,5
Ensino Médio incompleto	02	5
Ensino Médio completo	01	2,5
Ensino Superior completo	01	2,5
Renda Familiar		
1 Salário mínimo	24	60
2 a 5 salários mínimo	16	40
Total	40	100

Em relação ao grau de escolaridade, pode-se observar na tabela 2 que a maior incidência recai sobre o ensino fundamental incompleto 21 (52,5%) casos, seguido do analfabeto com 12 (30%), ensino fundamental completo, 3 (7,5%), ensino médio incompleto e completo, 3(7,5%) como também o ensino superior completo com 1 (2,5%) caso cada um.

Esses resultados refletem um dos aspectos da desigualdade social no país. A situação de baixa escolaridade, por si só, deve ser considerada um fator de limitação para a sobrevivência e para a qualidade de vida. As diferenças no nível de alfabetização, entre os sexos, refletem a organização social do começo do século que bloqueou o acesso à escola aos mais pobres e às mulheres. O amplo acesso aos meios de alfabetização, além de uma questão de cidadania, poderia propiciar maior receptividade, por parte desses idosos, aos programas de educação em saúde, e também alguma proteção contra as disfunções cognitivas que os afetam com frequência (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

No que diz respeito à renda familiar constatou-se nível relativamente baixo. 24 (60%) dos idosos possuem renda de um salário mínimo e 16 (40%) tinham renda entre dois e cinco salários mínimos.

Esse fato sugere que, entre essa amostra, há segmentos com níveis de rendimento insuficiente para uma vida digna ao final do ciclo vital.

É sabido que pessoas que vivem em situação econômica precária estão mais expostas ao risco de adoecer e morrer, quadro este que se intensifica em populações mais desprotegidas ou vulneráveis, como crianças e idosos.

Percebe-se que é inquestionável a importância dos benefícios previdenciários recebidos pelos idosos para a manutenção da estrutura familiar. Camarano e Medeiros (2000) observa que cerca de 42,1% e 40,9% da renda familiar para o Nordeste e Sudeste, respectivamente, são provenientes das aposentadorias. Argumentam que, quando o Estado altera as regras que determinam como se dá a distribuição do benefício social, o seu efeito é multiplicado dentro da família.

Tabela 3 – Distribuição numérica percentual dos participantes de acordo com a profissão. Posto de Assistência Primária de Saúde (PAPS). Cajazeiras - PB, Junho de 2010.

Variáveis	f	%
Profissão		
Ocupação anterior		
Do lar	15	37,5
Agricultor	10	25
Pedreiro	03	7,5
Empregada doméstica	03	7,5
Comerciante	04	10
Vigilante	01	2,5
Motorista	02	5
Costureira	02	5
Ocupação atual		
Aposentadoria	17	42,5
Do lar	12	30
Costureira	01	2,5
Agricultor	04	10
Comerciante	03	7,5
Motorista	01	2,5
Pedreiro	02	5
Total	40	100

Com referência a ocupação anterior, 15 (37,5%) eram do lar; 10 (25%) agricultores; 3 (7,5%) pedreiros; 3 (7,5%) empregadas domésticas; 4 (10%) comerciantes; 1 (2,5%) vigilante; 2 (5%) motoristas e 2 (5%) costureiras. Para a ocupação atual 17 (42,5%) são aposentados; 12 (30%) do lar; 1 (2,5%) costureira; 4 (10%) agricultores; 3 (7,5%) comerciantes; 1 (2,5%) motorista e 2 (5%) pedreiros.

Os dados relativos à ocupação revelam, em primeiro lugar, que a grande maioria dos idosos sempre desenvolve alguma atividade e, de modo preponderante, uma atividade remunerada. Em segundo lugar, uma parcela não desprezível ainda continuava trabalhando à época da pesquisa.

Esse fato reflete os trabalhadores com 65 anos ou mais, que em tese deveriam estar se retirando do mercado de trabalho, mas acabaram prolongando o mesmo por diferentes razões.

Segundo Moretto (2008), uma dessas razões diz respeito ao trabalhador aposentado que retorna ao mercado de trabalho para ampliar o seu rendimento da aposentadoria. Geralmente, esse trabalhador tem um baixo rendimento porque tem baixa qualificação e escolaridade e isso se constituiria num rendimento adicional ao rendimento obtido da previdência.

Outra razão seria que é o trabalho promotor do ato de existir enquanto cidadão e auxilia na questão de se traçar redes de relações que servem de referência, determinando, portanto, o lugar social e familiar. Pode ocorrer também o contrário, e o idoso inserir-se num processo de despersonalização (MENDES *et al*, 2005).

5.2 Atividades da vida diária

A funcionalidade dos idosos foi avaliada a partir do seu desempenho referido nas atividades cotidianas que foram subdivididas em dois grandes grupos: Atividades Instrumentais da vida Diária (AIVDs) e Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs), segundo a Escala de Lawton e Katz respectivamente:

Avaliação das atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

A escala Lawton integra as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) que indicam a capacidade do indivíduo de levar a vida independente dentro da comunidade onde vive e inclui a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças e tomar seus medicamentos. Esta escala descreve o nível funcional do paciente em três níveis: independente (entre 23 e 31 pontos); parcialmente dependente (de 11 a 22 pontos) e totalmente dependente (de 1 a 10 pontos) (PAVARINI; NERI, 2000).

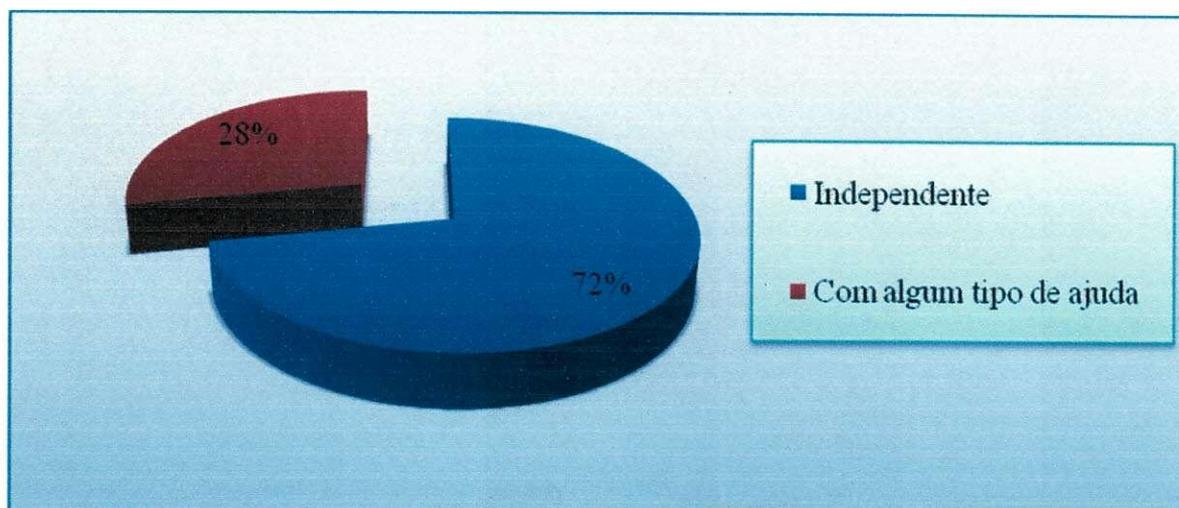


Figura 1 – Distribuição dos participantes segundo a avaliação das AIVDs

De acordo com a figura 1, observamos que do total da amostra entrevistada, 29 (72%) mostram- independência para as AIVDs, e 11 (28%) possuem dependência parcial, ou seja, precisam de algum tipo de ajuda. Entre a amostra não foi encontrado idosos com dependência total.

Neste país, a velhice sem independência e autonomia ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, porque vem sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, impedindo qualquer visibilidade e, conseqüentemente, pequena preocupação política de proteção social (CALDAS, 2003).

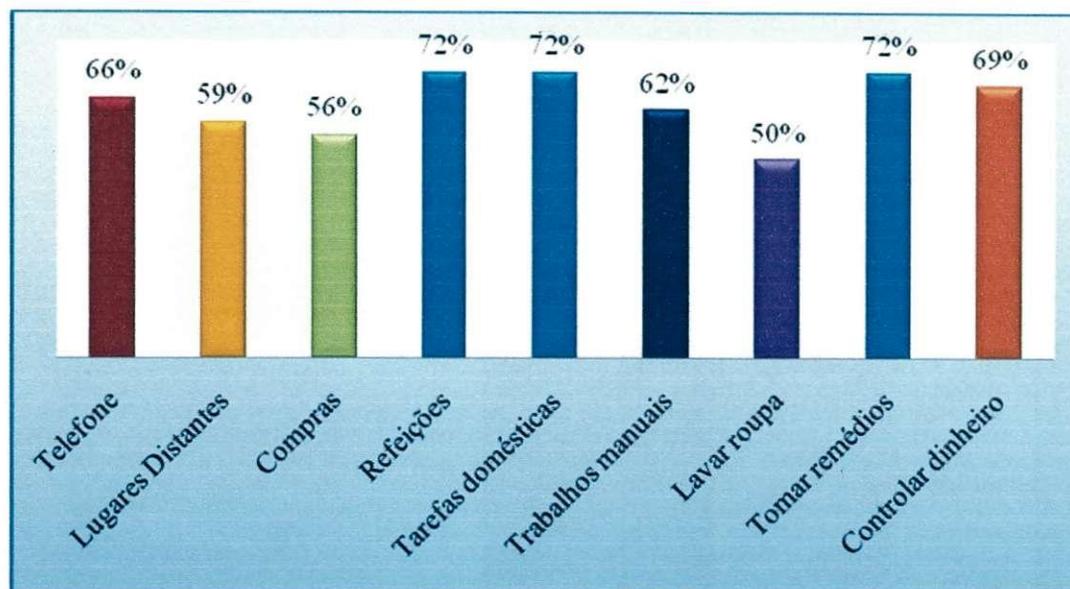


Figura 2 – Distribuição dos participantes segundo as AIVD realizadas com independência

Conforme a figura 2, verifica-se que 29 (72%) dos participantes da pesquisa possuem independência para as refeições; tomar os remédios e fazer as tarefas domésticas; 28 (69%) para controlar o dinheiro; 26 (66%) para usar o telefone; 25 (62%) para trabalhos manuais; 24 (59%) para irem a lugares distantes; 22 (56%) realizam compras e 20 (50%) lavam roupas.

Ter autonomia e independência são metas na vida da maioria das pessoas, principalmente quando interrogadas quanto às suas expectativas no envelhecer. Na velhice ou em situações onde está posto um limite funcional, a independência para realizar atividades antes corriqueiras é de grande importância na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza física, emocional e social (FARO, 2001).

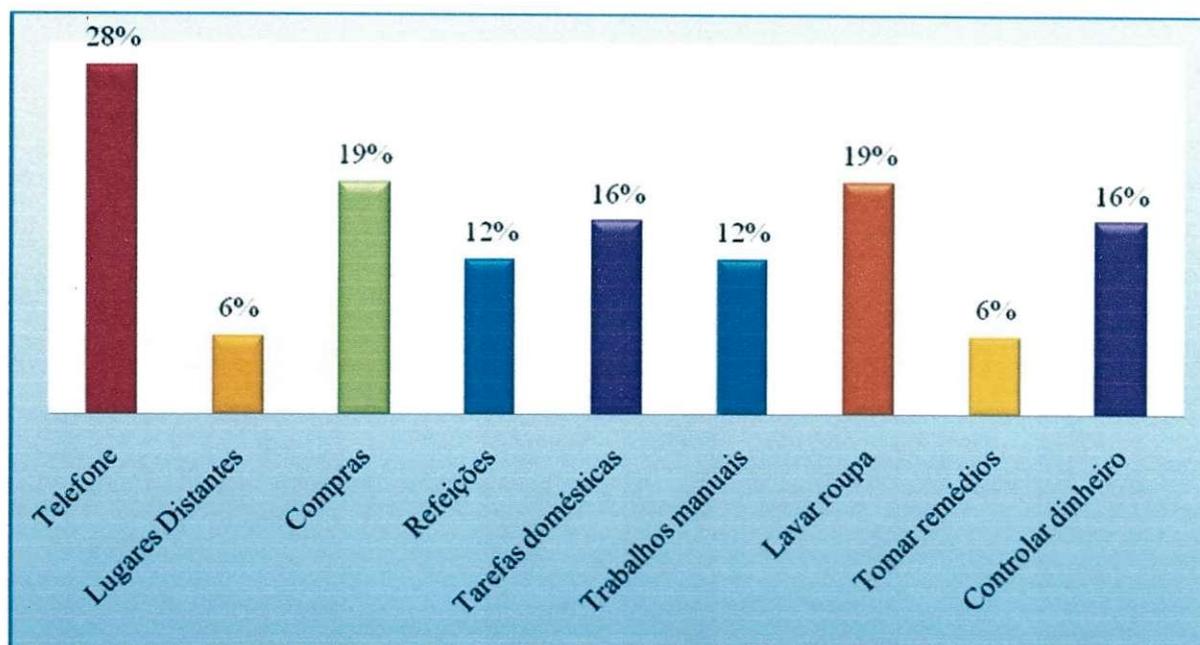


Figura 3 – Distribuição dos participantes segundo as AIVDs realizadas com dependência

Os resultados da figura 3 mostram que os idosos, apresentam dependência em realizar algumas atividades, como: 11 (28%) usar o telefone; 08 (19%) fazer compras; 08 (19%) lavar roupas; 06 (16%) tarefas domésticas; 06 (16%) controlar o dinheiro; 05 (12%) preparar refeições e trabalhos manuais e 02 (6%) para irem a lugares distantes e 02 (6%) tomar os remédios.

O estado de dependência traz implicações como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Ela se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequada (CALDAS, 2003).

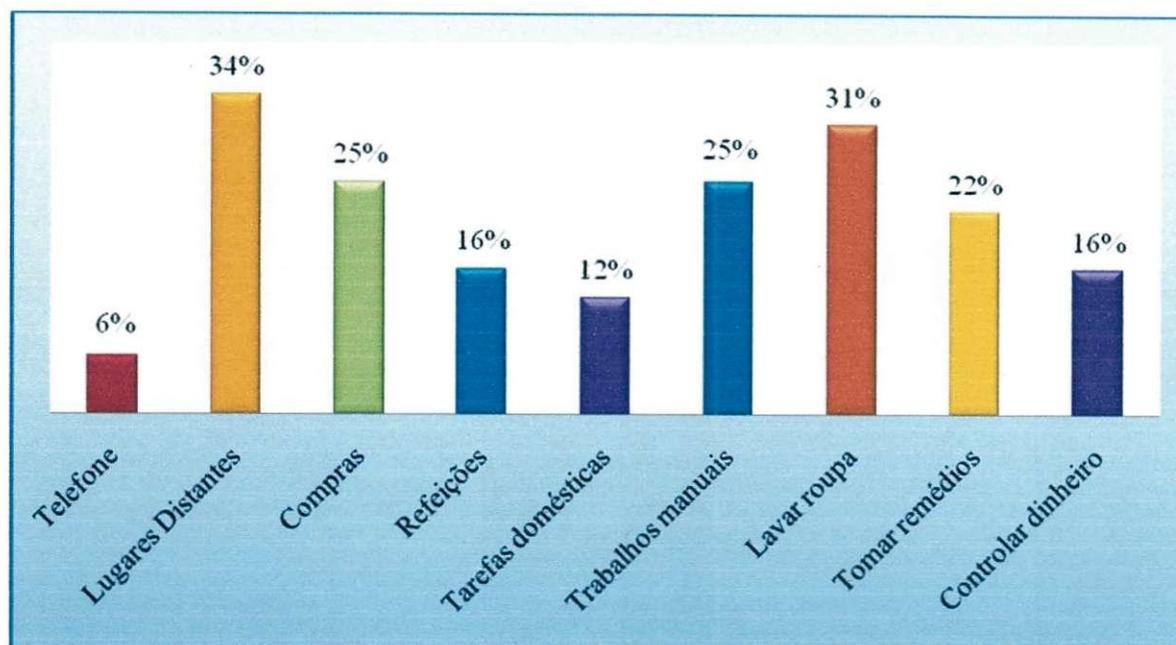


Figura 4 – Distribuição dos participantes segundo as AIVDs realizadas com algum tipo de ajuda

Conforme exposto na figura 4, observamos, que alguns idosos precisam de algum tipo de ajuda para as AIVDs, como: 14 (34%) lugares distantes; 12 (31%) lavar roupa; 10 (25%) fazer compras; também 10 (25%) para trabalhos manuais; 09 (22%) para tomar remédios; 06 (16%) controlar o dinheiro; também 06 (16%) preparar refeições; 05 (12%) tarefas domésticas e 02 (6%) usar o telefone.

Estudos revelam que cerca de 40% dos idosos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizarem pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, prepararem refeições e limpar a casa. Esses dados remetem à preocupação por mais de um milhão de idosos gravemente fragilizados no Brasil (IBGE, 2002).

Avaliações das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)

O índice de Katz das atividades básicas de vida diária envolvem as atividades relacionadas ao autocuidado como alimentar-se, vestir-se, banhar-se, usar o sanitário, transferir-se e manter controle sobre suas eliminações. Este índice descreve o nível funcional do paciente em três níveis: dependente (01 a 06 pontos), independente (18 pontos) e com alguns tipos de ajuda (07 a 17 pontos), (NUNES, 2007).

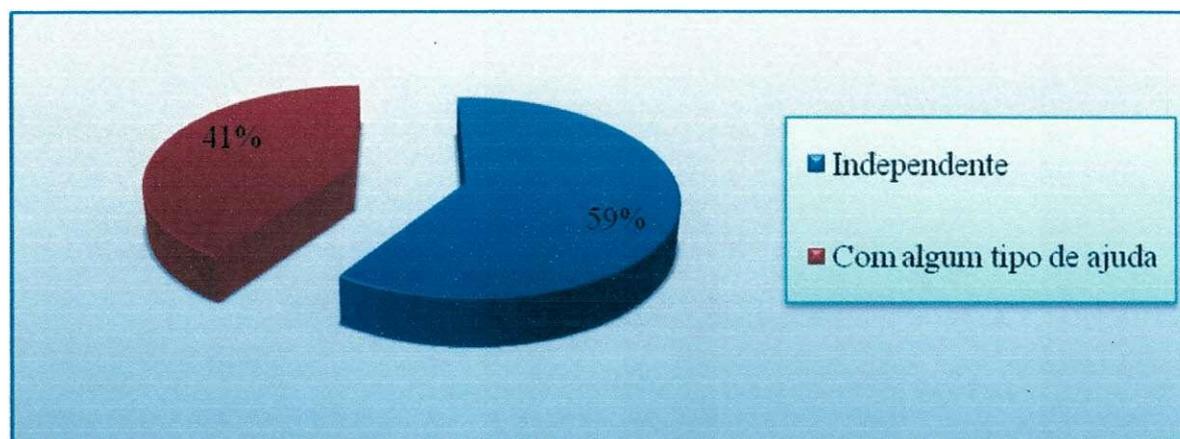


Figura 5 – Distribuição dos participantes segundo a avaliação das ABVD

A figura 5 mostra a proporção de idosos que referiram dificuldades no desempenho das ABVDs. Observa-se que a maioria 24 (59%) deles apresentou-se independentes para o autocuidado, ou seja, descartam a necessidade de auxílio de terceiros, porém, 16 (41%) necessitam de algum tipo de ajuda.

Para o Ministério da Saúde, a “avaliação funcional” torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado, que servirão de base para decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. A avaliação funcional busca verificar, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho de forma autônoma e independente, as atividades cotidianas ou atividades de vida diária (AVD) das pessoas idosas permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado (BRASIL, 2007).

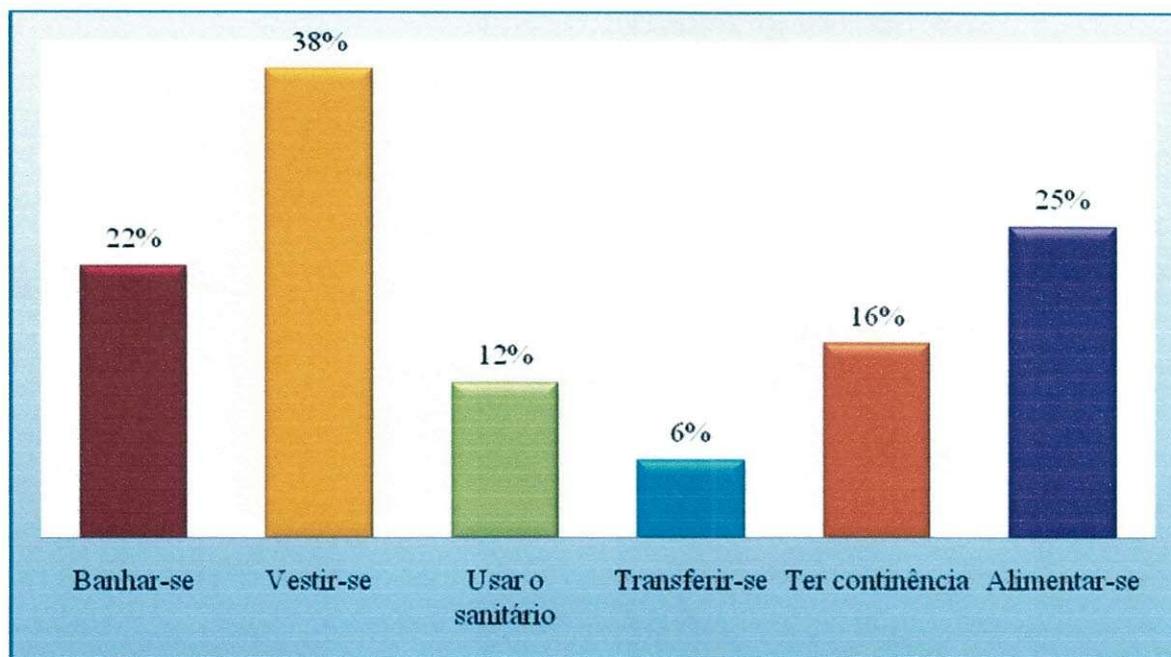


Figura 6 – Distribuição dos participantes segundo as ABVDs realizadas com algum tipo de ajuda

Entre os idosos que referiram dificuldades, ou seja, necessitam de algum tipo de ajuda, observa-se: 15 (38%) para vestir-se; 10 (25%) para alimentar-se; 09 (22%) banhar-se; 06 (16%) ter continência; 05 (12%) usar o sanitário e 02 (6%) transferir-se.

Em nenhuma das dificuldades referidas, a ajuda referida aproximou-se de 100%. A atividade relacionada à vestir-se apresentou a maior proporção de auxílio recebido (38%) quando comparada com as outras atividades, provavelmente, por essa estar diretamente ligada à questão da limitação dos movimentos.

A limitação na movimentação dos ombros pode aparecer de forma insidiosa e, por vezes, sem dor. Essa disfunção pode levar a dificuldades na execução de tarefas como dirigir e vestir-se. Casos de longa evolução podem determinar fraqueza muscular, diminuição da resistência, dor crônica, transtornos do sono e sérias limitações nas atividades de vida diária nos casos mais graves (SIRENA; MORIGUCHI, 2004).

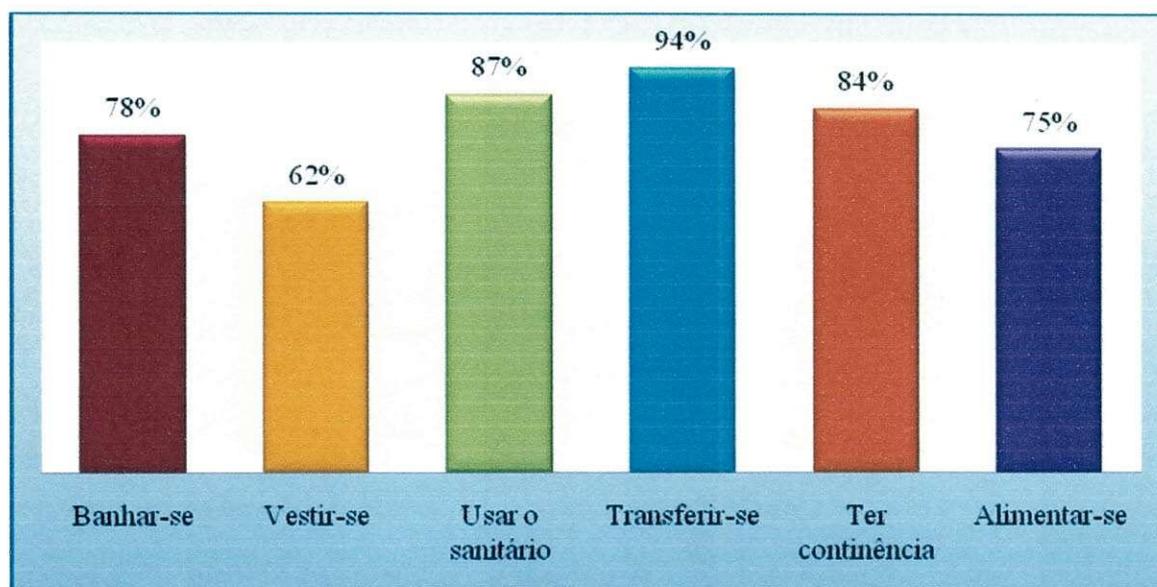


Figura 7 - Distribuição dos participantes segundo as ABVD realizadas com independência

No que diz respeito aos idosos que demonstraram independência, constatou-se que a maioria deles ainda não apresenta limitações funcionais segundo as ABVDs que impeçam o seu autocuidado. Os dados foram: 38 (94%) transferir-se; 35 (87%) para usar o sanitário; 34 (84%) ter continência; 31 (78%) para banhar-se; 30 (75%) para alimentar-se e 25 (62%) idosos referiram independência para vestir-se.

Segundo Mendes (2005), a independência funcional aliada à autonomia desempenha um papel importante no tipo e na qualidade de vínculo que se estabelece entre o idoso e seu ciclo de relações. Desta forma o conceito de saúde para o idoso abrange a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida saudável a pessoa que tem as capacidades requeridas para gerar suas necessidades diárias, independentemente de sua idade cronológica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do envelhecimento populacional, a meta no atendimento à saúde deixa de ser a de apenas prolongar a vida, mas, principalmente, a de manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível. Para que isso ocorra, o sistema de saúde precisa garantir o acesso universal aos cuidados progressivos de saúde.

O perfil do grupo de idosos da área pesquisada revelou uma população predominantemente feminina, casada, na faixa etária dos 60 a 65 anos, alfabetizada, com baixa renda mensal e que são aposentados.

Foi observado que 59% dos idosos eram independentes para as ABVDs. As áreas em que estas atividades estão comprometidas, parcialmente, em ordem decrescente de frequência foram: vestir-se, alimentar-se, banhar-se, ter continência, usar o sanitário e transferir-se.

Com relação ao desenvolvimento de atividades instrumentais de vida diária a maioria (72%) era independente. As três AIVDs nas quais os idosos tinham mais dependência foram usar o telefone, fazer compras e lavar louças. Precisam de algum tipo de ajuda, principalmente para: irem a lugares distantes, lavar roupas, fazer compras, fazer trabalhos manuais, tomar remédios, preparar refeições, controlar o dinheiro, tarefas domésticas e usar o telefone.

A atuação da enfermagem junto ao idoso deve estar centrada na educação para a saúde, no cuidar tendo como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade e no retorno da capacidade funcional para a realização das suas atividades, com objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar sua independência e felicidade.

A avaliação funcional do idoso faz parte do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio que ela pode contar. Assim consideramos que a enfermagem, inserida numa equipe multidisciplinar, deve assistir ao idoso de maneira individualizada, levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais.

Tendo em vista que a capacidade funcional do ser humano declina com a idade, é necessário planejar estratégias que melhorem o estilo de vida dos idosos, principalmente em relação a programas que proporcionem: promoção e melhoria da força muscular e de

articulação; integração social dentro e fora do contexto familiar; construção de um sistema adequado de suporte ao idoso; educação permanente ao longo da vida e valorização do processo de envelhecimento individual e populacional.

Tais ações possibilitariam minimizar a dependência na ABVD e as AIVD, proporcionando assim, um envelhecimento com autonomia e independência às pessoas idosas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do envelhecimento populacional, a meta no atendimento à saúde deixa de ser a de apenas prolongar a vida, mas, principalmente, a de manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível. Para que isso ocorra, o sistema de saúde precisa garantir o acesso universal aos cuidados progressivos de saúde.

O perfil do grupo de idosos da área pesquisada revelou uma população predominantemente feminina, casada, na faixa etária dos 60 a 65 anos, alfabetizada, com baixa renda mensal e que são aposentados.

Foi observado que 59% dos idosos eram independentes para as ABVDs. As áreas em que estas atividades estão comprometidas, parcialmente, em ordem decrescente de frequência foram: vestir-se, alimentar-se, banhar-se, ter continência, usar o sanitário e transferir-se.

Com relação ao desenvolvimento de atividades instrumentais de vida diária a maioria (72%) era independente. As três AIVDs nas quais os idosos tinham mais dependência foram usar o telefone, fazer compras e lavar louças. Precisam de algum tipo de ajuda, principalmente para: ir a lugares distantes, lavar roupas, fazer compras, fazer trabalhos manuais, tomar remédios, preparar refeições, controlar o dinheiro, tarefas domésticas e usar o telefone.

A atuação da enfermagem junto ao idoso deve estar centrada na educação para a saúde, no cuidar tendo como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade e no retorno da capacidade funcional para a realização das suas atividades, com objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar sua independência e felicidade.

A avaliação funcional do idoso faz parte do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio que ela pode contar. Assim consideramos que a enfermagem, inserida numa equipe multidisciplinar, deve assistir ao idoso de maneira individualizada, levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais.

Tendo em vista que a capacidade funcional do ser humano declina com a idade, é necessário planejar estratégias que melhorem o estilo de vida dos idosos, principalmente em relação a programas que proporcionem: promoção e melhoria da força muscular e de

articulação; integração social dentro e fora do contexto familiar; construção de um sistema adequado de suporte ao idoso; educação permanente ao longo da vida e valorização do processo de envelhecimento individual e populacional.

Tais ações possibilitariam minimizar a dependência na ABVD e as AIVD, proporcionando assim, um envelhecimento com autonomia e independência às pessoas idosas.

7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ARATANI, M. C. et al. **Quais atividades diárias provocam maior dificuldade para idosos vestibulopatas crônicos?** 2005. Disponível em: <http://www.actaorl.com.br/PDF/24-01-03.PDF>. Acesso em 14 de maio de 2010.

ASSIS, M. de. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: A arte de cuidar**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentares de Pesquisa envolvendo seres humanos. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília – DF. Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Dengue, esquistomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2 ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRITO, F. C. de; RAMOS, L. R. Serviços de Atenção à Saúde do Idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

CALDAS, C. P. **Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família**. Caderno. Saúde Pública, v. 19, n. 3, Rio de Janeiro, jun. 2003.

CAMARANO, A. A.; MEDEIROS, M. **Idosos brasileiros: diferentes regionalmente**. 2000. disponível em: <http://cepea.esalq.usp.br/pdf/alexandre.polf>. Acesso em 22 de junho de 2010.

CAMPEDELLI, M.C. Atuação da enfermagem em geriatria e gerontologia. **Revista Paulista Hospitalar**. São Paulo, v. 31, n. 9/10, p. 198-200, 1983.

COSTA, E. F. A; PORTO, C. C; SOARES, A.T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista da UFGO**. Goiás, v.5, n.2, p:7-10, 2003.

7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ARATANI, M. C. et al. **Quais atividades diárias provocam maior dificuldade para idoso vestibulopatas crônicos?** 2005. Disponível em: <http://www.actaorl.com.br/PDF/24-01-03.PDF>. Acesso em 14 de maio de 2010.

ASSIS, M. de. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: A arte de cuidar**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentares de Pesquisa envolvendo seres humanos. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília – DF. Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2 ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRITO, F. C. de; RAMOS, L. R. Serviços de Atenção à Saúde do Idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

CALDAS, C. P. **Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família**. Caderno. Saúde Pública, v. 19, n. 3, Rio de Janeiro, jun. 2003.

CAMARANO, A. A.; MEDEIROS, M. **Idosos brasileiros: diferentes regionalmente**. 2000. disponível em: <http://cepea.esalq.usp.br/pdf/alexandre.polf>. Acesso em 22 de junho de 2010.

CAMPEDELLI, M.C. Atuação da enfermagem em geriatria e gerontologia. **Revista Paulista Hospitalar**. São Paulo, v. 31, n. 9/10, p. 198-200, 1983.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A.T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista da UFGO**. Goiás, v.5, n.2, p:7-10, 2003.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C. Semiologia do idoso. In: Porto CC. **Semiologia médica**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

DAVINI, R.; NUNES, C. V. Alterações do sistema neuromuscular decorrentes do envelhecimento e o papel do exercício físico na manutenção da força muscular em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Paulo, v. 7, n. 3, p. 83-99, 2003.

DUARTE, Y.A.O. **O processo de desenvolvimento e assistência ao idoso**. 2003 Disponível em: http://ids_saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema4/texto28-1asp. Acesso em: 14 maio de 2010.

ECO, U. **Como se faz uma tese em ciências humana**. 4. ed. Lisboa: Presença, 1988.

FARO, A. C. M. **Autonomia, Dependência e Incapacidades: Aplicabilidade dos conceitos na Saúde do Adulto e do Idoso**. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FABRICIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; JUNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. **O papel do idoso de baixa renda no município de São Carlos**, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. Caderno de Saúde Pública, v. 20, n. 6, Rio de Janeiro, nov./dez. 2004.

GARRIDO, R; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 25, Supp. 1, p. 3-6. 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IBGE (**Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**), 2002. Dados sobre a população do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 14 de maio de 2010.

MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, V K R.; NETO, T. L. B. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**. Brasília, v. 8, n. 4, p. 21-32, 2000.

MENDES, F. R. C. Capacidade funcional e acessibilidade do ambiente domiciliar de idosos atendidos em um programa de assistência domiciliar ao idoso. 2005. Disponível em: www.portaldoenvelhecimento.net/artigo665.htm. Acesso em 12 de maio de 2010.

MENDES, R. S. S. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 422-426. São Paulo, fev. 2005.

MORETTO, A. **O espaço dos jovens e dos idosos no mercado de trabalho atual.** 2008. Disponível em: http://www.abep.neps.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_pdf. Acesso em 22 de junho de 2010.

NUNES, D. R. et al. In: Papaléo Netto, M. **Tratado de Gerontologia.** 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

PAPALÉO NETTO, M. **O estudo da velhice no século XX:** histórico, definições no campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M.L; ROCHA, S. M. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PAPALÉO NETTO, M.; BORGONOV, A. T. Alterações funcionais. In: CARVALHO FILHO, E. T. de; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria:** fundamentos, clínica e terapêutica. 2. Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

PAPALÉO NETTO, M; CARVALHO FILHO, E. T. de; SALLES, R. F. N. Filosofia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T. de; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria:** Fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

PAPALÉO NETTO.; KLEIN, E. L.; BRITO, F. C. de. Avaliação Geriátrica Multidimensional. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T. de; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria:** Fundamentos, clínica e terapêutica. 2. Ed. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 2, pág. 29.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002.

PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. **Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar:** conceitos, atitudes e comportamentos: In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

PAVARINI, S. C. L.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y. A. de O.; DIOGO, M. J. D. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005.

POLIT, D.F; BECK, C.T. HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, L. R. Mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: RAMOS, L. R.; TONILO NETO, J. **Geriatría e Gerontologia: guia de medicina ambulatorial e hospitalar**. Barueri-SP: Manole, 2005.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa Social: métodos e técnicas. colaboradores: José Augusto de Sousa Peres. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C. Envelhecimento, saúde e doença. **Arquivos de Geriatría e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 15-20, 2000.

SIRENA, S. A.; MORIGUCHI, E. H. **Promoção e Manutenção de Saúde do Idoso**. In: DUNCAN, B. B.; SHCMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. M. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. V. 1. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUZA, A. C; FIALHO, F. A. P; OTANI, N. **TCC métodos e técnicas**. Florianópolis: Visual Books, 2007.

VERAS, R. P. Atenção Preventiva ao Idoso – uma abordagem de saúde coletiva. In: PAPANÉO NETTO, M. **Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

YUASO, D. R. et. al. Multidimensionalidade em Gerontologia i: importância e aplicações. In: PAPANÉO NETTO. **Tratado de Gerontologia**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre-RS. Artes Médicas Sul, 2000.

Apêndices

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: ANÁLISE DA AUTONOMIA DE IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE NA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS E DE VIDA DIÁRIA

Pesquisador responsável: Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira

Pesquisador participante: Diego Nogueira Lima de Oliveira

Eu.....,R.G.....,
CPF....., residente na, fui informado (a) que este projeto tem o objetivo de Analisar a capacidade de idosos atendidos em uma Unidade de Saúde (Posto de Assistência Primário de Saúde - PAPS), quanto ao desenvolvimento de atividades instrumentais (preparar as refeições, lavar roupa, cuidar da casa, fazer compras e etc.) e de vida diária (alimentar-se, transferir-se, vestir-se, banhar-se e etc.). Para desenvolvê-lo será necessário atender as *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos*, através da Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996.

Sendo assim, o estudo tem como objetivos: Caracterizar o perfil epidemiológico dos idosos atendidos na Unidade de Saúde em estudo; Observar as principais alterações funcionais desses idosos; Propor atividades a serem executadas pelo Enfermeiro no sentido de promover o envelhecimento saudável desses idosos.

O processo de coleta de dados terá os seguintes procedimentos: uma entrevista junto à pesquisadora através de um questionário, contendo questões objetivas, onde as respostas serão registradas pelo entrevistador e a mesma será realizada no PAPS, no domicílio dos idosos ou em reuniões de grupo para melhor comodidade dos participantes.

O projeto também não oferece riscos a integridade física e moral dos entrevistados, e tem como benefícios esperados mensurar os principais problemas que afetam a independência e autonomia dos idosos nas realizações de atividades instrumentais e de vida diária.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, benefícios, como, melhorar a assistência de saúde ao grupo de estudo e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras -PB, telefone (83) 3531-2848, ou com o pesquisador responsável Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira, residindo na Rua Manoel Gadelha Filho, Nº 53, Centro, Sousa-PB, telefone: (83) 88830758.

Pesquisador Participante Diego Nogueira Lima de Oliveira, residente na rua General Piragibe, Nº 1540, Centro, Icó-CE, telefone: (83) 88486700

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto.

Cajazeiras – PB, ____ de ____ de ____



Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa):

Testemunha 1:

Nome:

Assinatura:

Testemunha 2:

Nome:

Assinatura:

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil:

() Casado(a) () solteiro(a) () viúvo(a) () divorciado(a)

Conjuntura familiar:

() Sozinho (a) () Companheiro (a)

() Companheiro (a) e filhos solteiros () Companheiro e(a) e filhos casados

() Cuidado informal () Outros

Grau de Escolaridade:

() Analfabeto () Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo () Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

Profissão:

Ocupação anterior: _____

Ocupação atual: _____

Renda Familiar:

() 1 salário mínimo () 2 a 5 salários mínimo

() 5 a 8 salários mínimo () mais de 8 salários mínimo

II. DADOS ESPECÍFICOS AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

1. Escola de Lawton: Atividades instrumentais da vida diária.

VOCÊ CONSEGUE USAR O TELEFONE?	
I: Sem ajuda _____	3
A: Com alguma ajuda _____	2
D: Absolutamente incapaz _____	1
VOCÊ CONSEGUE IR A LUGARES DISTANTES?	
I: Sem ajuda _____	3
A: Com alguma ajuda _____	2
D: Absolutamente incapaz _____	1
VOCÊ CONSEGUE FAZER COMPRAS OU IR AO MERCADO	
I: Sem ajuda _____	3
A: Com alguma ajuda _____	2
D: Absolutamente incapaz _____	1
VOCÊ CONSEGUE PREPARAR SUAS PRÓPRIAS REFEIÇÕES?	
I: Sem ajuda _____	3
A: Com alguma ajuda _____	2
D: Absolutamente incapaz _____	1
VOCÊ CONSEGUE FAZER SUAS PRÓPRIAS TAREFAS DOMÉSTICAS	
I: Sem ajuda _____	3
A: Com alguma ajuda _____	2
D: Absolutamente incapaz _____	1
VOCÊ CONSEGUE FAZER SEUS PRÓPRIOS TRABALHOS MANUAIS	
I: Sem ajuda _____	3
A: Com alguma ajuda _____	2
D: Absolutamente incapaz _____	1
VOCÊ CONSEGUE LAVAR SUAS PRÓPRIAS ROUPAS	
I: Sem ajuda _____	3
A: Com alguma ajuda _____	2
D: Absolutamente incapaz _____	1
VOCÊ TOMA REMÉDIOS OU USA QUAISQUER MEDICAMENTOS?	
I: Sim _____	1

(em caso afirmativo passa para próxima pergunta).	
A: Não _____	2
(em caso de negativa, pule a pergunta seguinte).	
VOCÊ MESMO TOMA SEUS REMÉDIOS	
I: Sem ajuda _____	3
A: Com alguma ajuda _____	2
D: Absolutamente incapaz _____	1
SE VOCÊ PRECISASSE TOMAR REMÉDIOS, VOCÊ SERIA CAPAZ?	
I: Sem ajuda _____	3
A: Com alguma ajuda _____	2
D: Absolutamente incapaz _____	1
VOCÊ CONSEGUE CONTROLAR SEU PRÓPRIO DINHEIRO?	
I: Sem ajuda _____	3
A: Com alguma ajuda _____	2
D: Absolutamente incapaz _____	1

Fonte: Adaptação de Lawton MR e Brady EM

Abreviações: Independente; A= Com algum tipo de ajuda; D= Dependente

2. Índice de KATZ: Atividades Básicas de vida Diária

1. BANHAR-SE:	
I – Não recebe ajuda	3
A – Necessita de Ajuda e alguma parte do corpo	2
D – Recebe ajuda em mais de uma parte do corpo	1
2. VESTIR-SE:	
I – Não recebe ajuda	3
A – Necessita de ajuda para amarrar o sapato	2
D – Necessita de ajuda para pegar as roupas e vestir-se	1
3. USAR O SANITÁRIO:	
I – Sim, ajuda (pode utilizar andador, bengala ou cadeira de rodas)	3
A – Necessita de ajuda para ir ao sanitário, higienizar-se e vestir-se após evacuar e urinar	2

D – Não vai ao sanitário para evacuar e urinar	1
4. TRANSFERIR-SE:	
I – Sim, ajuda (pode usar objeto de suporte como bengala ou andador)	3
A – Necessita de ajuda para sair do leito ou da cadeira	2
D – Não sai do leito	1
5. TER CONTINÊNCIA:	
I – Sem ajuda	3
A – Perda fezes ou urina ocasionalmente	2
D- É incontinente, usa sonda urinária e necessita de supervisão para urinar e defecar	1
6. ALIMENTAR-SE:	
I – Sem ajuda	3
A – Necessita de ajuda somente para cortar a carne ou passar manteiga no pão	2
D – Necessita ajuda para alimentar-se ou fazer uso de sonda e medicação intravenoso	1

Fonte: KATZS, Ford AB, Moskowitz, RW et al.

Abreviações: I = Independente; A = Com algum tipo de ajuda; D = Dependente

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do envelhecimento populacional, a meta no atendimento à saúde deixa de ser a de apenas prolongar a vida, mas, principalmente, a de manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível. Para que isso ocorra, o sistema de saúde precisa garantir o acesso universal aos cuidados progressivos de saúde.

O perfil do grupo de idosos da área pesquisada revelou uma população predominantemente feminina, casada, na faixa etária dos 60 a 65 anos, alfabetizada, com baixa renda mensal e que são aposentados.

Foi observado que 59% dos idosos eram independentes para as ABVDs. As áreas em que estas atividades estão comprometidas, parcialmente, em ordem decrescente de frequência foram: vestir-se, alimentar-se, banhar-se, ter continência, usar o sanitário e transferir-se.

Com relação ao desenvolvimento de atividades instrumentais de vida diária a maioria (72%) era independente. As três AIVDs nas quais os idosos tinham mais dependência foram usar o telefone, fazer compras e lavar louças. Precisam de algum tipo de ajuda, principalmente para: irem a lugares distantes, lavar roupas, fazer compras, fazer trabalhos manuais, tomar remédios, preparar refeições, controlar o dinheiro, tarefas domésticas e usar o telefone.

A atuação da enfermagem junto ao idoso deve estar centrada na educação para a saúde, no cuidar tendo como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade e no retorno da capacidade funcional para a realização das suas atividades, com objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar sua independência e felicidade.

A avaliação funcional do idoso faz parte do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio que ela pode contar. Assim consideramos que a enfermagem, inserida numa equipe multidisciplinar, deve assistir ao idoso de maneira individualizada, levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais.

Tendo em vista que a capacidade funcional do ser humano declina com a idade, é necessário planejar estratégias que melhorem o estilo de vida dos idosos, principalmente em relação a programas que proporcionem: promoção e melhoria da força muscular e de

articulação; integração social dentro e fora do contexto familiar; construção de um sistema adequado de suporte ao idoso; educação permanente ao longo da vida e valorização do processo de envelhecimento individual e populacional.

Tais ações possibilitariam minimizar a dependência na ABVD e as AIVD, proporcionando assim, um envelhecimento com autonomia e independência às pessoas idosas.

7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ARATANI, M. C. et al. **Quais atividades diárias provocam maior dificuldade para idoso vestibulopatas crônicos?** 2005. Disponível em: <http://www.actaorl.com.br/PDF/24-01-03.PDF>. Acesso em 14 de maio de 2010.

ASSIS, M. de. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: A arte de cuidar**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentares de Pesquisa envolvendo seres humanos. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília – DF. Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Dengue, esquistomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2 ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRITO, F. C. de; RAMOS, L. R. Serviços de Atenção à Saúde do Idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

CALDAS, C. P. **Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família**. Caderno. Saúde Pública, v. 19, n. 3, Rio de Janeiro, jun. 2003.

CAMARANO, A. A.; MEDEIROS, M. **Idosos brasileiros: diferentes regionalmente**. 2000. disponível em: <http://cepea.esalq.usp.br/pdf/alexandre.polf>. Acesso em 22 de junho de 2010.

CAMPEDELLI, M.C. Atuação da enfermagem em geriatria e gerontologia. **Revista Paulista Hospitalar**. São Paulo, v. 31, n. 9/10, p. 198-200, 1983.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C; SOARES, A.T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista da UFGO**. Goiás, v.5, n.2, p:7-10, 2003.