

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO: UMA ABORDAGEM
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

SERGIO ANTONIO SIRENA

Porto Alegre

2002

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO: UMA ABORDAGEM
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

SERGIO ANTONIO SIRENA

Dissertação de doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Clínica Médica. Área de concentração: Geriatria.

Orientação: Prof. Dr. Emílio H. Moriguchi

Co-orientação: Profa. Dra. Silvia P. Takeda

Porto Alegre

2002

S619p Sirena, Sergio Antonio, 1960-
Avaliação multidimensional do idoso: uma abordagem em atenção primária à saúde/Sergio Antonio Sirena; orientado por Emílio H. Moriguchi e Silvia P.Takeda. --
Porto Alegre: 2002.

99 p. ; 30 cm.

Tese(doutorado)-Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul,
Porto Alegre, 2002.

1.Atenção primária-Saúde-Idoso-Qualidade de vida-Avaliação
Multidimensional-Porto Alegre. 2.Moriguchi, Emílio H. 3.Takeda, Silvia P. I.Título.

CDU 616-082.001.42:614-053.9(816.51)(043.2)
614-053.9(816.51)(043.2):616-082.001.42

Catálogo elaborado por Izabel A. Merlo, CRB 10/329.

...agregar vida aos anos,

agregar saúde à vida,

agregar saúde aos anos...

Princípios de Saúde para Todos – OMS (1985)

**Dedico este trabalho a minha esposa Maria da Glória e
aos meus filhos Tibério, Roberta e Maria Eduarda.**

A realização deste trabalho deve-se ao incentivo recebido de minha esposa Maria da Glória, que, com seu exemplo de força e criatividade, emprestou-me seu gosto destemido por novos desafios. Agradeço a ela e aos meus filhos Tibério, Roberta e Maria Eduarda, o carinho, a paciência, o incentivo, a ajuda e a torcida. Roberta revelou-se digitadora responsável e competente. Maria Eduarda foi a primeira protagonista do teste de memória e Tibério proporcionou as imagens informatizadas.

Agradeço aos meus pais e irmãos os tantos valores passados e o incentivo para crescer sempre. Sinto a presença do meu pai nesta hora. Agradeço a minha mãe pelo exemplo de vida e superação.

Conheci uma mulher que viveu lúcida até os 103 anos. Uma nordestina que atravessou três séculos de história e desafiou os costumes de sua época. Morava em Alagoas quando jovem, desprezou o pedido de casamento de um dentista (excelente partido na época) e com autorização do pai transferiu-se para São Paulo, para estudar artes. Voltou para Maceió anos depois, onde deu aulas de arte até casar por amor, ter cinco filhos e tornar a pintura um *hobby*. A família transferiu-se para o Rio de Janeiro anos depois com o intuito de facilitar o acesso dos filhos aos estudos. Era uma mulher de bons hábitos: alimentação saudável, sem vícios, alguma atividade física, atividade intelectual intensa. Ficou viúva aos 80. Toda a família esperava vê-la desmoronar. Surpreendeu a todos e continuou tocando a vida, cercada pelos filhos, pelos irmãos (cuidou de sua irmã 4 anos mais nova, solteira, até o dia de sua morte), pelos netos, sobrinhos, amigos. Nessa época a catarata começou a incomodá-la. Buscou todos os recursos – cirurgia, possuía uns três tipos de óculos – pois não podia parar de pintar, ler o jornal e seus livros e assistir ao noticiário na TV. Estava sempre a par de tudo. Tinha suas posições políticas e, se estivesse viva em 2002, provavelmente teria ajudado a eleger o Lula presidente. A religião também era um componente importante em sua vida, embora nunca tivesse sido carola.

Ainda na época dos seus 80 anos, agravaram-se os problemas de audição. Colocou aparelho. Quando chegou perto dos 100, alguém sugeriu que fizesse uma exposição de suas pinturas e escrevesse um livro. Fez a exposição e escreveu o livro. Foi ela quem ajudou a organizar e pagou a sua festa de 100 anos, momento em que reuniu pela última vez toda a família e os amigos de longa data... Na ocasião, a falta de audição era a sua maior queixa, pois a impedia de comunicar-se. Acabou comprando uma espécie de “Karaokê” como forma de atenuar o problema, pelo menos em casa, pois continuava recebendo os filhos, que moravam na mesma cidade, para um “lanchinho” aos domingos.

Morreu dormindo aos 103 anos em sua própria cama.

Sempre que penso nesta história de vida, me encorajo com o processo de envelhecimento. A idade não parece um componente significativo nessa trajetória, mas sim o modo de viver a vida.

Os idosos certamente não são um grupo homogêneo, mas exibem estilos de vida, alterações em seu estado de saúde e histórias de vida que os diferenciam de outros grupos sociais. Entretanto, a banalização desses processos e a categorização dos mesmos como

“coisas de velho” têm ocasionado um importante desserviço à população idosa, um olhar míope sobre sua saúde, ocasionando a perda e o esquecimento de um potencial terapêutico que às vezes não pode ser recuperado.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, professor Emílio Moriguchi, pelo seu incentivo e inteligência das orientações, um apoiador constante e incansável na remoção de obstáculos e a mestra Silvia Takeda, uma entusiasta da pesquisa, sempre solícita e presente nas grandes encruzilhadas do caminho percorrido até aqui.

Ao Hospital Nossa Senhora da Conceição, pelo incentivo inestimável para que este trabalho fosse realizado. Foi através da iniciativa louvável da sua direção e da coordenação do centro de aperfeiçoamento e pesquisa que foi possível a concretização deste estudo.

A todos os professores e funcionários do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, na pessoa de seu diretor Professor Dr. Yokio Moiguchi, pelo pioneirismo e visão de futuro.

À Prof^a Me. Helena Willhelm de Oliveira, responsável pela iniciativa do convênio Pucrs e Hospital N. S. da Conceição, o qual propiciou meu ingresso no curso de pós-graduação.

Aos colegas do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital N. S. da Conceição, pela participação na pesquisa, especialmente às equipes de saúde das unidades Barão de Bagé, Conceição e Coinma.

A equipe de saúde da Unidade SESC, em especial, pelo incentivo e apoio incondicional de todos os seus membros.

Ao núcleo de epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária, pelo apoio e presteza.

Ao Professor José Nicoletti Junior, meu cunhado, pelo apoio e pelas incontáveis horas despendidas no computador.

Ao Professor João Feliz, pela efetiva ajuda na análise estatística, e ao futuro médico de família Luciano Duro, pela ajuda na coleta de dados, à Professora Clarice Bohn Knies e Zuleica Santos, pelos encaminhamentos providenciais na finalização do trabalho.

A bibliotecária responsável pela biblioteca do GHC, Izabel Alves Merlo, por seu interesse e dedicação.

Aos pacientes, por terem protagonizado este estudo, demonstrando vibração e entusiasmo com a iniciativa.

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a eficácia e efetividade de uma abordagem multidimensional em atenção primária à saúde direcionada para a detecção dos problemas de saúde que mais frequentemente afetam a qualidade de vida dos idosos, em comparação com a prática do atendimento clínico que lhes é dispensado em ambulatórios de atenção primária.

METODOLOGIA: Estudo transversal desenvolvido com idosos de 60 anos ou mais atendidos em postos de atenção primária à saúde de Porto Alegre (RS) mediante aplicação de um instrumento de avaliação multidimensional do idoso (AMI), no período de maio a setembro de 2002. Para análise da eficácia do instrumento, foram descritas as prevalências de problemas de saúde obtidos pela sua aplicação a 189 idosos atendidos no período, informações que foram então, comparadas com as registradas nos prontuários de 143 idosos atendidos nas mesmas unidades nos 24 meses precedentes.

Para determinar a efetividade da abordagem foi analisado o tempo despendido na avaliação, a opinião dos médicos de família quanto à adequação dos domínios investigados, a relevância do instrumento para a sua prática, sua opinião sobre a utilidade do método e o seu interesse na atenção ao idoso.

Foram, aferidas medidas de tendência central e desvios nas frequências; nas proporções, foi usado o intervalo de confiança (IC95%) e o qui-quadrado de Mantel-Haenszel e Yates; na avaliação da magnitude das associações, a razão de prevalência (RP) e seu intervalo de confiança.

RESULTADOS: A AMI identificou um número maior de problemas de saúde em todos os itens pesquisados, tendo sua capacidade diagnóstica para problemas de visão, risco e registro de quedas, atividades de vida diária, incontinência urinária, perda de peso e suporte social sido estatisticamente diferente da observada nos prontuários. O tempo médio despendido na sua aplicação foi de 11 minutos. A análise dos prontuários revelou uma média de 10,8 consultas por prontuário no período dos 24 meses precedentes; em um quarto deles, foi superior a 15. Em termos de efetividade, comparou-se a metodologia diagnóstica de aplicação de um instrumento que dura 11 minutos em uma única consulta com a prática que envolve várias consultas. Os profissionais que aplicaram o instrumento têm qualificação técnica, especialização em Medicina de Família e Comunidade e larga experiência profissional, 17 anos em média. Apesar de nenhum deles ter cursado disciplina específica de geriatria na graduação e apenas dois terem participado de curso breve, sobre o tema, eles

relatam elevado interesse nos cuidados com o paciente idoso. O número de pacientes que não foram avaliados por esquecimento ou falta de tempo foi muito baixo (3,7%).

A maioria dos profissionais (87,5%) avaliou o instrumento, no seu conjunto e em cada um de seus itens, com o grau máximo de aprovação, ou seja, como muito útil, o que favorece a incorporação do método à prática usual.

CONCLUSÃO: A AMI mostrou ser eficaz na detecção dos problemas de saúde que mais frequentemente põem em risco a população idosa. Seu uso sistemático pode detectar problemas de saúde que passam despercebidos pelo médico ou não são relatados pelos pacientes. Seu tempo de aplicação foi curto, permitindo sua inclusão na consulta médica usual; os médicos que aplicaram o instrumento opinaram de forma muito positiva sobre a utilidade do método.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Saúde do Idoso, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the efficacy and effectiveness of a multidimensional approach in primary health care oriented towards detecting the health problems that most frequently affect the quality of life of the aged, as compared to the practice of clinical care given to them in primary care outpatient clinics.

METHODOLOGY: Cross-sectional study of people 60 years and over seen at primary health care clinics in Porto Alegre (RS, Brazil), by applying an instrument for multidimensional evaluation of the aged (*AMI-Avaliação Multidimensional do Idoso*), during the period of May-September, 2002. The prevalence of health problems found when applying the instrument to 189 aged person seen during the period was described in order to analyze its effectiveness. This information was then compared to that recorded in the histories of 143 aged persons seen at the same clinics during the preceding 24 months.

In order to determine the effectiveness of the approach, the time spent in evaluation was analyzed, as well as the opinion of the family physicians regarding the appropriateness of the domains investigated, the relevance of the instruments for its practice, their opinion on the usefulness of the method and its significance to care for the aged.

Measures of central trends and frequency deviations were measured; confidence interval (CI 95%) and the Chi-square of Mantel-Haenszel and Yates were used for proportions; the prevalence ration (RP-razão de prevalência) and its confidence interval were used to evaluate the magnitude of associations.

RESULTS: AMI identified a great number of health problems in all items researched and its diagnostic capacity for problems of vision, risk and record of falls, activities of daily life, urinary incontinence, loss of weight and social support was statistically different from that observed in the medical records. The average time used to apply it was 11 minutes. The analysis of the records revealed an average of 10.8 visits per record during the period of the 24 preceding months; in one-fourth of them it was greater than 15. In terms of effectiveness, the diagnostic methodology of applying an 11-minute instrument at a single visit was compared to the practice involving several visits. The professionals who applied the instrument have the technical qualification, specialization in Family and Community Medicine and long professional experience, an average of 17 years. Although none of them took the specific discipline of geriatrics during their undergraduate course, and only two had participated in a short course on the topic, they reported great interest in the care of aged

patients. The number of patients who were not evaluated due to forgetfulness or lack of time was very low (3.7%).

The evaluation of most of the professionals (87.5%) concerning the instrument as a whole, and each of its items was the highest degree of approval, i.e., very useful, which favors including the method in usual practice.

CONCLUSION: AMI proved effective to detect health problems that most often are a risk to the aged. Its systematic use can detect health problems that are not perceived by the physician or are not reported by the patients. It took little time to apply and therefore can be included in usual medical visits; the physicians who applied the instrument expressed a very positive opinion regarding the usefulness of the method.

KEY WORDS: Primary Health Care, Health of the Elderly, Quality of Life.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	16
LISTA DE TABELAS.....	17
LISTA DE ABREVIATURAS.....	18
1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 O AUMENTO DE IDOSOS NA POPULAÇÃO.....	19
1.1.1 Dimensão demográfica.....	21
1.1.2 Dimensão epidemiológica.....	24
1.2 REPERCUSSÕES DE UMA VIDA MAIS LONGA.....	27
1.2.1 Feminização e viuvez.....	27
1.2.2 Novas composições familiares.....	28
1.2.3 O aspecto socioeconômico.....	28
1.2.4 Peculiaridades do adoecer.....	29
1.3 CENÁRIO DA ATENÇÃO AO IDOSO.....	31
1.3.1 Promoção de saúde e prevenção de doenças.....	31
1.3.2 Abordagem multidimensional do idoso.....	33
1.3.3 O cuidado dos idosos em atenção primária à saúde (APS).....	35
1.3.3.1 APS como ambiente ideal para a intervenção.....	35
1.3.3.2 Avaliação multidimensional do idoso em APS.....	36
2 JUSTIFICATIVA.....	39
3 MARCO TEÓRICO.....	41
4 HIPÓTESES EM ESTUDO.....	45
5 OBJETIVOS.....	46
5.1 Objetivo geral.....	46
5.2 Objetivos específicos.....	46
6 DESCRIÇÃO DO MÉTODO.....	47
6.1 Local do estudo.....	47
6.2 Delineamento.....	48

6.3	Tamanho da amostra.....	49
6.4	Sistema de amostragem e coleta de dados	49
6.4.1	Indivíduos submetidos ao instrumento de avaliação: avaliação prospectiva ...	49
6.4.2	Coleta dos dados de prontuário: análise retrospectiva	50
6.4.3	Questionário aplicado aos médicos de família que participaram do estudo	51
6.5	Variáveis estudadas	51
6.5.1	Variáveis relacionadas ao instrumento de avaliação	52
6.5.2	Variáveis relacionadas aos médicos que aplicaram o instrumento.....	53
6.6	Avaliação multidimensional do idoso: o instrumento	53
6.6.1	Crítérios para a escolha das dimensões da avaliação.....	54
6.7	Aspectos éticos.....	60
6.8	Processamento e análise dos dados	60
7	RESULTADOS	62
7.1	Aspectos gerais.....	62
7.2	Prevalência de problemas de saúde detectados pela AMI	63
7.2.1	Visão	63
7.2.2	Audição	63
7.2.3	Membros superiores e inferiores	64
7.2.4	Estado mental	64
7.2.5	Risco de queda domiciliar	65
7.2.6	Avaliação das atividades de vida diária (AVDs).....	66
7.2.7	Incontinência urinária	66
7.2.8	Avaliação nutricional	67
7.2.9	Suporte social	67
7.3	Dados gerais de prontuários.....	68
7.4	Comparação entre as prevalências obtidas no AMI e nos prontuários.....	69
7.5	Perfil dos médicos que aplicaram a avaliação	70
7.6	Opinião dos médicos sobre a avaliação	71
7.6	Opinião dos médicos sobre a avaliação	71
8	DISCUSSÃO	73
8.1	A eficácia da avaliação multidimensional do idoso (AMI)	73
8.2	Efetividade da metodologia	75
9	CONCLUSÕES	78
10	RECOMENDAÇÕES	80
11	REFERÊNCIAS.....	81
12	ANEXOS	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama das relações entre qualidade de vida, saúde e estado funcional...	30
Figura 2 – Envelhecimento populacional e seu impacto nos sistemas de serviços.....	41
Figura 3 – Modelo de estratégias de promoção da saúde	43
Figura 4 – Prevalências dos problemas de saúde detectados pela AMI (em %).....	68
Figura 5 – Comparação das prevalências (em %) obtidas na AMI e nos prontuários. ..	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	–	Indicadores selecionados da população projetada – Brasil 1980-2050	23
Tabela 2	–	Comparação das características gerais das duas amostras	62
Tabela 3	–	Comparação das prevalências de visão e audição	64
Tabela 4	–	Comparação das prevalências das disfunções de membros superiores e inferiores, valor de p e risco relativo	64
Tabela 5	–	Comparação das prevalências das disfunções no estado mental	65
Tabela 6	–	Comparação das prevalências de risco de queda e de quedas ocorridas nos últimos 12 meses	65
Tabela 7	–	Comparação das prevalências de incapacidades em AVDs	66
Tabela 8	–	Comparação das prevalências de incontinência urinária	66
Tabela 9	–	Comparação das prevalências de avaliação de perda de peso	67
Tabela 10	–	Comparação das prevalências de suporte social	67
Tabela 11	–	Teste estatístico para avaliar associação entre as variáveis avaliadas na AMI e nos prontuários e a magnitude de associação	69
Tabela 12	–	Avaliação dos profissionais por itens da avaliação	71

LISTA DE ABREVIATURAS

AGM	=	avaliação geriátrica multidimensional
AMI	=	avaliação multidimensional do idoso
APS	=	atenção primária à saúde
AVC	=	acidente vascular cerebral
AVDs	=	atividades de vida diária
EDG	=	escala de depressão geriátrica
GHC	=	Grupo Hospitalar Conceição
HAS	=	hipertensão arterial sistêmica
IC	=	insuficiência cardíaca
IMC	=	índice de massa corporal
M-H	=	Mantel Haenszel
Ms Ss	=	membros superiores
Ms Is	=	membros inferiores
OMS	=	Organização Mundial da Saúde
OPAS	=	Organização Pan-Americana de Saúde
RP	=	razão de prevalências
SABE	=	Estudo Multicêntrico sobre Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SSC	=	Serviço de Saúde Comunitária

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é evidente na quase totalidade das nações; o rápido aumento da população de idosos provoca enormes desafios à capacidade e à vontade política dos setores sociais e da saúde para que proporcionem sistemas coordenados de atenção, já que o prolongamento da esperança de vida ativa para os adultos somente é possível se os setores públicos desenvolverem ações integradas que preparem a sociedade para essa nova realidade.

Os aspectos econômicos, sociais e da saúde do envelhecimento populacional estão intrinsecamente ligados ao processo de desenvolvimento das nações. Com a mudança da proporção de idosos nos países em desenvolvimento, espera-se um maior comprometimento dos escassos recursos públicos destinados à atenção à saúde da população. O envelhecimento populacional brasileiro coloca-se como mais um desafio às crescentes demandas sociais do país.

Um rápido exame das questões relacionadas ao processo demográfico de envelhecimento indica a sua magnitude e complexidade.

1.1 O AUMENTO DE IDOSOS NA POPULAÇÃO

A velocidade do declínio dos níveis de fecundidade brasileiro em um curto espaço de tempo teve como conseqüência uma drástica redução da taxa de crescimento populacional brasileira e uma profunda mudança na distribuição etária da população nacional. Isto resultou

em um amplo declínio da participação relativa do grupo etário jovem (menores de 15 anos) e uma mais do que duplicação do peso da população idosa (acima de 65 anos) entre 1950 e 2000. Inicia-se, desta forma, o persistente processo de envelhecimento da população brasileira.

As projeções da composição populacional por grupos de idade apontam que, entre 2000 e 2050, continuará a declinar a participação da população jovem, ocorrerá um modesto declínio no peso da população adulta e concentrar-se-á na população idosa a ampliação relativa, intensificando-se, desta forma, o envelhecimento demográfico nacional.

Na perspectiva mundial, o processo de envelhecimento brasileiro assume particular interesse pelo volume de população envolvida, pela intensidade com que ocorre e por ele acontecer em um contexto de elevados níveis de pobreza. Este período de transição define-se como o de maior desafio para a garantia dos atuais e futuros níveis de bem-estar da população brasileira, mediante a criação de empregos e a absorção produtiva dos amplos contingentes de população em idade economicamente ativa. Além do mais, do ponto de vista da composição etária, durante a transição, configura-se um intervalo de tempo no qual a taxa de dependência demográfica é cadente, em razão de uma ampla redução da dependência jovem e de um menor incremento da dependência idosa. Este interregno temporal configura-se como uma combinação especial de condições demográficas em que a redução das pressões quantitativas sobre as demandas sociais abre oportunidade para o resgate da ampla dívida social que marca o país.

Importantes feições do envelhecimento brasileiro referem-se às diferenças regionais, à feminização do envelhecimento, ao envelhecimento do grupo etário idoso e à urbanização, bem como ao fato de ele ocorrer em uma situação na qual são amplas as frações de população pobre e as transformações nos arranjos sociais não são benéficas para as populações menos aquinhoadas. Essas peculiares condições do processo de envelhecimento brasileiro requerem uma especial atenção na formulação de políticas sociais destinadas a garantir as condições mínimas de bem-estar ao crescente grupo de idosos no Brasil. (1)

1.1.1 Dimensão demográfica

Enquanto a população mundial cresce a uma taxa anual de 1,7%, a população com mais de 65 anos aumenta 2,5% ao ano. As últimas décadas têm se caracterizado por registrar este crescimento como resultado de uma intensa transformação demográfica nos países em desenvolvimento. (2)

Em países desenvolvidos, estima-se que a proporção de idosos na população, que em 1975 era de 10,5%, chegou a 16,5% no ano de 2025. Nesses países, haverá um aumento da ordem de 60% no percentual de idosos na população geral, já nos países pobres, a proporção de idosos na população, que em 1975 era de 3,8%, deve subir para 7,5% em 2025, o que representará um crescimento de 97,4%.(3)

A proporção elevada de idosos nos países desenvolvidos (Europa, 16,8%; América do Norte, 19,1%) sugere a magnitude da mudança que podem experimentar os países menos desenvolvidos. Atualmente, na América do Sul e Caribe, há mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, 55% das quais são mulheres. Sua taxa anual de crescimento é de 3%, bem superior à de 1,9% da população total. Em termos absolutos, isso equivale a dizer que o número total de idosos aumenta em 80 mil a cada mês. Calcula-se que, no ano 2000, este número já tenha chegado à marca de 115 mil pessoas/mês¹. (4)

As projeções das Nações Unidas, de 1998, apontavam para o Brasil, no ano de 2000, uma população de 170 milhões de habitantes, dos quais 49 milhões com menos de 15 anos de idade e 8,7 milhões acima de 65 anos. Para 2050, as projeções apontam uma população nacional de 244 milhões de habitantes, constituída por 49 milhões de jovens e 42,2 milhões de idosos. (5)

Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (6), entre 1950 e 2025 a população de idosos no país crescerá 16 vezes, contra 5 vezes da população total. Isto colocará o Brasil, em termos absolutos, como a sexta população de idosos no mundo, isto é, com 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Este crescimento populacional é o mais

¹ A definição de idosos é, naturalmente, arbitrária. Neste estudo, empregar-se-á a categoria das Nações Unidas, de pessoas com 60 anos ou mais, a menos que se indique de outro modo.

acelerado no mundo e só é comparável ao do México e da Nigéria. Projeções baseadas em estimativas conservadoras, que não levam em consideração a possibilidade de uma melhoria nas zonas mais miseráveis, indicam que a proporção de idosos no país passará de 7,3%, registrada em 1991 (11 milhões), para cerca de 15% em 2025. Esta é a proporção da maioria dos países europeus, os quais experimentaram esta transição em um período de tempo muito maior.

A primeira metade do século XX caracterizou-se por uma estabilidade na estrutura etária; as taxas de natalidade e mortalidade tiveram pouca oscilação. A esperança de vida ao nascer variou muito pouco neste período, passando de 33,3 para 37,6 anos para homens e de 34,1 para 39,4 anos para mulheres. A população, à época, era extremamente jovem: o grupo de menos de 15 anos representava cerca de 42% a 46% do total da população e os idosos 2,5%.⁽⁷⁾ A partir dos anos 40, a combinação de menores taxas de mortalidade e elevadas taxas de fecundidade determinou o aumento vegetativo da população, que subiu de 41 milhões para 91 milhões de pessoas até 1970. Este crescimento não determinou mudanças na estrutura etária, dado que a redução da mortalidade deveu-se à queda das taxas de mortalidade específicas da infância. Entre os anos de 1940 e 1970, os jovens e idosos representaram, respectivamente, 42,3% e 2,5% do total da população. É com o declínio da fecundidade em algumas regiões mais desenvolvidas do Brasil, no início dos anos 60, que se iniciou o processo de envelhecimento populacional. Este fenômeno estende-se paulatinamente às demais regiões brasileiras, tanto às áreas urbanas quanto às rurais, e a todas as classes sociais.⁽⁸⁾ A taxa de fecundidade total² caiu de 5,8 para 2,7 filhos por mulher entre os anos 1970 e 1991, redução superior a 50%⁽⁹⁾. Como consequência, o peso relativo dos jovens declinou de 41,9% para 34,7% no mesmo período e a proporção de idosos cresceu de 3,1% para 4,8%. O índice de envelhecimento da população³, que era igual a 6,4 em 1960, alcançou 13,9 em 1991, incremento superior a 100% em apenas três décadas. Se no início do século XX, a proporção de indivíduos que conseguia alcançar os 60 anos se aproximava de 25%; em 1990 ela superava 78% entre mulheres e 65% entre homens, e a esperança de vida ao nascer já ultrapassava os 65 anos.⁽⁷⁾ No período entre 2000 e 2050, deverá observar-se o mais rápido

² A taxa de fecundidade total corresponde ao número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo, em determinado local ou época.

³ Índice de envelhecimento da população: maiores de 64 anos x 100 / menores de 15 anos.

incremento na proporção de idosos, que passará de 5,1% para 14,2%. Isto se dará basicamente por dois motivos: a) a persistente redução nas taxas de fecundidade continuará contribuindo para o progressivo estreitamento das coortes de indivíduos entre 15 anos e 64 anos, cujo crescimento, em números absolutos e relativos, deverá ser cada vez menor; b) as coortes remanescentes dos períodos de alta fecundidade progressivamente evoluirão para o grupo de 65 anos ou mais até por volta de 2035, quando as coortes de menor fecundidade nascidas em 1970 deverão fechar o ciclo.(11) Dados do IBGE-2000 revelam que a proporção de idosos no Estado do Rio Grande do Sul é de 10,43% e que na cidade de Porto Alegre 11,79% da população tem mais de 60 anos. As projeções para o Brasil (12), ver tabela 1, apontam para uma inequívoca tendência de envelhecimento da população, com redução da participação da população jovem, ampliação da fração de idosos, incremento do índice de idosos e ampliação da idade média da população. Mensurada em termos da relação entre a população idosa e jovem, em 2050 a população idosa será ligeiramente superior à jovem, em contraste com os anos 1980, quando havia apenas um idoso para cada dez jovens.(12)

Tabela 1 - Indicadores selecionados da população projetada – Brasil 1980-2050

Período	População menor de 15 anos (%)	População de 65 anos e mais (%)	Índice de idosos	Idade média
1980	38,2	4,0	10,5	24,7
1985	36,5	4,0	10,9	25,2
1990	35,0	4,2	12,0	26,0
1995	32,2	4,7	14,7	27,3
2000	29,1	5,2	18,0	28,7
2005	26,1	5,9	22,5	30,2
2010	24,4	6,5	26,6	31,6
2015	23,1	7,3	31,8	33,0
2020	21,9	8,6	39,1	34,4
2025	20,6	10,1	49,2	35,8
2030	19,5	12,0	61,6	37,1
2035	18,7	13,6	72,5	38,2
2040	18,3	14,9	81,3	39,1
2045	17,9	16,3	90,8	39,9
2050	17,6	17,8	101,0	40,5

Fonte: Moreira MM (12)

1.1.2 Dimensão epidemiológica

O conceito de transição epidemiológica refere-se às modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com as transformações demográficas sociais e econômicas. (11) O processo constitui-se de três mudanças básicas: 1) substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; 2) deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos; e 3) transformação de uma situação em que predomina a mortalidade em outra em que a morbidade é dominante.(13)

Os processos de transição demográfica e epidemiológica mantêm uma correlação direta. O perfil de saúde da população modifica-se: ao invés de processos agudos, que teriam um desfecho rápido para cura ou óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam aumento da utilização dos serviços de saúde. A diminuição da mortalidade inicial, que ativa a transição demográfica, é o resultado, em sua maior parte, da redução das enfermidades infecciosas na população mais jovem. Na medida em que estas coortes sobrevivem e crescem, elas se expõem cada vez mais aos fatores de risco vinculados com as doenças crônico-degenerativas e com acidentes. No Brasil, alguns aspectos caracterizam este modelo: 1) não há transição, mas superposição entre as etapas, nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; 2) a reintrodução de doenças como dengue e cólera ou o recrudescimento de outras, como malária, hanseníase e leishmaniose, indicam uma natureza não unidirecional denominada *contra transição*; 3) o processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que os índices de morbimortalidade persistem elevados por ambos padrões, caracterizando uma *transição prolongada*; e 4) as situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastantes (*polarização epidemiológica*). Assim, enquanto as populações mais pobres e rurais experimentam um perfil de saúde *pré-transição*, os padrões de morbidade *pós-transição*, comuns na Europa e América do Norte, podem ser prevalentes entre os habitantes de zonas urbanas de classe média e alta.(11)

Tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento têm nas doenças circulatórias as principais causas de morte dos idosos, seguidas por neoplasias e doenças respiratórias, principalmente pneumonias. As diferenças entre eles estão relacionadas com a intensidade de algumas destas causas. Assim, nos países em desenvolvimento, as doenças infectoparasitárias ainda são causa freqüente de mortes nas populações idosas, as doenças cerebrovasculares são mais incidentes do que as doenças isquêmicas, como também há mais mortes por causas externas.(2) Entretanto, as intervenções sobre as causas de mortalidade dos idosos são muitas vezes ineficazes ou insuficientes mesmo nas melhores circunstâncias. Além disso, é preciso considerar o fato de haver prevalência de múltiplas patologias. A atenção maior deve recair no fato de que os últimos anos de vida são freqüentemente acompanhados de um aumento de incapacidades e que as medidas de longevidade não indicam a intensidade e freqüência das doenças.

A população idosa se diferencia por possuir uma série de características próprias com relação ao processo saúde-doença. A incidência e prevalência de muitas doenças aumentam e há um alto índice de patologias múltiplas e crônicas. Esta multiplicidade de problemas médicos dificulta a atenção de saúde ao idoso de várias formas: os sintomas podem resultar de interação mútua, um processo pode mascarar o aparecimento de outro e o tratamento de um processo pode interferir no outro. Tem igual relevância o fato positivo de que o manejo de um processo pode ter um impacto positivo substancial sobre outras áreas, especialmente na capacidade funcional do paciente. Certos problemas ou condições, resultados de diferentes etiologias, são mais prevalentes, estão mais relacionados com a idade e alteram a capacidade funcional do idoso de forma mais incisiva. Os mais freqüentemente encontrados são, déficits sensoriais, demência, incontinência, instabilidade e quedas, imobilidade, desnutrição, iatrogenia medicamentosa, isolamento social e depressão. Acresce-se o fato de que, via de regra, as doenças se apresentam de forma atípica num contexto de problemas sociais e econômicos concorrentes. (14)

Em 1998, a Organização Pan-Americana de Saúde coordenou o Estudo Multicêntrico sobre Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) (15) em sete cidades da América do Sul e do Caribe. No estudo, hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi notificada por uma em cada duas pessoas com mais de 60 anos. Uma em cada cinco pessoas informou estar padecendo de alguma cardiopatia. Na maioria das cidades, ao menos uma em cada três pessoas idosas

informou sofrer de artrite. Algumas cidades registraram níveis de até 22% de pessoas com diabetes. A prevalência de acidentes cerebrovasculares (AVC) foi de 8% em todos os países. Nos Estados Unidos, um estudo de uma população bem maior revelou que cerca de 45% das pessoas com mais de 70 anos apresentavam HAS, 21% cardiopatia, 58% artrites e 12% diabetes. A prevalência de acidentes cerebrovasculares neste grupo foi de 9%.

Os estudos de morbidade, que incluem as incapacidades, são parâmetros mais confiáveis do que os estudos de análise de mortalidade quando se desejam avaliar o impacto sobre as famílias, o sistema de saúde e principalmente a qualidade de vida da população idosa.

O adoecer do idoso apresenta peculiaridades que o distinguem das outras faixas etárias. As características mais marcantes são o sub-relato de problemas, múltiplas doenças e apresentação atípica ou alterada das doenças. Um fator importante subjacente a déficits funcionais é a incapacidade de algumas pessoas em procurar atenção à sua saúde. O problema de saúde relatado pelos idosos muitas vezes é somente a ponta do *iceberg*. Este aparente comportamento autodestrutivo é resultante da noção de que idade avançada é necessariamente acompanhada por doenças e declínio funcional e que muitos dos seus sintomas são resultado disto e não de doenças que podem ser tratadas ou amenizadas. Outros fatores que contribuem incluem déficit cognitivo, medo da natureza da doença envolvida, preocupação com os custos ou aspectos negativos de uma possível hospitalização, avaliação diagnóstica ou tratamento desagradável. A coexistência de várias doenças tem uma profunda influência na saúde e na independência funcional do idoso. O número de doenças está fortemente relacionado com a idade.

O estudo multicêntrico SABE demonstrou que três quartos da população com mais de 60 anos apresenta uma ou mais enfermidades crônicas, sendo que 22% das mulheres e 18% dos homens apresentam mais de três (HAS, artrites e diabetes melito são as mais frequentes).

Um inventário completo de todas as doenças de um paciente deve ser realizado quando do desenvolvimento do plano terapêutico. Cabe destacar ainda que a apresentação atípica das doenças no idoso aponta para um dos princípios fundamentais da medicina geriátrica, onde muitas doenças são manifestadas por sinais ou sintomas que diferem daqueles encontrados nos pacientes mais jovens.

Outro aspecto relacionado com este tema é o grau de incapacidades nas populações e sua repercussão no bem-estar dos idosos. No Rio Grande do Sul, em 1998, a expectativa de vida aos 65 anos era de 16,5 anos, dos quais apenas 10 anos (61%) eram de vida ativa e independente. A incapacidade é um fenômeno complexo, e às vezes temporário, que com frequência surge de um transtorno que posteriormente resulta em deficiências. (10)

Uma questão fundamental que se impõe é se as reduções contínuas de mortalidade específica por idade e por causa, como a que acontece na América Latina, representam verdadeiramente uma melhora na qualidade de vida.

1.2 REPERCUSSÕES DE UMA VIDA MAIS LONGA

“a digestão dos alimentos..., as batidas do coração e das artérias, a nutrição e o crescimento, a respiração, o sono, a vigília, a captação da luz, os sons, os odores, os gostos, o calor, a impressão das idéias correspondentes sobre o sentido comum e a imaginação; a retenção ou vestígio que deixam essas idéias na memória; os movimentos internos dos apetites e das paixões; e, por último, os movimentos externos de todos os membros do corpo.” (Descartes, Œuvres, 1953, p. 873)

1.2.1 Feminização e viuvez

As projeções de população sugerem que as mulheres constituirão a maioria crescente das populações de mais idade em todas as regiões do mundo em desenvolvimento. Caso a diferença entre a sobrevivência feminina e masculina aumente com o tempo, como acontece nos países desenvolvidos, pode-se esperar uma desproporção ainda maior nos anos vindouros, especialmente nos segmentos populacionais com mais idade.

Como a maioria dos adultos casa ou vive em união consensual, as diferenças de gênero e esperança de vida evidentemente afetam o estado civil na fase final da vida. As mulheres, pelo fato de viverem mais, casarem mais jovens e tornarem a casar com menor frequência, têm maior probabilidade de serem viúvas ou solteiras na velhice.

1.2.2 Novas composições familiares

A família, em suas diversas conformações, é a principal provedora de apoio social e econômico aos idosos. A forte urbanização das populações e o perfil nuclear das famílias determinam forte influência no cuidado aos familiares mais idosos. Nos casos dos idosos que necessitam de assistência nas suas tarefas domésticas ou atividades de vida diária, os membros da família, quase sempre as filhas, são a fonte principal de apoio. A crescente participação feminina na força de trabalho e a conseqüente redução do potencial de prestar cuidados aos idosos podem determinar o que alguns denominam de “o desamparo dos idosos”. Com a ampliação do período de vida, os casais talvez tenham 30 a 40 anos pela frente depois de os filhos saírem de casa. Famílias de quatro e cinco gerações serão comuns. Um número maior de casais “velhos jovens” na época de aposentadoria, com seus recursos diminuindo, estarão envolvidos no cuidado de seus pais “velhos velhos”. O crescente número de famílias recasadas aumentará e complicará a rede de famílias ampliadas. Por outro lado, a tendência é ter poucos ou nenhum filho. As implicações da ausência de filhos no ajustamento da terceira idade são desconhecidas e justificam estudos, dado o significativo papel dos filhos e netos como cuidadores dos membros da família com crescentes limitações funcionais e perda de autonomia. (16)

1.2.3 O aspecto socioeconômico

A dimensão socioeconômica do envelhecimento da população na América Latina é marcada não somente pelo grau, mas especialmente pela velocidade com que vem aumentando o número de idosos. Quando a relação entre os indivíduos com menos de 15 anos e os indivíduos com mais de 60 anos cai dramaticamente, o ajuste entre as estruturas sociais e econômicas torna-se difícil. A estratégia de desenvolvimento econômico das nações deve passar a levar em consideração a força de trabalho dos que envelhecem, já que a principal fonte de rendimento dos idosos constitui-se de pensões e aposentadorias, muitas vezes única fonte de sustento da família extensiva.

No Japão, o número de cuidadores que deixam seus empregos para desempenhar seu papel familiar vem aumentando. Nos Estados Unidos, os investimentos em cuidados domiciliares cresceram de \$ 20 bilhões em 1980 para \$ 98,5 bilhões em 1994.

O envelhecimento populacional determina um impacto relevante nos gastos com saúde, nos arranjos familiares necessários para dar suporte ao cuidado dos mais velhos e na distribuição dos recursos ao longo da vida.

1.2.4 Peculiaridades do adoecer

Do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento é mais bem definido como uma progressiva constrição da capacidade dos sistemas de manter a homeostasia em face aos desafios. O declínio gradual da reserva fisiológica (homeostasia) inicia-se na terceira década de vida e ocorre em cada órgão ou sistema de forma independente, sendo influenciado pela dieta, condições do meio, hábitos pessoais e fatores genéticos. Partindo-se deste conceito, várias são as deduções possíveis: 1) que os indivíduos tornam-se dessemelhantes à medida que envelhecem, desmentindo qualquer estereótipo de velhice; 2) que um abrupto declínio em qualquer sistema ou função é sempre devido mais a alguma doença do que ao “envelhecimento normal”; 3) que o “envelhecimento normal” pode ser atenuado mediante modificação dos fatores de risco, tais como pressão arterial elevada, tabagismo e sedentarismo; e 4) que o envelhecimento saudável não é um paradoxo já que, na ausência de doença, a homeostasia pode propiciar uma vida sem sintomas nem restrições nas atividades de vida diária em qualquer idade. Este aparentemente simples raciocínio tem implicações marcantes para o cuidado, pesquisa, educação e política de saúde em relação aos idosos.(17)

A capacidade de desempenhar as atividades diárias rotineiras é uma das maiores preocupações dos idosos. Assim, a ênfase dos cuidados de saúde dispensados aos idosos deve recair na manutenção da capacidade funcional. A maioria dos idosos que vivem na comunidade não apresentam insuficiências cognitivas e são completamente independentes em suas atividades diárias. Infelizmente, as limitações funcionais decorrentes de doenças crônicas tornam-se proporcionalmente comuns com o avançar da idade.

A qualidade de vida é uma avaliação em grande parte dependente da subjetividade da pessoa.(18) Flávio Xavier e colaboradores (19) concluíram que, enquanto uma velhice com satisfação é um estado que varia de sujeito para sujeito, a velhice com sofrimento é um estado de um determinante apenas, ou seja, a saúde. Na análise dos determinantes de vida ruim, 96% dos idosos estudados citaram como determinante a saúde ruim. No mesmo estudo, constatou-se ainda que, na comunidade com predominância de idosos satisfeitos, a maior fonte de bem-estar no dia-a-dia citada foi o envolvimento com atividades diárias. Esse fator depende significativamente do grau de independência funcional do idoso e está diretamente relacionado com prevenção.

A definição de qualidade de vida envolve estado de saúde e fatores socioeconômicos e ambientais. O estado de saúde pode ser quantificado através da dimensão da doença, tais como sinais, sintomas e testes laboratoriais, e pela dimensão do estado funcional. Por estado funcional entende-se a habilidade que o indivíduo tem para desempenhar integralmente as atividades físicas, mentais e sociais da sua vida diária. A figura 1 mostra, esquematicamente, alguns aspectos inter-relacionados.

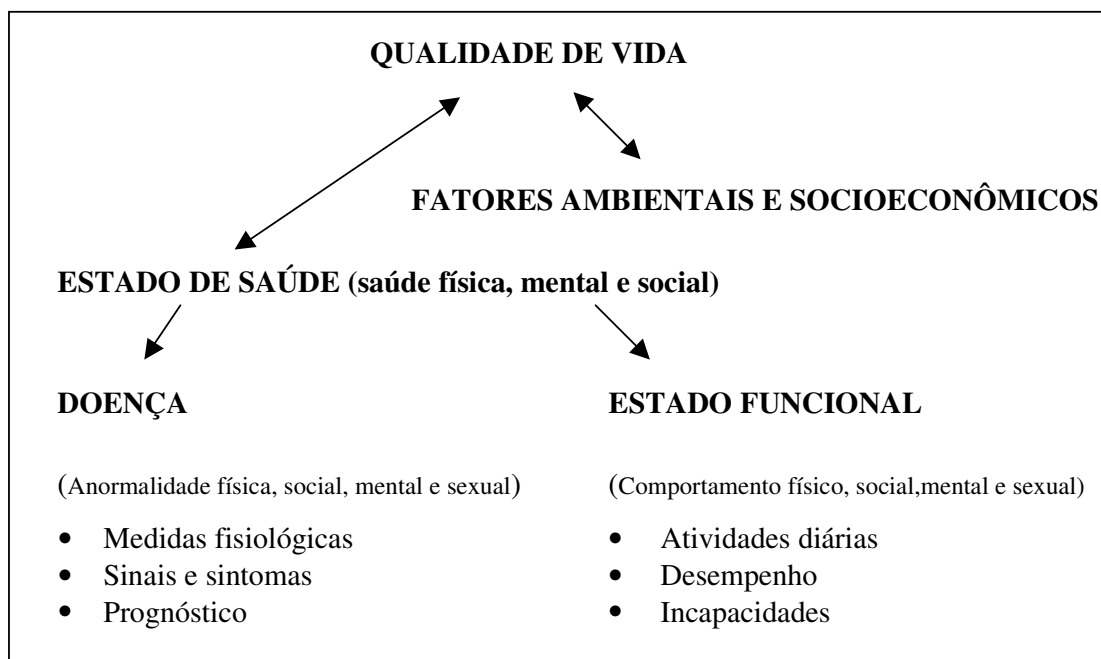


Figura 1 - Diagrama das relações entre qualidade de vida, saúde e estado funcional

1.3 CENÁRIO DA ATENÇÃO AO IDOSO

1.3.1 Promoção de saúde e prevenção de doenças

Ainda não é conhecida inteiramente a relação entre manejo pró-ativo dos pacientes idosos, qualidade de vida e longevidade. É necessário que se produzam mais evidências sobre o quanto a intervenção pode influenciar positivamente nos desfechos.

Apesar do grau de incerteza, há consenso quanto aos objetivos da promoção da saúde e de prevenção de doenças nos pacientes idosos. São eles:

- a) redução da mortalidade prematura causada por doenças agudas ou crônicas;
- b) manutenção da independência funcional;
- c) extensão da expectativa de vida ativa; e
- d) melhora na qualidade de vida.

Um grupo de estudos (20) definiu alguns princípios para a promoção e proteção da saúde dos idosos com a intenção de proporcionar diretrizes para a ação dos profissionais de saúde:

- A velhice não é uma enfermidade e sim, uma etapa evolutiva da vida.
- A maioria das pessoas com mais de 60 anos estão em boas condições de saúde, mas, ao envelhecer, perdem a capacidade de recuperar-se das doenças de forma rápida ou completa e tornam-se suscetíveis a incapacidades e à necessidade de ajuda para seu cuidado pessoal.
- É possível melhorar a capacidade funcional mediante reabilitação e estímulo ou evitando novos agravos à saúde.
- Do ponto de vista social e psicológico, os idosos são mais heterogêneos que os jovens.

- A promoção da saúde na velhice deveria dirigir-se para a preservação da saúde mental e física, amparo social e, na mesma medida, para a prevenção de doenças e incapacidades.
- Muitas medidas que afetam a saúde dos idosos transcendem o setor saúde, sendo necessárias ações intersetoriais.

Os objetivos clássicos de prevenção estão centrados na redução da morbimortalidade. No cuidado do idoso, indubitavelmente, têm maior importância as ações direcionadas para a redução das incapacidades e da dependência, para a prevenção da ruptura familiar e para a manutenção do idoso no seu lar enquanto isso for possível.

A prevenção das doenças e dos acidentes organiza-se no conjunto de intervenções que procuram antecipar-se a esses eventos, dirigindo sua atuação a problemas específicos ou a um grupo. Alcança indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou acidentarem-se. Estas intervenções podem estar focalizadas para indivíduos, para grupos sociais ou para a sociedade em geral.

No campo da promoção da saúde, alguns estudos demonstram melhora na auto-estima, na autonomia e na satisfação com a vida em determinados grupos de idosos. Isto sugere que intervenções psicossociais com idosos e cuidadores através de atividades de grupo para educação em saúde, a formação de grupos de ajuda mútua ou a realização de atividades de voluntariado podem ter grandes benefícios na melhora da qualidade de vida.

Os idosos, como grupo, respondem positivamente às medidas de prevenção e são capazes de mudar seus hábitos de vida mesmo depois dos 75 anos. (21) Considerando que, na Região Sul do Brasil (IBGE 1997), a expectativa de vida após os 60 anos é de 15,87 anos para homens e de 19,91 anos para as mulheres, os idosos dispõem de uma quantidade considerável de tempo para realizar as mudanças de hábitos de vida e ainda usufruir os benefícios.

Em síntese, as ações de promoção da saúde são prioritárias para as pessoas com mais idade, posto que o impacto que se deseja é melhorar sua qualidade de vida para prolongar os anos produtivos e garantir sua participação no processo de desenvolvimento integral da população.

As ações preventivas são usualmente divididas em primária, secundária e terciária. Entretanto, existe certa controvérsia quanto à classificação do rastreamento de fatores de risco como prevenção secundária. Na população idosa, estes limites são permeáveis. Por exemplo, prevenção primária para fratura de colo de fêmur deve incluir prescrição de exercícios para a redução do risco de queda bem como o tratamento de osteoporose. Já a prevenção de AVC envolve rastreamento para detectar novos casos de hipertensão e o tratamento dos hipertensos já conhecidos. Assim, intervenções para prevenir incapacidades podem ser prevenção primária num contexto e prevenção secundária ou terciária noutro contexto. Com base neste entendimento, a prevenção primária de incapacidades no contexto do presente estudo inclui aconselhamento, rastreamento e toda e qualquer intervenção que possa evitar incapacidades nos idosos.

1.3.2 Abordagem multidimensional do idoso

Uma avaliação multidimensional para o cuidado do idoso é, primordialmente, o esforço sistemático de organizar o grande número de informações advindas do processo investigativo, com a intenção de manejar apropriadamente um paciente idoso com seus complexos e interativos problemas. Esta definição foi decisiva como justificativa para consolidar a geriatria e a gerontologia como campos específicos do conhecimento. Os pioneiros da geriatria, professores britânicos e jovens acadêmicos nos Estados Unidos, enfatizavam certas diferenças nos cuidados dos pacientes idosos. Tais diferenças fundamentaram-se na distinção entre o cuidar e o curar, entre doença e estado funcional, entre a Medicina Oleriana de diagnóstico-e-tratamento e o simultâneo manejo de diversas doenças e, finalmente, entre uma medicina atuando isoladamente e uma medicina como parte integrante de abordagem multidisciplinar.

A avaliação geriátrica multidimensional (AGM) proporciona um plano de atenção à saúde dirigido para a otimização do desempenho do idoso. Um plano bem sucedido deve levar em consideração o idoso dentro de seu contexto, de seu meio. Sem levar em consideração este fato, o idoso pode ser submetido a avaliações para chegar a lugar nenhum. É necessária uma perspectiva ecológica do idoso em sua rede de apoio formal e informal. Uma avaliação global é freqüentemente necessária para definir com acurácia os problemas do

idoso e os tipos de intervenções que devem ser implementadas, bem como para servir como avaliação de base para medir os resultados do tratamento.

A AGM foi desenvolvida de forma mais expressiva nos primeiros anos da década de 1970 e tem avançado constantemente desde então. Vários estudos com diferentes formatos e locais de aplicação foram publicados, incluindo unidade de avaliação de pacientes internados, consulta de pacientes internados, avaliações geriátricas em ambulatório e programas de avaliação domiciliar. Entretanto, a maioria dessas publicações, que buscavam análise de efetividade, foi desenvolvida em pacientes institucionalizados, e estudos randomizados controlados demonstraram resultados favoráveis.

A primeira publicação sobre o tema, de autoria do médico inglês Marjory Warren, introduziu o conceito de unidade de avaliação especializada em idosos no final dos anos 30, quando ele era responsável por uma grande enfermaria em Londres. Como resultado de suas experiências, Warren defendeu que cada paciente idoso recebesse uma avaliação global e uma tentativa de reabilitação antes de ser admitido em hospitais de longa permanência ou asilos.(22)

Na década de 1980, com a publicação do estudo desenvolvido por Laurence Rubenstein e seus colegas, a jovem especialidade de geriatria incorporava a AGM ao seu léxico. A manutenção da qualidade de vida dos pacientes é apontada como objetivo maior da prática médica. Há o reconhecimento de que as características da anamnese, do exame físico e do diagnóstico diferencial não foram desenhadas para avaliar uma grande parte dos componentes da qualidade de vida. (23) A avaliação funcional passa a ser recomendada pelo *American College of Physicians*, devendo ser incorporada à avaliação médica rotineira, em vista do reconhecimento de que o estado funcional do idoso se constitui em importante componente da qualidade de vida.(24)

Metanálise de 1993 (25) identificou mais de 100 estudos voltados para a AGM em diversas situações. Em 28 destes estudos, foi possível encontrar os critérios para a inclusão na metanálise. Nenhum destes estudos demonstrou influência negativa nos pacientes submetidos à AGM.

Os efeitos mais positivos foram observados em seis estudos realizados em pacientes internados assistidos por unidade geriátrica. Nessa forma de assistência, evidenciou-se uma redução estatisticamente significativa de 28% no índice de mortalidade aos 6 meses de observação, embora este índice tenha sofrido um decréscimo com o seguimento de 12 meses. Aos 6 meses e 12 meses, os pacientes apresentavam uma probabilidade, respectivamente, de 80% e 68% maior de estarem vivendo em casa em relação à população controle. As readmissões hospitalares aparentaram não ter sido afetadas pela intervenção.

Os oito estudos realizados nos serviços de consulta geriátrica em pacientes internados demonstraram uma melhora da função cognitiva, mas não evidenciaram influência nos demais aspectos. Já os sete programas de avaliação domiciliar mostraram uma redução estatisticamente significativa na mortalidade a curto prazo e na institucionalização do paciente. Não foram encontrados efeitos significativos nos índices de hospitalização. Os quatro programas de AGM em pacientes de ambulatório não revelaram nenhum efeito positivo nos seus resultados. Análises covariadas mostraram que programas com controle sobre as recomendações médicas e com extensão de seguimento ambulatorial têm mais chance de serem efetivos. Na análise final, a metanálise sugere que programas de AGM que vinculam avaliação geriátrica com consistente manejo a longo prazo são efetivos na melhora da sobrevida e da capacidade funcional dos idosos.

1.3.3 O cuidado dos idosos em atenção primária à saúde (APS)

1.3.3.1 APS como ambiente ideal para a intervenção

Segundo Bárbara Starfield (26), todo sistema de serviços de saúde tem duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população através do emprego do conhecimento mais avançado sobre a causa das doenças e seu manejo, bem como a maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades nos subgrupos populacionais para garantir equidade no acesso a serviços de saúde e à capacidade de alcançar um nível ótimo de saúde.

A APS é o meio pelo qual as duas metas de um sistema de serviços de saúde – otimização da saúde e equidade na distribuição de recursos – ficam equilibradas. É o nível básico de atenção oferecido uniformemente a todos. Responde aos problemas mais comuns da comunidade ao oferecer serviços preventivos, curativos e reabilitadores para maximizar a saúde e o bem-estar. Integra a atenção quando existe mais de um problema, lida com o contexto no qual existe a enfermidade e influencia as respostas das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza a distribuição de todos os recursos, tanto básicos como especializados, e os direciona para a promoção, a manutenção e a melhoria da saúde (14).

Os profissionais da APS têm um papel estratégico em promover o envelhecimento bem-sucedido não apenas na saúde física e funcional, mas também na cognição e na saúde mental.(27) O fato de muitos fatores de risco serem modificáveis define um cenário favorável à prevenção e intervenção.

Os serviços de APS necessitam de ferramentas e recursos para reorientar ou reorganizar os serviços no sentido de satisfazer as complexas necessidades de saúde da população idosa. Para oferecer uma assistência efetiva, com uma adequada coordenação entre os níveis de atenção à saúde, o modelo de atenção aos idosos deve estruturar-se em abordagens que encontrem respaldo no conhecimento científico e que sejam ajustadas aos diversos ambientes de atuação dos profissionais da saúde.

1.3.3.2 Avaliação multidimensional do idoso em APS

Atualmente, aceita-se que uma proporção significativa de pessoas idosas com problemas e necessidades não conhecidas poderia beneficiar-se com uma identificação e manejo adequados. Entretanto, não está claro qual seria a forma mais adequada de proceder à avaliação e ao seguimento de pacientes idosos no ambiente da APS.

Na análise da literatura, encontram-se várias estratégias de aplicação de avaliação multidimensional em APS, as quais podem diferenciar-se em termos de metodologia e efetividade. A tendência atual centra-se na busca de métodos mais eficientes para detectar

aqueles indivíduos com maior probabilidade de experimentar necessidades não conhecidas e suscetíveis à intervenção.(14) Com esta finalidade, é proposto um processo de duas fases: uma fase de rastreamento utilizando instrumento apropriado para consulta médica, seguida por uma avaliação mais detalhada dos indivíduos sob risco (14).

Diversos autores têm analisado instrumentos breves de avaliação inicial de pacientes idosos com risco (28), mas são poucos os ensaios clínicos randomizados que estudam programas de avaliação aplicando esse método. Também são poucos os estudos de validação de questionários simplificados para utilização na consulta em APS de forma oportunística. Um estudo desenvolvido na Inglaterra, desenhado com este objetivo (29), que considerou a alta taxa de contatos entre os médicos de família e os idosos naquele país (90% dos pacientes com mais de 75 anos têm pelo menos um contato por ano, média de seis contatos, metade deles no domicílio), revelou aspectos favoráveis em relação à compatibilidade com a carga de trabalho e diminuição do número de falsos positivos: menos de 30% dos pacientes necessitaram de uma reavaliação posterior (atribuído a um maior grau de conhecimento da população por parte da equipe de saúde). Quanto ao conteúdo dos instrumentos de avaliação, existe um amplo consenso de que ele deve orientar-se ao aspecto funcional mais do que aos sintomas e sinais (muitos dos quais são conhecidos ou irrelevantes para a avaliação da independência funcional) (30). Os autores do estudo sugerem que, à luz dos resultados obtidos entre os idosos “mais jovens”, não se justifica a exclusão desse grupo formado pelos de 65 e 75 anos.

Em 1990, Lachs *et al.* (28) propuseram um instrumento para ser utilizado em consulta como rastreamento para detecção de incapacidades funcionais. Os autores selecionaram nove áreas específicas, freqüentemente disfuncionais e que podem passar despercebidas na história clínica e exame físico convencionais: acuidade visual e auditiva, função dos membros superiores e inferiores, estado mental, atividades de vida diária, incontinência urinária, risco ambiental, estado nutricional e suporte social. Sua detecção é feita através de perguntas breves e observação de tarefas simples que, em caso de alteração, requeiram uma avaliação mais exaustiva da área afetada. Entretanto, não é feita referência à validade de muitas das medidas propostas nem à sua efetividade em ensaios controlados. Não se trata de um instrumento para detectar indivíduos globalmente em risco, mas sim de um rastreamento de condições específicas.

Em comunidades que possuem altas taxas de consultas por parte dos idosos, o uso de instrumentos de rastreamento somente se justifica se puderem demonstrar que revelam uma proporção substancial de pacientes com problemas desconhecidos. Alguns autores (29) consideram que existe bastante evidência indireta da existência de grupos de alto risco para futuros problemas de saúde nos idosos que vivem na comunidade para justificar pesquisas futuras sobre o uso de instrumentos de avaliação de riscos.

Alguns fatores facilitariam a implantação de uma ação organizada para o cuidado dos idosos em APS. Primeiramente, métodos que sejam aceitos por todos os profissionais e não somente por aqueles com especial interesse no tema, sem desvalorizar o elemento antecipatório que existe na atenção rotineira que provê o médico de APS. Outro aspecto seria o registro claro do estado funcional do paciente, com a finalidade de contar com sumarizações úteis que permitam documentar as mudanças ao longo do tempo e predizer quando é conveniente e aconselhável uma determinada intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

As diversas definições de senescência compartilham do princípio de que a mortalidade é um dos desfechos do processo. Reside principalmente neste fato a dificuldade em distinguir as doenças relacionadas com a idade do processo fisiológico do envelhecimento.

Parte-se da premissa de que o envelhecimento é uma etapa evolutiva da vida e não um processo patológico. Predominantemente, os idosos encontram-se em boas condições de saúde, entretanto, com o envelhecimento perdem, a capacidade de recuperar-se das doenças de forma rápida e completa, tornando-se suscetíveis às incapacidades e à perda de autonomia.

De um lado, a intensidade com que as doenças e o envelhecimento afetam as funções varia substancialmente entre os idosos, o que determina que as avaliações devam ser individualizadas em uma boa medida.(31)

Por outro lado, a variabilidade entre os indivíduos aumenta com a idade e o ritmo do declínio funcional é diferente de uns para outros. Em decorrência desta heterogeneidade fisiológica e funcional, qualquer intervenção no paciente idoso requer uma avaliação individualizada e dirigida.

Os resultados de múltiplos estudos observacionais longitudinais e transversais mostram de forma clara que é possível adiar o surgimento de doenças ou minimizar suas conseqüências, reduzindo o intervalo de tempo entre o início das doenças ou incapacidades e a morte. Assim, a perspectiva de compressão da morbidade aponta para um novo e promissor paradigma: o envelhecimento bem-sucedido.

Na forma tradicional de abordagem, o médico freqüentemente não identifica deficiências funcionais importantes e freqüentes. A avaliação formal, multidimensional e sistematizada do idoso comprovadamente aumenta a sobrevida, diminui hospitalizações e custos e melhora o estado funcional (32 e 33).

O aumento progressivo da idade dos pacientes em APS e a especificidade dos problemas de saúde dos idosos estabelecem a necessidade de incorporar técnicas próprias da geriatria à prática clínica dos profissionais de atenção básica. A avaliação geriátrica multidimensional tem em sua concepção várias identidades com a filosofia dos cuidados primários em saúde. Ambas enfatizam as diferenças entre curar e cuidar, entre a doença (*disease*) e o adoecer (*illness*), entre fisiopatologia e estado funcional, entre a visão de diagnóstico-tratamento e o manejo simultâneo de vários problemas de saúde e entre a medicina como prática isolada e a medicina como parte do trabalho interdisciplinar.

Entretanto, a extensão e a complexidade de muitas das avaliações multidimensionais usadas na prática da geriatria são impraticáveis para o uso dos profissionais que trabalham em APS. Certas versões, simplificadas ou condensadas, seriam alternativas eficientes.(31)

O instrumento proposto para este estudo é composto de grupos de questões com as propriedades desejadas. Algumas com alta sensibilidade (habilidade para detectar um problema quando presente) e outras com alta especificidade (habilidade para identificar corretamente a ausência de um problema) (34). Acredita-se que o instrumento possa integrar a consulta médica de forma complementar, sem a necessidade de um consulta adicional. Seu uso poderia ser feito durante as consultas ambulatoriais de forma oportunística e sistemática, aumentando, assim, a sensibilidade e a especificidade para a detecção dos problemas de saúde que, de outra forma, ficariam ocultos, não fosse sua busca ativa.

É com a finalidade de avaliar a eficácia e eficiência de uma abordagem diagnóstica voltada para o cuidado dos pacientes em APS, que se propõe a utilização de uma avaliação multidimensional do idoso (AMI) como uma nova tecnologia de rastreamento e diagnóstico dos problemas que mais freqüentemente afetam a qualidade de vida dos indivíduos com 60 anos ou mais.

3 MARCO TEÓRICO

Os serviços públicos responsáveis pela formulação, implementação e avaliação de políticas públicas de Seguridade Social, Saúde e Serviços Sociais têm suas demandas aumentadas de forma acelerada em consequência do crescimento da população idosa. Estas tendências e seus efeitos têm um impacto institucional diferenciado, proporcional ao nível de desenvolvimento do país. Ver modelo explicativo na figura 2.

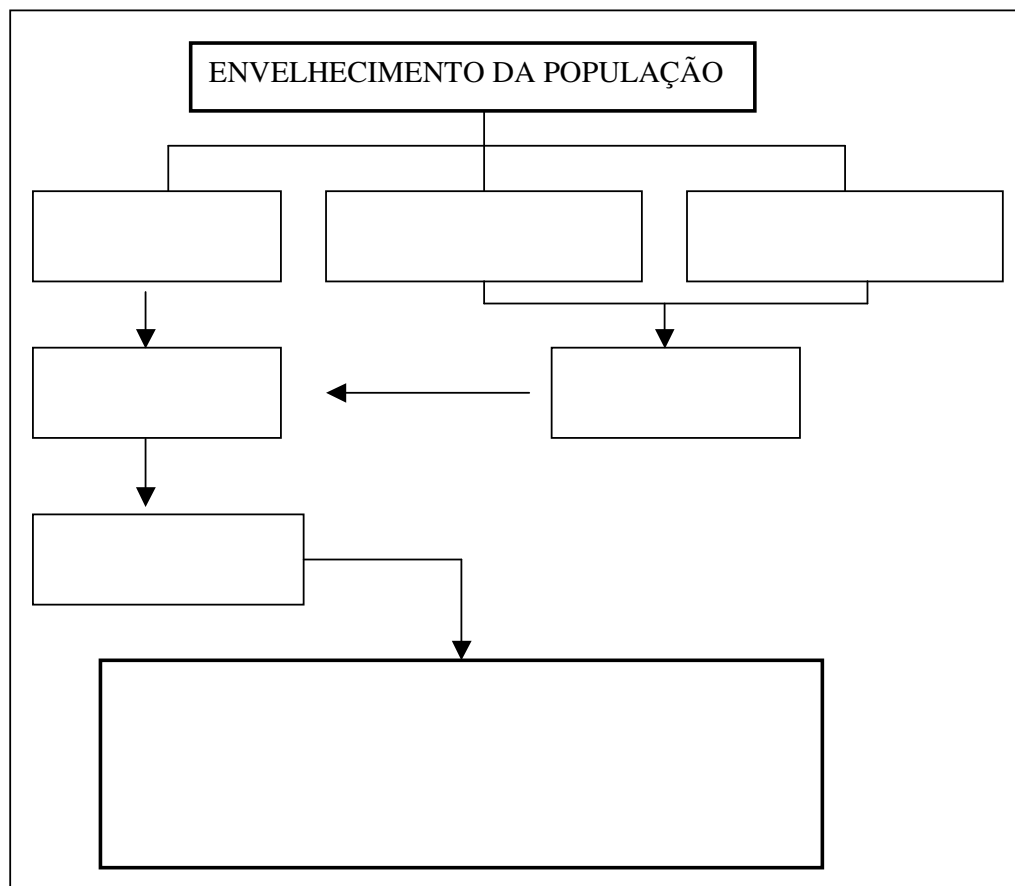


Figura 2 - Envelhecimento populacional e seu impacto nos sistemas de serviços

Pode-se desenhar uma lógica própria de estruturação dos sistemas integrados de saúde que, primeiramente, com atividades de promoção da saúde, aumente o gradiente de saúde das pessoas, postergando seu adoecimento, e que, conseqüentemente, busque uma ação orgânica de prevenção, cura e cuidado das doenças e reabilitação de seqüelas, por meio de um contínuo de atenção.

Contudo, a promoção da saúde, especialmente a partir da Carta de Ottawa (1986), passou a ser considerada nas políticas de saúde de um número crescente de países, inclusive na América Latina, onde a Organização Pan-Americana da Saúde, colocando-a como prioridade programática, definiu-a como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva (*Organización Panamericana de la Salud*, 1993b).

Nas últimas décadas, parece ter se criado consenso em nível político-administrativo e de opinião pública a respeito da necessidade de atender os problemas da população idosa com um sentido de urgência e prioridade. Existe uma variedade de estratégias e iniciativas orientadas para fundamentar uma política de saúde para os idosos que compatibiliza exigências de justiça e equidade social com as necessidades impostas pela racionalidade econômico-administrativa.

Na prática, dentre as diversas formas de operar estratégias de promoção da saúde, destacam-se a proposta Cidade Saudável (Hancock; Duhl, 1986) e a estratégia da APS.

O princípio que norteia a rede de cidades saudáveis é aquele em que a saúde pode ser melhorada pela modificação das condições de vida, do ambiente físico e social e dos fatores econômicos que afetam ou determinam a situação de saúde da população. A concepção de cidade saudável enseja a colaboração intersetorial e o envolvimento comunitário.

Na lógica dos sistemas integrados de serviços de saúde, a APS se destaca como uma estratégia identificada pelos seguintes atributos: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação da atenção, a focalização na família e a orientação comunitária. Segundo Eugênio Vilaça Mendes (35), há vários pontos de atenção à saúde em que a prevenção de doenças deve incidir, mas há um espaço privilegiado, que é a atenção primária à

saúde. Dentre seus instrumentos, destacam-se os processos de informação, educação e comunicação social. Isto não significa a negação da importância dos serviços de saúde, ao contrário, quer-se reconhecer a significação dos mesmos para o atendimento às necessidades de seus demandantes, como fator de estabilidade psicossocial da população e como parte essencial dos direitos de cidadania.

Dentro de um sistema integrado de serviços de saúde, as práticas sanitárias de vigilância à saúde ou da promoção da saúde buscam melhorar os índices de saúde e a qualidade de vida das populações. (Figura 3)

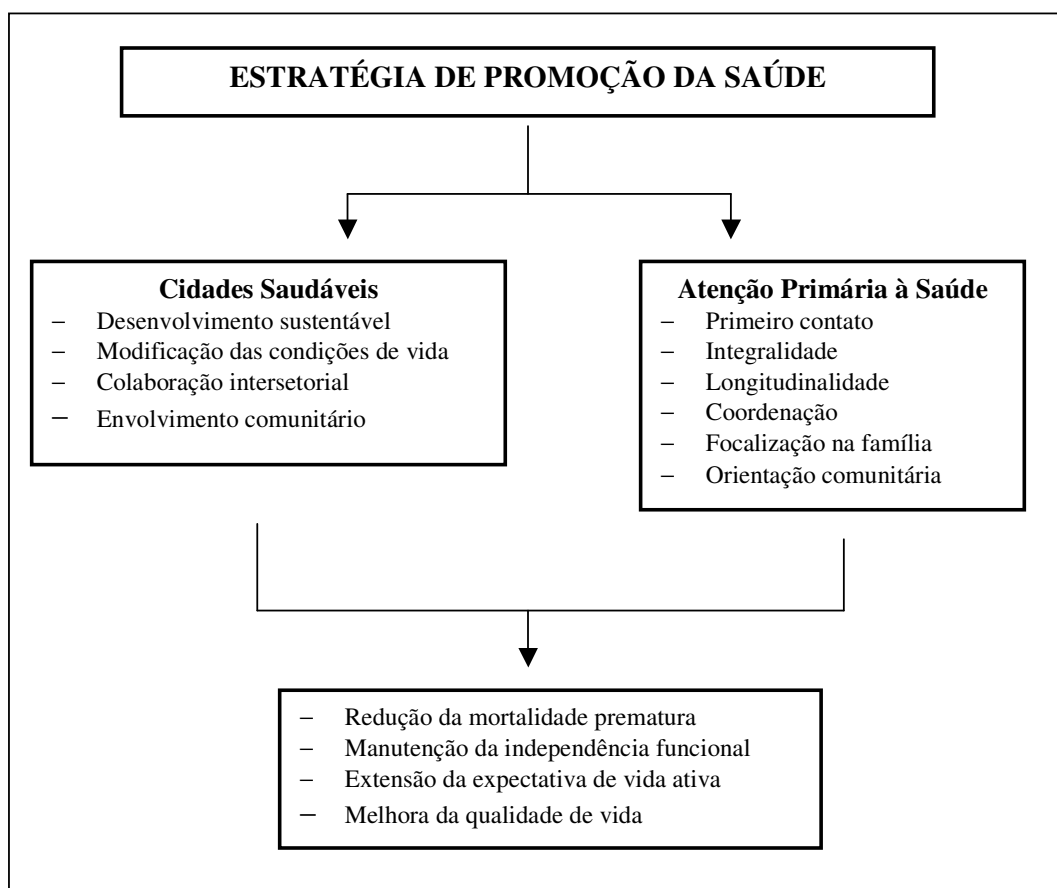


Figura 3 - Modelo de estratégias de promoção da saúde

Por fim, a vigilância à saúde ou a promoção da saúde do idoso deve contemplar a preservação da saúde física e mental, amparo social e, na mesma medida, prevenção de doenças e incapacidades. Sabe-se que o estado geral de saúde e a capacidade funcional são componentes conceituais estreitamente relacionados com qualidade de vida.

4 HIPÓTESES EM ESTUDO

- Uma avaliação geriátrica multidimensional adaptada para a atenção primária à saúde é eficaz na detecção dos problemas de saúde que mais frequentemente afetam a qualidade de vida dos idosos.
- Uma avaliação geriátrica multidimensional adaptada para a atenção primária à saúde é efetiva.
- Hipótese nula: Uma avaliação geriátrica multidimensional adaptada para a atenção primária à saúde não tem eficácia na identificação de problemas de saúde e não é efetiva no contexto dos profissionais que atuam em unidades básicas de saúde.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Avaliar a eficácia e a efetividade de uma abordagem multidimensional em atenção primária à saúde direcionada para a detecção dos problemas de saúde que mais frequentemente afetam a qualidade de vida do idoso.

5.2 Objetivos específicos

- Determinar a prevalência dos problemas de saúde incluídos na avaliação multidimensional proposta nos pacientes com mais de 60 anos no ambiente da atenção primária à saúde.
- Determinar a eficácia do instrumento de avaliação multidimensional do idoso na identificação de problemas de saúde através da sua comparação com a prática do atendimento clínico dispensado aos idosos em ambulatórios de atenção primária.
- Verificar a efetividade do instrumento de avaliação multidimensional do idoso para uso sistemático em atenção primária à saúde.
- Subsidiar o planejamento e a organização de serviços de atenção primária à saúde de forma a desenvolver ações específicas na modificação de situações de risco e na resolutividade de problemas.

6 DESCRIÇÃO DO MÉTODO

6.1 *Local do estudo*

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), integrante do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no período de maio a setembro de 2002.

O SSC é um serviço de atenção primária à saúde localizado na zona norte da cidade de Porto Alegre (RS). É constituído de 12 unidades de saúde, uma área de internação hospitalar com 30 leitos, programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, estrutura de estágios, atividades de capacitação profissional, estudos epidemiológicos e desenvolvimento de pesquisa.

As unidades de saúde atendem a uma população geograficamente delimitada (adscrita) localizada na zona norte de Porto Alegre. Todos os médicos de SSC têm formação especializada em Medicina de Família e são os profissionais de frente no atendimento da população. O SSC concentra um grupo de profissionais qualificados em diversas áreas da saúde, possuindo atualmente 20 mestres ou doutores em epidemiologia, planejamento, educação em saúde, antropologia, clínica médica, gerontologia e geriatria, saúde mental e saúde coletiva.

Todos atuam prestando assistência à população e, concomitantemente, na formação de recursos humanos, na geração de conhecimento, desenvolvendo assim a prática da atenção primária à saúde. O SSC abriga o mais importante programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade do Brasil. Atualmente conta com 54 residentes de primeiro e segundo ano e, para o ano de 2003, oferecerá 58 novas vagas de residência.

Todos os atendimentos são registrados em prontuário individualizado e agrupados em prontuários de família. As equipes de saúde desenvolvem ações de promoção de saúde e ações programáticas dirigidas às populações de maior risco.

Quanto ao impacto da atenção prestada a 100 mil pessoas (aproximadamente 8% da população de Porto Alegre), as avaliações demonstram que os indicadores de saúde referentes aos territórios sob responsabilidade do SSC são melhores do que os encontrados nos demais territórios do município. De todos os pacientes atendidos, 91% dos casos são resolvidos nas próprias unidades do SSC, sendo que, dos 9% referidos, 6,6% são encaminhados aos hospitais do GHC. (36)

A população de usuários do SSC é de 108.565, dos quais 12.364 (11,38%) são idosos (60 anos ou mais). As unidades de saúde selecionadas foram a Unidade Conceição, com 21.346 usuários (13,91% de idosos); a Unidade SESC, com 5.562 usuários (10,44% de idosos); a Unidade Barão de Bagé, com 4.973 usuários (10,38% de idosos), e a Unidade Coinma, com 6.480 usuários (13,39% de idosos). O critério de seleção baseou-se na escolha das comunidades com perfil de saúde mais semelhante, perfil socioeconômico, composição por faixa etária e acesso ao serviço de saúde. Os profissionais que fizeram parte do estudo, um total de 10 médicos de família contratados do SSC, foram escolhidos mediante sorteio.

O SSC foi escolhido como local para o desenvolvimento deste estudo por ser um serviço de excelência no atendimento em APS (resolutividade de 91%), por possuir um registro de atendimento organizado e de qualidade que permite avaliar a continuidade do atendimento além e por ter um cadastro informatizado de todos os usuários. Estas características permitiram uma análise qualificada de todas as variáveis propostas pelo estudo, propiciando um ambiente ideal para a testagem das hipóteses.

6.2 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal, constituído de duas fases, desenvolvido junto à população de periferia urbana de Porto Alegre.

A primeira fase analisa a eficácia do instrumento. Esta análise compõe-se de duas etapas: uma prospectiva, que descreve as prevalências de problemas de saúde obtidas através da aplicação de um instrumento (AMI) à população usuária do SSC, e uma retrospectiva, que consiste na comparação das informações obtidas na primeira etapa com aquelas encontradas nos registros de prontuário.

A segunda fase consiste na determinação de medidas de efetividade. Foram analisados o tempo despendido na avaliação, a opinião dos médicos de família quanto à adequação dos domínios investigados, a relevância do instrumento à sua prática, sua opinião sobre a utilidade do método e o seu interesse na atenção ao idoso.

6.3 *Tamanho da amostra*

Foram investigadas 189 pessoas, de forma prospectiva, através de um instrumento de avaliação dos problemas de saúde, e 143, de forma retrospectiva, através da análise de prontuários. Com estes tamanhos de amostra, é possível detectar frequências a partir de 10% para um erro estimado em 3% e um intervalo de confiança de 95%.

A definição do tamanho da amostra foi determinada com base na prevalência das disfunções encontrada em nosso meio (37).

Os 10 médicos que participaram do estudo responderam a um questionário específico de avaliação.

6.4 *Sistema de amostragem e coleta de dados*

6.4.1 *Indivíduos submetidos ao instrumento de avaliação: avaliação prospectiva*

Para a formação da amostra, foram selecionados os pacientes com 60 anos ou mais que buscaram atendimento médico nas unidades de saúde selecionadas.

Participaram da coleta de dados os médicos de família que trabalhavam nas unidades de saúde responsáveis pelas populações selecionadas. Concordaram em participar do estudo dois terços dos médicos. Todos foram submetidos a um breve treinamento de sensibilização e preparação para a aplicação do instrumento utilizado na avaliação multidimensional do idoso (AMI).

As pessoas submetidas à AMI (Anexo B) foram selecionadas sistematicamente a partir da demanda espontânea ao serviço de saúde até que cada profissional completasse o número de 25 indivíduos com 60 anos ou mais que vieram à consulta médica na unidade de saúde por qualquer motivo.

Subseqüentemente ao consentimento pré-informado (Anexo C), procedia-se à avaliação multidimensional, sempre de forma complementar à consulta médica. Foram também pesquisadas as características gerais dos indivíduos, a duração do tempo de aplicação e se havia ocorrido hospitalização nos últimos 6 meses.

Foram excluídos todos aqueles que, em razão da gravidade da doença apresentada, não puderam ser submetidos à avaliação.

6.4.2 Coleta dos dados de prontuário: análise retrospectiva

Para a coleta de dados de prontuário, foram listados todos os pacientes com mais de 60 anos usuários da unidade de saúde. Destes, foi sorteado um a cada seis pacientes. Somente foram incluídos no estudo os indivíduos que tivessem um número mínimo de três consultas médicas registradas no prontuário nos últimos 24 meses.

As informações foram coletadas mediante análise dos prontuários de família, feita pelo pesquisador em todos os casos. Utilizou-se um questionário estruturado desenvolvido para esta finalidade (Anexo A). Procedeu-se à coleta dos dados contidos nos prontuários, registrando-se problemas ou diagnósticos relacionados com as dimensões propostas para o estudo: visão, audição, função dos membros superiores, função dos membros inferiores, distúrbios cognitivos, demência, depressão, registro de queda, dificuldades nas atividades de vida diária, incontinência urinária, perda de peso quantificada e situação social.

Foi considerado problema de saúde todo o diagnóstico ou disfunção que estivesse presente na lista de problemas e que constasse do plano terapêutico do paciente.

6.4.3 Questionário aplicado aos médicos de família que participaram do estudo

Para a avaliação da abordagem, todos os médicos participantes do estudo responderam a um questionário específico (Anexo D), em que a identificação foi facultada. Foram avaliados a carga de trabalho diária, o tempo médio de consulta, o nível de treinamento prévio do médico e sua motivação no atendimento ao paciente idoso. Foi-lhes também solicitada sua opinião em relação à utilidade do instrumento, em conjunto e individualmente para cada item, bem como sugestões sobre outras funções que consideravam dever ser incluídas na avaliação.

6.5 Variáveis estudadas

As variáveis estudadas dizem respeito aos domínios pesquisados na avaliação multidimensional do idoso (AMI) e àquelas referentes ao questionário aplicado aos médicos de família. Em conjunto, elas buscam avaliar a eficácia e efetividade da metodologia proposta.

Segundo Rubio Cebrian, (38), a eficácia refere-se ao impacto ou efeito de uma ação levada a cabo em condições ótimas ou experimentais. É o grau em que uma determinada intervenção pode gerar um resultado desejável em condições ideais. Relaciona-se com a probabilidade de um indivíduo ou um conjunto de pessoas se beneficiar da aplicação de um procedimento ou técnica, em condições ideais de atenção. A efetividade, por sua vez, é o grau em que se alcança um determinado impacto, resultado, benefício ou efeito pela aplicação prática de uma ação sob condições habituais. Refere-se à probabilidade de um indivíduo ou um conjunto deles se beneficiar da aplicação de uma atenção ou técnica sanitária em circunstâncias reais ou habituais da prática médica.

Com este sentido, selecionaram-se variáveis relacionadas às características próprias do instrumento em termos de sua capacidade de detectar mais problemas que o habitualmente se detecta na prática médica ordinária. Além disso, um outro conjunto de variáveis foi definido para avaliar a aplicação do instrumento no dia-a-dia da atenção primária à saúde. Assim, a eficácia é medida através da aferição da capacidade de diagnosticar problemas de saúde que passariam despercebidos na consulta médica tradicional, enquanto a efetividade é avaliada quanto à possibilidade de o referido instrumento ser incorporado à consulta médica de forma complementar, sem interferir de forma substancial no tempo de consulta, nem gerar uma nova consulta somente para este fim.

A eficácia e a efetividade do método AMI baseia-se na estratégia de prover ações de prevenção factíveis para todos os pacientes, mesmo para aqueles em consulta por doenças agudas.

A avaliação oportunista integrada à prática habitual é uma forma de racionalizar custos.

6.5.1 Variáveis relacionadas ao instrumento de avaliação

- Tempo despendido na aplicação do instrumento de avaliação
- Gênero e idade dos indivíduos pesquisados
- História prévia de internação hospitalar nos últimos seis meses
- Funções pesquisadas:
 - visão
 - audição
 - função de membros superiores
 - função de membros inferiores
 - estado mental
 - risco de queda domiciliar
 - atividades de vida diária
 - continência urinária

- estado nutricional
- suporte social

6.5.2 Variáveis relacionadas aos médicos que aplicaram o instrumento

- Idade e gênero
- Tempo de profissão
- Especializações
- Número de horas de formação ou treinamento em geriatria
- Carga de trabalho diária
- Duração média do tempo de consulta
- Interesse por pacientes idosos
- Otimismo em relação à atenção aos idosos em APS
- Opinião sobre a importância da avaliação de disfunções,
- Percepção sobre sua capacidade de atender pacientes idosos
- Interesse na abordagem
- Importância da abordagem
- Sugestões

6.6 Avaliação multidimensional do idoso: o instrumento

O instrumento de avaliação multidimensional do idoso (AMI) proposto para este estudo foi desenvolvido para ser usado em ambulatório de APS, de forma complementar à consulta

médica e de maneira oportunística. Foram feitas adaptações para que seu uso fosse compatível com nosso meio e adequado ao nível sociocultural de uma população de periferia urbana. A abordagem proposta resume-se à checagem de um limitado número de funções-chave que podem estar alteradas, mas que freqüentemente não são pesquisadas quando uma história e um exame físico convencionais são utilizados na avaliação de pacientes idosos. São testes cuidadosamente selecionados destinados à avaliação da visão, audição, função dos membros superiores e inferiores, função cognitiva, depressão, risco domiciliar para quedas, atividades diárias básicas e instrumentadas, incontinência urinária, perda de peso e suporte social. São usadas questões breves e tarefas simples de fácil observação, com a finalidade de obter a informação necessária para um apropriado rastreamento, minimizando o tempo gasto na sua aplicação. A abordagem poderá ser incorporada à rotina do atendimento ambulatorial se certos procedimentos, relativamente improdutivos, forem eliminados do exame clínico de rotina. (28) O instrumento é relativamente barato, breve e fácil para uso em ambulatório. Mostrou-se válido e de confiança quando comparado com avaliações geriátricas. (39)

6.6.1 Critérios para a escolha das dimensões da avaliação

Os itens a serem avaliados levam em consideração a prevalência das disfunções, sua vulnerabilidade à intervenção, a relação com aspectos de prevenção dos agravos mais freqüentes e a capacidade de identificação de alguns problemas de grande repercussão funcional, geralmente assintomáticos ou não registrados de maneira sistemática, que repercutem na qualidade de vida do idoso.

Visão

O processo normal de envelhecimento está associado a uma diminuição da acuidade visual devido a alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina. Mais de 90% dos idosos necessitam de óculos. Dados da literatura apontam que, nos Estados Unidos, 16% da população entre 75 e 84 anos, e 27% da com mais de 85 anos estão cegas ou incapazes de ler jornal mesmo com lentes corretivas. (40 e 41) Há evidência para

incluir o teste de acuidade visual no exame do paciente idoso; recomendação B. (42) No Rio Grande do Sul, dados do Relatório Preliminar da Pesquisa “O Idoso do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida” (37) revelam que 24,02% da população avalia sua própria visão como péssima ou ruim.

Para a avaliação desta função, os pacientes devem ser inquiridos sobre a existência de dificuldade para ler, ver TV, dirigir ou desenvolver suas atividades comuns da vida diária decorrentes da falta de visão. Aqueles que responderem afirmativamente terão sua acuidade visual examinada através do uso do cartão de Jaeger.(43) Este cartão é colocado a uma distância de 35 cm do paciente, que deve usar lentes corretivas se for de seu uso habitual. A visão deve ser testada em cada olho em separado e depois em conjunto. Os pacientes que lerem até o nível 20/40 serão considerados sem disfunção.

A pergunta inicial é derivada de um dos mais confiáveis itens da Escala de Atividades de Visão de Boston; o teste-reteste de confiabilidade é de 0,8, sendo o cartão de Snellen o padrão-ouro.(44)

Audição

Um terço dos idosos relata graus variáveis de deficiência auditiva. (37) Presbiacusia, perda progressiva da audição de alta frequência, é a causa mais comum de deficiência auditiva. Entretanto, o déficit auditivo muitas vezes não é reconhecido pelo paciente e pode não ser motivo de queixa.

Esta função pode ser testada através do teste *Whisper*, já validado em relação à audiometria.(45) Neste teste, o examinador, fora do campo visual do paciente, a uma distância de aproximadamente 33 cm, sussurra uma questão breve e simples, p. ex. “Qual é o seu nome?”, em cada ouvido. Se o paciente não responder, deve ser examinado o conduto auditivo para afastar a possibilidade de cerúmen. Não se identificando obstáculos nos condutos auditivos externos, deve-se proceder a audiometria em ambulatório especializado.

Função dos membros superiores

A limitação na movimentação dos ombros pode aparecer de forma insidiosa e, por vezes, sem dor. Esta disfunção pode levar a dificuldades na execução de tarefas como dirigir e vestir. Casos de longa evolução podem determinar fraqueza muscular, diminuição da resistência, dor crônica, distúrbios do sono e severas limitações nas atividades de vida diária nos casos mais graves. Para o teste da função proximal dos membros superiores, solicita-se ao paciente para posicionar ambas as mãos na parte posterior do pescoço, observando a presença de dor e limitação durante a execução do teste. Se o paciente é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos, provavelmente ele tem uma adequada função proximal dos membros superiores.

A capacidade de empunhar e exercer a função da pinça digital é essencial na manutenção da capacidade de vestir, banhar e comer. A habilidade de pegar e recolocar objetos leves, tais como colher, moeda, lápis, etc., sugere que o paciente tenha a capacidade de escrever e manipular utensílios, estando livre de disfunção distal dos membros superiores.

Função dos membros inferiores

Problemas de mobilidade e quedas são muito frequentes em idosos. Geralmente resultam de uma associação de disfunções, que podem incluir desde problemas de sensopercepção e déficit cognitivo até problemas próprios dos membros inferiores. Quando o paciente tem história de queda, ele deve ser questionado sobre a frequência, circunstâncias e particularidades da queda, com o objetivo de esclarecer aspectos relacionados tanto ao meio quanto às disfunções específicas.

Esta função pode ser testada através do teste *get up and go*.⁽⁴⁶⁾ O paciente é convidado a levantar-se da cadeira, andar aproximadamente 3 metros, girar e retornar à sua cadeira e sentar-se novamente. Lentidão excessiva, hesitação, excessiva oscilação do tronco, necessidade de apoio ou tropeço indicam disfunção de marcha e/ou equilíbrio. Esta manobra tem confiabilidade em teste-reteste igual a 0,99.⁽⁴⁶⁾

Nestes casos, é indicada avaliação neurológica completa e atenção para a amplitude e presença de dor aos movimentos. Deve-se considerar a possibilidade de fisioterapia.

Estado mental

Um indicador sensível de diminuição das funções cognitivas é a perda de memória recente e de habilidade de cálculo.(47) A avaliação da memória recente é provavelmente o melhor teste, tendo em vista que a habilidade de cálculo pode ser prejudicada pelo nível cultural e de educação formal dos pacientes. O teste de memória recente tem origem em um dos itens do teste *Folstein mini-mental*. (48) Consiste em solicitar ao paciente que relembre o nome de três objetos imediatamente e 3 minutos após serem citados.(49) A incapacidade de lembrar os três nomes deve levar à aplicação completa de teste para avaliação da função cognitiva (razão de probabilidade: lembrar os três nomes = 0,06; lembrar dois nomes = 0,5; lembrar menos de dois = 3,1). (49)

As perdas funcionais e psicossociais que acompanham o envelhecimento podem frequentemente resultar em depressão. A prevalência de depressão maior varia entre 5% e 9% entre os adultos, e até 50% dos pacientes deprimidos não são diagnosticados.(50 e 51). Embora não se conheça a incidência precisa, depressão é um dos transtornos mentais mais comuns no idoso. (52)

A formulação da pergunta: “Você – freqüentemente – se sente triste ou desanimado?”, enfatizando a palavra “freqüentemente”, serve como introdução para uma investigação mais detalhada (sensibilidade =0,78; especificidade=0,87).(53) Este teste breve de rastreamento parece ser capaz de detectar a maioria dos pacientes deprimidos e, em alguns casos, tem uma performance melhor do que o instrumento original do qual foi derivado. (54) Pacientes que respondem afirmativamente serão testados com a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (55). Um escore de cinco ou mais pontos sugere depressão de significância clínica. Para os pacientes com suspeita de depressão, será necessária a investigação do uso de álcool e medicações e diagnóstico diferencial para problemas de tireóide e causas orgânicas para distúrbio do humor.

Risco de queda domiciliar

As condições do ambiente residencial podem aumentar o risco de quedas. Alguns ensaios clínicos que incluíram idosos não institucionalizados e sem problemas de cognição mostraram uma redução de quedas e traumatismos quando riscos específicos foram alvo de intervenção. (56) (57) Escadas são particularmente perigosas; diferenciação inadequada das bordas dos degraus, iluminação fraca e diminuição da acuidade visual das pessoas idosas, todas contribuem para impor dificuldades para o uso das mesmas. Tapetes soltos, fios elétricos e cacos de ladrilhos no chão podem também aumentar o risco de quedas.(58) Para identificar riscos potenciais, deve-se perguntar ao paciente sobre dificuldade com escadas, presença de tapetes soltos e adequação da luminosidade interna e externa da casa. É também importante inquirir sobre a presença de equipamento de segurança, tal como corrimão no banheiro. Se qualquer uma destas áreas tiver problemas, deveria ser feito um inventário completo sobre a segurança do domicílio.

Atividades de vida diária

Incapacidade no desempenho das atividades de vida diária (AVDs) tem sido identificada como fator de risco para quedas (59) e institucionalização. O termo atividades diárias refere-se às habilidades necessárias para a manutenção independente das funções básicas de banho, alimentação, vestir-se, ir ao banheiro, locomover-se e caminhar. O questionamento sobre a habilidade funcional deve ser posto em relação às atividades recentes (por exemplo: "Você vestiu-se sozinho esta manhã?"). Nos casos em que o paciente apresenta déficit cognitivo, as respostas devem ser confirmadas com o acompanhante ou cuidador. Informação adicional pode ser obtida no momento da consulta, simplesmente por observação do paciente. Esta observação direta da performance física do paciente proporciona uma estimativa acurada da capacidade funcional. Quando deficiências no desempenho das atividades diárias são identificadas, o motivo e o tempo de aparecimento podem ajudar na determinação da causa da disfunção e sua potencial reversibilidade. Déficits agudos ou subagudos freqüentemente são sintomas de doença (60) e seu tratamento ajudaria no restabelecimento da função. A avaliação destas atividades tem por objetivo identificar pessoas em risco para quedas ou com necessidade de apoio ou suporte social. Identificando os

indivíduos com dificuldades de autocuidado (com atenção tanto aos aspectos de motivação quanto às limitações físicas), deve-se promover intervenções apropriadas no âmbito de atendimento médico, no ambiente doméstico e no convívio social.

Incontinência urinária

Embora até 30% dos idosos não institucionalizados apresentem incontinência urinária, freqüentemente este problema não é identificado. Geralmente, os pacientes não relatam incontinência, a menos que sejam perguntados. O questionamento deve ser realizado de uma maneira direta e neutra através de uma simples questão: “Você já perdeu urina ou sentiu-se molhado?” (83% de concordância entre a resposta do paciente e uma avaliação urológica).(61) A freqüência e a importância do evento deverão ser relacionadas à repercussão emocional e social. Causas comuns reversíveis devem ser investigadas, tais como delírio, restrição da mobilidade e retenção urinária, infecção e efeitos de medicação.

Estado nutricional

A manutenção de uma adequada nutrição é essencial na prevenção de doenças e declínio funcional. Desnutrição está claramente relacionada ao aumento de morbidade, incluindo permanência hospitalar prolongada, readmissão mais freqüente, susceptibilidade a úlceras de pressão e aumento da mortalidade.(62) Quase todas as doenças sistêmicas ou procedimentos cirúrgicos recentes podem provocar uma diminuição da ingestão, e conseqüente perda de peso. Entretanto, uma série de causas pode estar envolvida. Estima-se que metade da população idosa institucionalizada é afetada por disfagia secundária a AVC, doença de Parkinson, efeitos colaterais de medicação, xerostomia ou demência.(63) Peso corporal é um sinal vital em geriatria. Emagrecimento sugere que o paciente idoso não está bem, por problemas médicos, sociais ou emocionais. O indicador do estado nutricional mais útil em idosos é a variação de peso em relação ao basal ou a presença de anorexia. Uma perda de peso de mais de 5% (+/- 2,3 Kg) em 1 mês ou mais de 10% (+/- 4,5 Kg) em 6 meses é significativa. (63) A aferição de peso deve ser feita regularmente a cada consulta ou no máximo a cada 12 meses, já que muitas vezes o relato de peso feito pelo paciente pode não ser acurado.

Suporte social

A identificação de cuidadores ativos ou em potencial revela a rede social de que o paciente pode dispor em caso de incapacidades temporárias ou internações hospitalares, bem como perda ou incapacidade de familiares próximos. Outra medida preventiva é a identificação com nome, endereço e telefone da pessoa que poderia tomar decisões sobre a saúde do paciente em caso de sua impossibilidade diante de uma doença ou emergência incapacitante.

6.7 Aspectos éticos

A aplicação do instrumento de avaliação somente foi realizada mediante a concordância do paciente após leitura do consentimento pré-informado. Após o término da pesquisa, os resultados da avaliação serão inseridos nos prontuários dos pacientes para fazerem parte do seu inventário pessoal de informações de saúde.

A pesquisa bem como o termo de consentimento pós-informado, no aspecto ético e metodológico, são compatíveis com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96) de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP-GHC).

6.8 Processamento e análise dos dados

Os dados dos questionários foram digitados no programa Epi-Info Versão 6.02, em estrutura preparada durante o trabalho de campo, imediatamente após sua codificação, feita pelo próprio pesquisador. Todos os questionários foram revisados com crítica automática de dados. Os dados foram digitados novamente em uma segunda etapa, após as devidas correções.

Para preparar o arquivo, foram verificadas a amplitude e consistência dos dados, bem como foi feito o cruzamento das variáveis, visando à limpeza dos bancos de dados.

Para obter as frequências, foram listadas e verificadas as distribuições das variáveis, bem como aferidas suas medidas de tendência central e desvios.

Para as proporções, foi utilizado o intervalo de confiança (IC95%); para a comparação entre duas proporções, foi o qui-quadrado de Mantel-Haenszel. Quando um dos valores foi menor que 5, utilizou-se o qui-quadrado de Yates.

Para avaliação da magnitude das associações utilizou-se a razão de prevalência (RP) e seu intervalo de confiança (IC95%).

7 RESULTADOS

7.1 Aspectos gerais

A avaliação multidimensional do idoso (AMI) foi aplicada a 189 indivíduos no período de maio a setembro de 2002. O tempo médio despendido foi de 11 minutos, com um mínimo de 4 minutos e um máximo de 27 minutos; em 4,2% dos casos, o tempo utilizado foi maior do que 20 minutos.

Cada médico de família e comunidade participante do estudo avaliou, em média, 18,9 pacientes. Não houve recusa por parte dos pacientes em submeter-se à avaliação. Houve um pequeno número de casos perdidos (5%) por esquecimento do médico, falta de tempo ou alguma impossibilidade de saúde do paciente.

Os indivíduos submetidos à avaliação tinham, em média, 69 anos, mínimo de 60 e máximo de 93 anos. Constatou-se predominância de mulheres (77,2%).

A comparação entre as características gerais encontradas e aqueles obtidos dos prontuários dos pacientes está sintetizada na tabela 2.

Tabela 2 – Comparação das características gerais das duas amostras

Dados Gerais	AMI	Prontuários
Número de casos	189	143
Gênero		
Feminino	146 (77,2%)	104 (72,7%)
Masculino	43 (22,8%)	39 (27,3%)
Média de idade (anos)	69,9	71

AMI = Avaliação multidimensional do idoso

Na amostra AMI, 6,4% (IC95%=4,61 – 8,19) haviam tido pelo menos uma internação hospitalar nos últimos 6 meses.

7.2 Prevalência de problemas de saúde detectados pela AMI

7.2.1 Visão

Dos indivíduos avaliados pela AMI, 42,3% (IC95%=38,7– 42,3) revelaram alguma dificuldade para ler, ver TV, dirigir ou em qualquer atividade de vida diária devido a problemas de visão. Destes, 57,5% (IC 95% = 51,9 – 63,03) apresentaram algum grau de deficiência visual quando testados com a leitura do cartão de Jaeger.(tabela 3)

7.2.2 Audição

Déficit de audição foi encontrado em 18,5% dos indivíduos (IC95%=15,6 – 21,3) avaliados pela AMI, dos quais 26,4% (IC95%=18,8 – 33,9) apresentavam cerume (tabela 3)

Tabela 3 – Comparação das prevalências de visão e audição

Variável	AMI %	Prontuários %	p	RP (IC95%)
Visão	42,3	14,7	0,000	2,88 (1,88-4,43)
Audição	18,5	10,5	0,042	1,77 (1,0-3,12)

AMI = Avaliação multidimensional do idoso; RP = razão de prevalência.

7.2.3 Membros superiores e inferiores

Disfunção de membros superiores foi detectado em 6,3% (IC95%, 4,53 – 8,07) dos casos submetidos à AMI, e 8,6% (IC95%, 6,54 – 10,66) mostraram algum grau de disfunção nos membros inferiores (tabela 4).

Tabela 4 – Comparação das prevalências das disfunções de membros superiores e inferiores, valor de p e razão de prevalência

Variável	AMI %	Prontuário %	p	RP (IC95%)
Ms Ss	6,3	2,1	0,065	3,03 (0,87 – 1,053)
Ms Is	8,6	4,2	0,122	2,02 (0,81 – 5,03)

Ms Ss = membros superiores; Ms Is = membros inferiores; AMI = Avaliação multidimensional do idoso; RP = razão de prevalência.

7.2.4 Estado mental

Na avaliação do estado mental, observou-se que 26,6% (IC95%=23,34 – 29,86) dos indivíduos avaliados pela AMI não responderam satisfatoriamente à pergunta de avaliação de memória recente *recall*. Estes, em número de 49, submeteram-se ao teste de avaliação para demência, tendo 24,48% (IC95%=18,26 – 30,54) deles sido classificados com disfunção cognitiva severa ou moderada. Estes indivíduos representam 6,5% (IC95%=4,68 – 8,32) da população pesquisada.

Na avaliação dos transtornos de humor, constatou-se que 39,6% dos idosos (IC95%=36,06 – 43,18) apresentavam “humor triste”. Nestes, aplicou-se o teste específico de avaliação de depressão e constatou-se que 59,72% preencheram critérios para depressão (IC95%=53,92 – 65,48). Estes indivíduos representam 22,9% (IC95%=19,83 – 25,97) da população investigada (tabela 5).

Tabela 5 – Comparação das prevalências das disfunções no estado mental

Disfunção	AMI %	Prontuários %	p	RP (IC95%)
Alteração Cognitiva	26,6	0,7	0,000	38,08 (5,32 – 272,4)
Demência	6,5	2,1	0,058	3,11 (0,89 – 10,81)
Depressão	22,9	22,5	0,894	1,03 (0,69 – 1,54)

AMI = Avaliação multidimensional do idoso; RP = razão de prevalência.

7.2.5 Risco de queda domiciliar

Na avaliação do risco de queda nos pacientes avaliados pela AMI, observou-se que 26,1% dos (IC95%=22,86 – 29,34) haviam sofrido pelo menos um episódio de queda dentro de casa nos últimos 12 meses e, destes, 40% mais de uma vez. Também se constatou que no domicílio de 75% (IC95%=71,77 – 78,23) dos avaliados havia presença de escadas, 48,1% (IC95%=44,39 – 51,81) admitiram a presença de tapetes soltos e em 95,6% (IC95%=94,07 – 97,13) não havia corrimão de segurança no banheiro. Em 33,8% dos pesquisados, constatou-se a presença das três situações associadas (tabela 6).

Tabela 6 – Comparação das prevalências de risco de queda e de quedas ocorridas nos últimos 12 meses

Variável	AMI %	Prontuários %	p	RP (IC95%)
Risco de Queda*	95,6	0,0	0,000	_____
Quedas	26,1	18,3	0,090	1,43 (0,94 – 2,19)

* Quanto ao risco de queda não foi possível estabelecer a força de associação, tendo em vista que na avaliação dos prontuários não foram encontrados registros de avaliação do risco de queda.

AMI = Avaliação multidimensional do idoso; RP = razão de prevalência.

7.2.6 Avaliação das atividades de vida diária (AVDs)

Entre os idosos avaliados pela AMI, a necessidade de auxílio para sair da cama apresentou uma frequência de 1,6% (IC95%=0,69 – 2,15), para vestir-se, de 2,6%, para preparar as refeições, de 5,8%, e para compras, de 10,6%. Em 11,1% (IC95%=8,82 – 13,38) dos casos constatou-se pelo menos uma impossibilidade de AVDs, e 1,5% (IC95%=0,62 – 2,38) dos indivíduos apresentavam limitações em todas as AVDs (tabela 7).

Tabela 7 – Comparação das prevalências de incapacidades em AVDs

Variável	AMI %	Prontuários %	p	RP (IC95%)
Incapacidade em 1 ou + AVDs	11,1	2,79	0,006	3,78 (1,32 – 10,83)

AMI = Avaliação multidimensional do idoso; RP = razão de prevalência.

7.2.7 Incontinência urinária

Incontinência urinária foi detectada em 30,9% dos idosos (IC95%=27,53 – 34,27) submetidos a AMI. Destes 58 casos, 55,17% (IC95%=48,57 – 61,63) referiam incômodo com o fato (tabela 8).

Tabela 8 – Comparação das prevalências de incontinência urinária

Variável	AMI %	Prontuários %	p	RP (IC95%)
Incontinência Urinária	30,9	4,2	0,000	7,35 (3,26 – 16,56)

AMI = Avaliação multidimensional do idoso; RP = razão de prevalência.

7.2.8 Avaliação nutricional

Na avaliação nutricional, constatou-se que 18,9% (IC95%=16,02 – 21,78) dos idosos avaliados pela AMI relataram ter perdido mais de 4 Kg nos últimos 12 meses. Registrou-se que o índice de massa corporal (IMC) foi superior a 29 em 30,6% dos pacientes, enquanto que 3,8% tinham IMC menor que 19 (tabela 9).

Tabela 9 – Comparação das prevalências de avaliação de perda de peso

Variável	AMI %	Prontuários %	p	RP (IC95%)
Perda de peso	18,9%	4,2%	0,000128	4,51 (1,95 – 10,42)

AMI = Avaliação multidimensional do idoso; RP = razão de prevalência.

7.2.9 Suporte social

Em 6,4% (IC95%=4,62 – 8,18) dos casos avaliados pela AMI, os indivíduos referiram não ter suporte social. Dos que têm suporte social, as mulheres contam principalmente com os filhos (59,3%[IC95%=55,71 – 62,89]) e os homens predominantemente, com as esposas (76,2%[IC95%=73,09 – 79,31]) (tabela 10).

Tabela 10 – Comparação das prevalências de suporte social

Variável	AMI %	Prontuários %	p	RP (IC95%)
Suporte social	6,4	2,1	0,230	2,52 (0,71 – 9,0)

AMI = Avaliação multidimensional do idoso; RP = razão de prevalência.

Na figura 4 está apresentada a síntese das prevalências dos problemas de saúde detectados pelo instrumento utilizado.

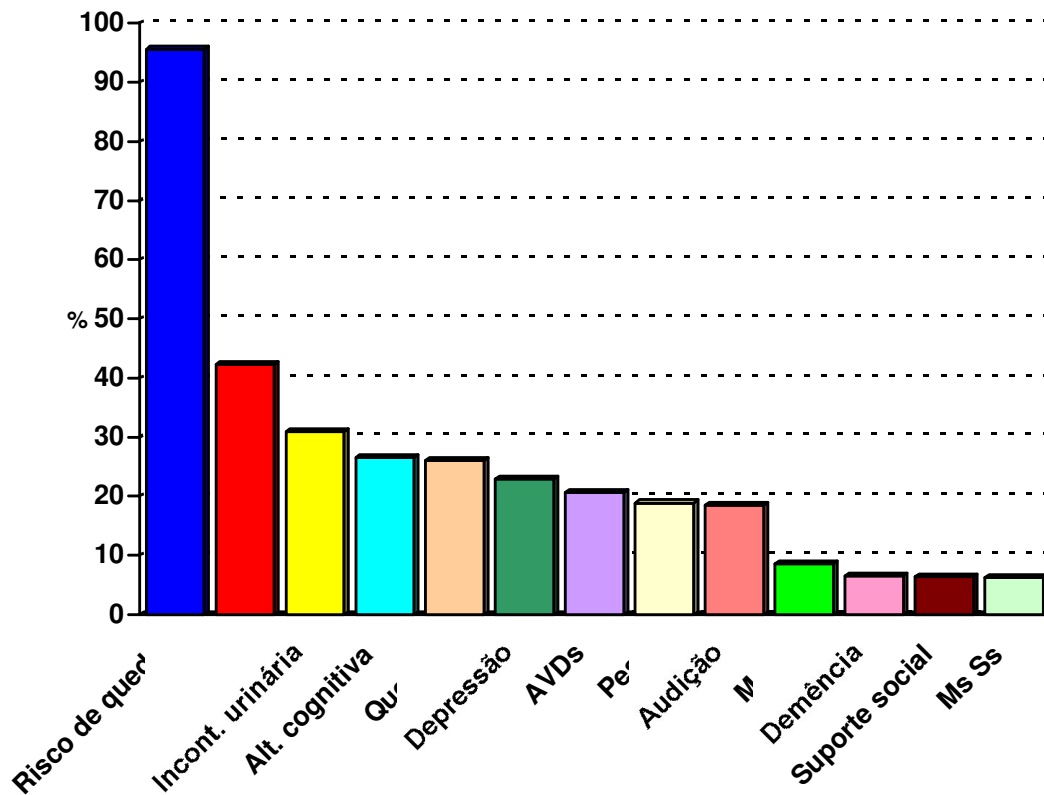


Figura 4 – Prevalências dos problemas de saúde detectados pela AMI (em %)

7.3 Dados gerais de prontuários

Foram analisados 143 prontuários, que mostraram uma população com média de idade de 71 anos (DP= 7,3) variação de 60 até 90 anos. A mediana foi de 69 anos e a moda, de 76anos.

A predominância foi de mulheres (72,7%) (tabela 1).

Nos 24 meses anteriores à coleta dos dados, registrou-se uma média de 10,8 consultas (DP = 7,44) por prontuário, mediana de 8 consultas.

7.4 Comparação entre as prevalências obtidas no AMI e nos prontuários

A comparação entre as variáveis dos pacientes avaliados pelo AMI e os dados obtidos dos prontuários quanto à prevalência, associação entre as variáveis e a magnitude da associação está apresentado na tabela 11 e na figura 5.

Tabela 11 - Teste estatístico para avaliar associação entre as variáveis avaliadas na AMI e nos prontuários e a magnitude de associação

Variável	AMI (n = 189**)		Prontuários (n=143)		Teste	p	RP (IC95%)
	%	n	%	n			
Visão	42,3	80	14,7	21	M-H 29,30	0,000	2,88 (1,88 – 4,43)
Audição	18,5	34	10,5	15	M-H 4,10	0,0428	1,77 (1,0 – 3,12)
Ms Ss	6,3	12	2,1	3	Yates 2,50	0,114	3,03 (0,87 – 10,53)
Ms Is	8,6	16	4,2	6	M-H 2,39	0,122	2,02 (0,81 – 5,03)
Alteração cognitiva	26,6	49	0,7	1	M-H 39,79	0,000	38,08 (5,32 – 272,4)
Demência	6,5	12	2,1	3	Yates 2,66	0,103	3,11 (0,89 – 10,81)
Depressão	22,9	43	22,5	32	M-H 0,02	0,894	1,03 (0,69 – 1,54)
Risco de Queda*	95,6	172	0,0	0	M-H291,3 Yates 288,4	0,000 0,000	_____
Quedas	26,1	48	18,3	26	M-H 2,86	0,090	1,43 (0,94 – 2,19)
AVDs	11,1	20	2,79	4	Yates 6,24	0,012	7,38 (2,70 – 20,17)
Incontinência urinária	30,9	58	4,2	6	Yates 35,31	0,000	7,35 (3,26 – 16,56)
Peso	18,9	35	4,2	6	Yates 14,67	0,000	4,51 (1,95 – 10,42)
Suporte Social	6,4	10	2,1	3	Yates 1,44	0,230	2,52 (0,71 – 9,00)

*Não foi possível estabelecer a força de associação, tendo em vista que na avaliação dos prontuários não foram encontrados registros de avaliação do risco de queda.

** Perda não superior a 5%.

AVDs = atividades de vida diária; AMI = Avaliação multidimensional do idoso; M-H = Mantel Haenszel; RP = razão de prevalência; Ms Ss = membros superiores; Ms Is = membros inferiores.

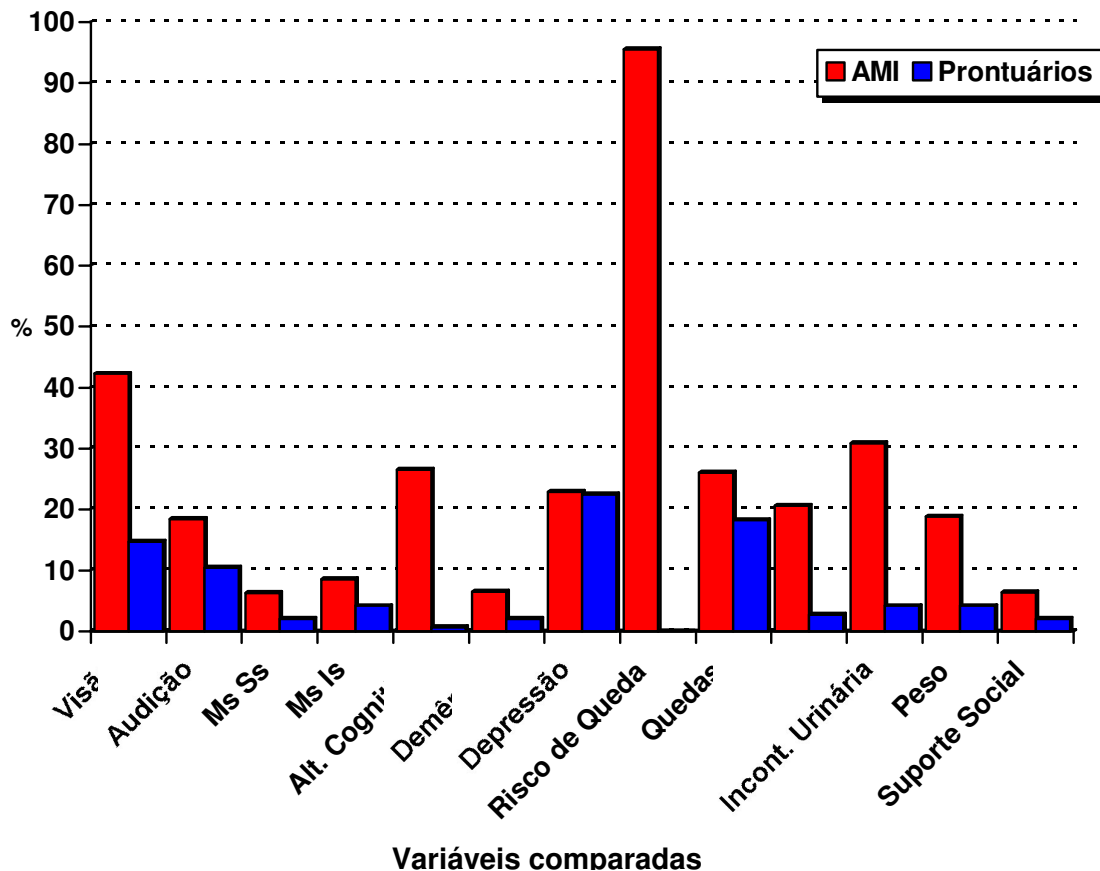


Figura 5 – Comparação das prevalências (em %) obtidas na AMI e nos prontuários)

7.5 Perfil dos médicos que aplicaram a avaliação

Um total de 10 médicos participou do estudo, tendo 8 deles respondido ao questionário de avaliação do instrumento empregado no estudo. Todos eles têm especialização em Medicina Geral Comunitária, ou mais recentemente denominada Medicina de Família e Comunidade, um referiu especialidade em Medicina do Trabalho e outro em Terapia de Família. Em média, estão formados há 17 anos (14 a 21 anos) e não cursaram cadeira específica de geriatria durante o curso de medicina. Apenas um relatou ter feito curso na área, com duração de 40 horas. A carga média de trabalho ficou em aproximadamente 12 pacientes em 4 horas, com um tempo médio de consulta entre 15 e 20 minutos.

7.6 Opinião dos médicos sobre a avaliação

7.6 Opinião dos médicos sobre a avaliação

Oitenta e sete e meio por cento dos médicos definiram seu interesse no tema paciente idoso como moderado; 12,5% o definiram como forte. Quanto à capacidade da equipe de saúde ajudar os pacientes idosos a viver melhor, 62,5% é otimista e 37,5% é pouco otimista. Todos responderam que a avaliação das disfunções nos idosos é muito importante; 12,5% não sentiam segurança completa no manejo dos problemas do idoso; e 62,5% avaliaram a abordagem como muito interessante.

O instrumento, avaliado como um todo, foi apontado como muito útil por 87,5% dos profissionais. A tabela 12 mostra a avaliação dos profissionais, por item.

Tabela 12 - Avaliação dos profissionais por itens da avaliação

Item da avaliação	Conceito (%)		
	Muito útil	Útil	Pouco
Visão	75,0	25,0	
Audição	50,0	37,5	12,5
Ms Ss	25,0	62,5	12,5
Ms Is	25,0	62,5	12,5
Estado Mental	75,0	25,0	
Humor	87,5	12,5	
Quedas	87,5	12,5	
AVDs	50,0	37,5	12,5
Incontinência Urinária	37,5	37,5	25,0
Nutrição	37,5	37,5	12,5
Suporte social	75,0	25,0	

Ms Ss = membros superiores; Ms Is = membros inferiores; AVDs = atividades de vida diária.

Através dos registros do trabalho de campo, foi possível constatar que o número de pacientes que não foram avaliados por esquecimento ou falta de tempo foi muito baixo (3,7%).

Houve sugestões para incluir itens adicionais ao instrumento, tais como atividades sociais (visitas que recebe e faz), atividade religiosa, prática de esporte, recursos que usa para atividades essenciais, trabalho e participação de grupos.

8 DISCUSSÃO

A temática principal deste estudo foi analisar, à luz das particularidades do nosso meio, técnicas diagnósticas que permitam, de forma eficaz e efetiva, aproximar a prática médica na atenção primária à saúde às necessidades de saúde, algumas específicas e peculiares, das pessoas com 60 anos ou mais de idade. Duas questões são colocadas: o instrumento de avaliação proposto pelo estudo pode funcionar em condições ideais? E ainda, poderia ele ser incorporado à prática clínica de atenção primária à saúde?

A interface entre a geriatria e a APS, entre as quais existem vários graus de identidade, constitui um profícuo campo de pesquisa. Estudos de eficácia e efetividade diagnóstica em idosos, embora muito comuns, comumente não se ocupam do estudo de abordagem multidimensional em ambulatórios de APS. Além de o tema não ter sido estudado com frequência, parte dos estudos aproxima-se apenas parcialmente dos objetivos. Os estudos existentes não adotaram metodologia comparável com a deste estudo.

8.1 A eficácia da avaliação multidimensional do idoso (AMI)

O estudo mostra que a AMI identificou um número maior de problemas de saúde em todos os itens pesquisados, quando comparada às prevalências dos problemas de saúde obtidas através dos registros em prontuários.

A capacidade diagnóstica para problemas de visão, risco de quedas, , atividades de vida diária, incontinência urinária e perda de peso mostra que as diferenças nas prevalências obtidas nos dois métodos são estatisticamente significativas.

Nos indivíduos submetidos à AMI, a prevalência de problemas de visão foi muito superior (RP = 2,88), o que demonstrou detecção de distúrbio visual muito maior. O estudo “Os Idosos do Rio Grande do Sul” (37) detectou, através de relato, 24,5% de indivíduos com problemas de visão. Comparando este dado com a prevalência de 42,5% encontrada neste estudo, é possível inferir que alguns pacientes assintomáticos poderiam perder a oportunidade de resolver seu problema se não fossem avaliados pelo instrumento aqui avaliado.

Déficit auditivo foi detectado numa frequência de 18,5%, sendo que em 26% destes havia presença de cerume. Esta situação é de solução fácil e imediata pelo médico que atende o idoso.

A repercussão do diagnóstico e tratamento adequado destas disfunções na qualidade de vida do idoso pode ser dimensionada se for considerado que assistir TV, conversar com amigos, ouvir rádio, ler, ouvir música e executar trabalhos manuais são atividades de lazer muito comuns do idoso no Rio Grande do Sul (37).

A prevalência de disfunção de membros superiores e membros inferiores revela-se alta, porém o número de casos estudados não permite afirmar que elas estejam relacionadas com maiores limitações nas atividades de vida diária.

Nos registros de prontuário, a referência a alterações nas AVDs foi muito rara. Com a AMI, observou-se que 11,1% dos indivíduos apresentaram limitação em pelo menos uma das atividades diárias pesquisadas e que 1,5% apresentou dificuldade em todas. É sabido que a avaliação das AVDs é mais útil para o acompanhamento de situações pontuais (convalescenças, processos agudos); entretanto parece haver subestimação da sua importância como guia da evolução de processos crônicos ou da instauração de alterações agudas no idoso.

Disfunção cognitiva moderada ou grave foi identificada em 6,5 % dos pacientes, dado comparável à literatura e superior ao registrado nos prontuários, apesar de não mostrar significância estatística.

A prevalência de depressão foi de 22,9%. Frequências semelhantes foram encontradas em outro estudo na mesma população; diagnóstico de saúde mental do SSC registrou 22%

de prevalência. (64) No estudo de demanda do SSC (52) realizado em 1999, depressão constava como problema em 3,3% dos motivos de consulta nos indivíduos com mais de 60 anos.

A depressão é uma doença de repercussão ampla na qualidade de vida das pessoas; seu pronto diagnóstico, portanto, faz parte da prevenção de complicações.

Mais de um terço dos pesquisados apresentavam riscos de queda em todos os domínios pesquisados; um quarto referiu o mínimo de uma queda nos últimos 12 meses. Se tais dados forem associados à facilidade e efetividade do aconselhamento na prevenção de quedas, isto fundamentaria a recomendação do uso sistemático de avaliação de risco de queda para todos os idosos.

A detecção de incontinência urinária foi significativamente superior àquela registrada nos prontuários. A AMI conseguiu detectar 4,5 vezes mais e, além disso, identificou aqueles indivíduos que se sentem incomodados com a incontinência urinária (55,1%).

A perda de peso, no idoso, é considerada um importante indicador de gravidade (62). Através da AMI encontrou-se que 18,9% dos idosos teve perda de peso superior a 4,5 Kg nos últimos 12 meses. Tal fato aponta que o instrumento utilizado revela-se como importante ferramenta de avaliação da saúde geral do idoso.

Quanto ao suporte social, a prevalência de risco identificada pela AMI foi 3 vezes superior àquela encontrada nos prontuários. O instrumento ainda permite identificar o cuidador e seu grau de parentesco. Chama atenção a relação entre a pessoa de referência para o suporte social e o gênero: as mulheres referem contar principalmente com os filhos (59,3%) e os homens, predominantemente, com as esposas (76,2%). Dos idosos sem suporte social definido, 90% eram mulheres.

8.2 Efetividade da metodologia

O tempo médio despendido pelos médicos na aplicação da AMI foi de 11 minutos. A análise dos prontuários revelou uma média de 10,8 consultas por prontuário no período dos

últimos 24 meses, sendo que em um quarto desses prontuários houve registro de mais de 15 consultas. Pode-se dizer que, em termos de efetividade, o que se comparou foi uma metodologia diagnóstica de aplicação de um instrumento que dura 11 minutos em uma única consulta com uma prática que envolve várias consultas.

No contexto da prática médica existem pelo menos dois problemas para a implementação de ações preventivas; elas competem com outras demandas na consulta médica e a memória do profissional pode não ser o sistema mais eficiente de lembrança.

Considerando-se que o tempo médio de consulta no SSC (64) é de 17 minutos, um aumento de aproximadamente 60% desse tempo propiciaria uma melhora significativa na eficácia diagnóstica. Outra possibilidade seria considerar que a AMI poderia abreviar o tempo de consulta, substituindo procedimentos semiológicos mais demorados.

Para que esta avaliação seja incorporada à prática, o tempo de sua aplicação deve ser otimizado. Sabe-se que uma avaliação multidimensional pode transformar uma intervenção num processo lento, ineficiente e até mesmo desagregador. Quando devidamente organizados, os procedimentos podem propiciar uma efetiva avaliação multidimensional, sem ocupar um tempo excessivo da consulta.

Os profissionais que aplicaram o instrumento têm qualificação técnica na área de atenção primária à saúde, embora a grande maioria não possua treinamento específico na atenção específica do idoso. No entanto, revelaram opiniões muito favoráveis à utilidade e conveniência do instrumento na sua prática diária. Alguns sugeriram a ampliação dos domínios da avaliação.

A prevalência de problemas de saúde nos idosos avaliados chama a atenção, apesar de não estarem disponíveis estudos equivalentes que sirvam de comparação. As altas prevalências de risco para quedas, de déficits visual e auditivo, de depressão, de insuficiência cognitiva, de falta de suporte social básico, entre outras, mostram a potencial demanda que os serviços de saúde deverão enfrentar.

Um dos estrangulamentos da atenção ao idoso é o despreparo dos sistemas de saúde para a crescente demanda desta população, que até recentemente era tida como não prioritária. Os serviços de saúde necessitam apropriar-se de tecnologia que esteja voltada

para a promoção da saúde e prevenção de problemas de saúde que são freqüentes e de grave repercussão na qualidade de vida dos idosos. O manejo pró-ativo das situações de risco pode reduzir a mortalidade prematura por doenças agudas ou crônicas, evitar a dependência funcional, estender a expectativa de vida ativa e contribuir decisivamente para a melhoria da qualidade de vida.

9 CONCLUSÕES

O estudo proporciona evidências de que a aplicação de um instrumento de avaliação multidimensional, durante a consulta médica em atenção primária à saúde, aumenta a eficácia diagnóstica para detecção dos problemas de saúde que mais comumente afetam a qualidade de vida do idoso. Através da aplicação sistemática do instrumento de avaliação multidimensional, identificaram-se maiores prevalências em todos os domínios pesquisados quando comparadas com aquelas encontradas nos registros de prontuário.

A diferença entre as prevalências encontradas com a aplicação da avaliação multidimensional e aquelas que advieram dos prontuários sugere que uma parte expressiva dos problemas de saúde do idoso não é detectada.

Além de eficaz, o instrumento empregado mostrou-se efetivo na detecção de indivíduos com maior probabilidade de experienciar problemas não conhecidos, passíveis de intervenção. A abordagem proposta detectou problemas e riscos à saúde freqüentemente negligenciados, quando não pesquisados de forma sistemática.

O estudo mostra que um número considerável de idosos está sob risco de desenvolver agravos que podem ameaçar a sua autonomia, competência funcional e qualidade de vida.

A alta adesão dos médicos ao instrumento, a avaliação de sua utilidade e praticidade, o pouco tempo necessário para aplicá-lo e sua eficácia levam a indicar sua inclusão sistemática na consulta médica usual de todos os indivíduos com 60 anos ou mais.

É de acreditar que o uso sistemático deste instrumento, somado à análise dos problemas que ele permitiu identificar, propicie um diagnóstico preciso das situações de

maior prevalência e risco à autonomia e qualidade de vida de uma parcela da população que cresce de forma acelerada e para a qual a maioria dos serviços públicos de saúde ainda está despreparada para intervir, contribuindo na definição de políticas e estratégias públicas.

A facilidade para detectar os problemas de forma rápida e simples, a clara superioridade da AMI na detecção de problemas em relação à história clínica convencional, juntamente com as evidentes repercussões negativas da negligência na detecção de problemas na qualidade de vida do idoso e o fato de que somente se trata o que se conhece, justificam o uso sistemático de uma avaliação multidimensional do idoso no ambulatório de atenção primária à saúde.

10 RECOMENDAÇÕES

Com base nas conclusões apresentadas nesse estudo, perspectivas de novas pesquisas podem ser sugeridas. A elaboração de diretrizes clínicas para o manejo das doenças e situações de risco detectadas pelo instrumento, o estudo das diferenças dos resultados nos pacientes que consultam com menor frequência, a possibilidade deste instrumento de avaliação ser aplicado por outros profissionais da equipe de saúde e a determinação da periodicidade de aplicação do instrumento que seria mais efetiva para o acompanhamento de longo prazo de pacientes idosos, são exemplos de que a interface entre as disciplinas de geriatria e medicina de família e comunidade constitui um profícuo campo de pesquisa.

11 REFERÊNCIAS

1. Moreira MM. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. (Trabalho apresentado no Seminário “Envelhecimento da população brasileira: aspectos macro e micro relevantes para políticas sociais, regionais e nacionais”. Belo Horizonte: ABEP-CEDEPLAR, 6-7 de dezembro de 1999).
2. World Health Organization. Aging and health: the scope of the challenge. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/scope.html>. Acesso em: 23 set. 1999.
3. Grinblat J. Aging in the world: demographic determinants, past trends and long-term perspective to 2075. World Health Statistics Questionare 1999. 35:124-128.
4. Pérez EA. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington, D. C.: OPS, 1994 (Publicação científica:
5. United Nations. The sex and age distribution of populations:the 1998 revision. New York, 1999.
6. World Health Statistics Annuals, 1979, 1982.
7. Camargo ABM, Saad PM. A transição demográfica no Brasil e seu impacto na estrutura etária da população. In: Fundação SEADE. O idoso na Grande São Paulo. São Paulo; 1990. p.9-25.

8. Carvalho JAM. Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG; 1993. [Apresentado no Seminário Crescimento Populacional e Estrutura Demográfica, Rio de Janeiro, 1993].
9. Oliveira LAP & Felix C. Novas tendências demográficas: breves notas a partir dos resultados do censo demográfico de 1991. In: Fundação IBGE. Indicadores sociais: uma análise da década de 1980. Rio de Janeiro; 1995. 45-60.
10. Moriguchi E. Envelhecimento com saúde: longevidade e qualidade de vida.[resumo] Conferência proferida na semana de estudos da AMECH. 2002.
11. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública 1997;31(2): 84-200.
12. Moreira MM. Determinantes demográficos do envelhecimento brasileiro. Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2000. Belo Horizonte:ABEP; 2000.
13. Frenck J, Frejka T, Bobadilla J, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, José M. La transformación epidemiológica en América Latina. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1991;111:485-96.
14. Atención al anciano – Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid: Ediciones Eurobook S.L.; 1997.
15. Organización Panamericana de la Salud. Salud bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. 2001.
16. Carter B. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Cap. A família no estágio tardio da vida p. 269 – 2.ed. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
17. Resnick NM, Marcantonio ER. How should clinical care of the aged differ? Lancet 1997;350: 1157-8.

18. The Whoqol group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Soc. Sci. Med* 1995; 41(10):1403-9.
19. Xavier F. A definição dos idosos de qualidade de vida [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2001.
20. King Edward's Hospital Fund for London. Promoting health among elderly people. A Statement from a Working Group. London; 1988.
21. Fries JF, Bloch DA, Harrington H. Two-years results of a randomized controlled trial of health promotion program in a retiree population: *Am J Med* 1993; 94: 455-62.
22. Matthews DA: Dr. Marjory Warren and the origin of British geriatrics. *J Am Geriatr Soc* 1984;32:253-8.
23. Rubenstein LV, Calkins DR, Geenfield S et al. Health status assessment for elderly patients: reports of the society of internal medicine task force on health assessment. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:562-9.
24. Almy TP. Comprehensive functional assessment for elderly patients. *Ann Intern Med* 1988;109(7):70-72.
25. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Effects of comprehensive geriatric assessment on survival, residence, and function: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342:1032-36.
26. Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation and Policy. Oxford University Press, 1992.
27. Gallo JJ, Rabins PV, Iliffe S. The 'research magnificent' in late life: psychiatric epidemiology and the primary health care of older adults. *Int J Psychiatry Med* 1997; 27:185-204.

28. Lachs MS, et al: A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients, *Ann Intern Med* 1990; 112:699.
29. Feer CB. Consultation-based screening of elderly in general practice: a pilot study. *J R Coll Gen Pract.* 1987;37:455-6.
30. Pathy MSJ, Bayer A, Harding K, Dibble A. Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet.* 1992; 340:890-3.
31. Kevin CF, Evans JM, Weber DC, Chutka DS. Practical functional assessment of elderly persons: a primary-care approach. Mayo Foundation for Medical Education and Research. 1995 Symposium on Geriatrics-Part III, 890-904.
32. Applegate WB, Miller ST, Graney Mj, Elam JT, Burns F, Akins DE. A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *Engl J Med* 1990; 322:1572-8.
33. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of a geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatric Soc* 1991; 39(suppl):8S-16S.
34. The Royal College of Physicians of London and British Geriatrics Society. Standardised assessment scales for elderly people. June 1992.
35. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS Tomo II In: Parte IV: O dilema, fragmentação ou integração dos sistemas de serviços de saúde: por sistemas integrados de saúde. Salvador-BA Ed. Casa da Saúde-ICS. 2001.
36. Documento elaborado pelo Serviço de Saúde Comunitária – Abril 2001.
37. Conselho Estadual do Idoso. Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida. relatório de pesquisa. Porto Alegre: CEI; 1997.

38. Rubio Cebrian S. *Glosário de la economia de la salud..* Madrid: Diaz de Santos, 1995. 331p.
39. Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument, *Am J Med* 1996;100:438.
40. Beck JC, editor. *Geriatric review syllabus: a core curriculum in geriatric medicine.* 1991-1992 ed. New York: American Geriatric Society; 1991:195-203.
41. Havelik RJ. Aging in the eighties: impaired senses for sound and light in persons aged 65 years and over. Advance data from vital health statistics of the National Center for Health Statistics, No. 125. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 1986 (publication No. PHS 86-1250).
42. Canadian Task Force on the periodic health examination. *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care.* 1994; cap. 78 p. 932-42.
43. Herkind P, Priest RS, Schiller G, eds. *Compendium of ophthalmology.* Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 1983.
44. Mangioni CM, Phillip RS, Seddon JM, et al. Development of the “Activities of Daily Vision Scale”: a measure of visual functional status. *Med Care.* 1992;30:1111-26.
45. Macphee GJ, Crowther JÁ, McAlpine CH, A simple screening test for hearing impairment in elderly patients. *Age Ageing.* 1988;17:347-51.
46. Podsiadlo D, Richardson S. The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39:142-8.
47. Klein LE, Roca LP, McArthur J, et al. Diagnosing dementia: univariate and multivariate analyses of the mental status examination. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33:483-8.
48. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.

49. Siu AL. Screening for dementia and investigating its causes. *Ann Intern Méd.* 1991;115:122-32.
50. Depression in primary care: Volume 1. Detection and Diagnosis. Clinical Practice Guideline No. 5. Depression Guideline Panel. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 1993 AHCPH publication no. 93-0550.
51. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med.* 1995;4:99-105. [PMID: 7842160]
52. Fernandes CLC, Sirena SA. Estudo de Demanda em Saúde Mental. Serviço de Saúde Comunitária, 1995.
53. Abler R, Drinka T, Mahoney J, et al. Depression in patients of a geriatric medicine clinic: comparison of two screening instruments. *Gerontologist.* 1991;31 (special issue II):325. Abstract.
54. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 1997;12:439-45 [PMID:9229283].
55. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale: recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:165.
56. Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C. Prevention of falls in the elderly trial (PROFECT): a randomised controlled trial. *Lancet.* 1999;353:93-7.
57. Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities. *Ann Intern Med.* 2002;136:733-41.
58. Hindmarsh JJ, Estes EH. Falls in older persons: causes and interventions. *Arch Int Med* 1989;149(10):2217.

59. Robbins AS, Rubenstein RZ, Josephson KR, Schulman BL, Osterweil D, Fine G.
Predictors of falls among elderly people: results of two population-based studies. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1628-33.
60. Beck JC, editor. *Geriatric review syllabus: a core of curriculum in geriatric medicine*. 1991-1992 ed. New York: American Geriatric Society; 1991. 52.
61. Diokno AC, Brown MR, Brock BM, et al. Clinical and cystometric characteristics of continent and incontinent noninstitutionalized elderly. *J Urol* 1988;140:567-71.
62. National Center for Health Statistics. McDowell A, Massey JT, Maurer K. Plan and operation of the National Health and Nutrition Examination Survey, 1980. *Vital Health Stat* 1 1981; 1S: 1-144.
63. Wallace JI, Schwartz RS, LaCroix AZ, Uhlmann RF, Pearlman RA. Involuntary weight loss in older outpatients: incidence and clinical significance. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43:329-37.
64. Núcleo de epidemiologia. Serviço de Saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. Estudo de demanda ambulatorial do Serviço de Saúde Comunitária. Porto Alegre, 1999. 150p.

12 ANEXOS

GUIA PARA A REVISÃO DE PRONTUÁRIOS(Somente preencher se o paciente tiver pelo menos **3 CONSULTAS** nos últimos **24 MESES**)

NOME _____ PRONT |__||__||__||__|

Número de consultas nos últimos 24 meses: |__|_| consultas

DATA DE NASC: __/__/__

GÊNERO: |1| MASC. |2| FEM.

PROBLEMA ¹	AVALIADO		REGISTRADO		Data do registro do problema ²
	S	N	S	N	
1. ACUIDADE VISUAL	S	N	S	N	__ / __ / __
2. DISFUNÇÃO AUDITIVA	S	N	S	N	__ / __ / __
3. DISFUNÇÃO DE Ms. Sup.	S	N	S	N	__ / __ / __
4. DISFUNÇÃO DE Ms. Inf.	S	N	S	N	__ / __ / __
ESTADO MENTAL					
5. DISFUNÇÕES COGNITIVAS	S	N	S	N	__ / __ / __
6. DEMÊNCIA	S	N	S	N	__ / __ / __
7. DEPRESSÃO	S	N	S	N	__ / __ / __
AMBIENTE DOMICILIAR					
8. REGISTRO DE QUEDA	S	N	S	N	__ / __ / __
9. REFERÊNCIA A RISCO DE QUEDA	S	N	S	N	__ / __ / __
DIFICULDADES NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA					
10. SAIR DA CAMA	S	N	S	N	__ / __ / __
11. VESTIR-SE	S	N	S	N	__ / __ / __
12. PREPARAR SUAS REFEIÇÕES	S	N	S	N	__ / __ / __
13. FAZER COMPRAS	S	N	S	N	__ / __ / __
INCONTINÊNCIA URINÁRIA					
14. PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA	S	N	S	N	__ / __ / __
NUTRIÇÃO					
15. PERDA DE PESO (quantificada)	S	N	S	N	__ / __ / __
SUPOORTE SOCIAL					
16. REGISTRO DA SITUAÇÃO SOCIAL	S	N	S	N	__ / __ / __

Data do Preenchimento __/__/__

Pesquisador |__||__|

¹ - Registrar qualquer referência relacionada a disfunção. ² - Nos casos de mais de uma data, vale a mais recente.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Horário do início: |_|_| h: |_|_| min.

Número: |_|_|_| (não preencher)

NOME: _____ PRONT: |_|_|_|_|

IDADE: _____ anos

GÊNERO: |1| Masc. |2| Fem.

VISÃO: Você tem dificuldade para dirigir, ver TV, ler, ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas de visão? |1| Sim |2| Não**Se Sim:** Aplicar o Cartão de Jaeger. Olho Dir.: |_|_| / |_|_|_|_| Olho Es.: |_|_| / |_|_|_|_|**AUDIÇÃO:** Aplicar Teste Whisper.

O paciente responde à pergunta?

Ouvido D: |1| Sim |2| Não

Ouvido E: |1| Sim |2| Não

Se Não, responder: Verificar presença de cerume: Ouvido D: |1| Sim |2| Não Ouvido E: |1| Sim |2| Não**FUNÇÃO DOS MS SS:** Verificar se o paciente é capaz de executar:**PROXIMAL:** Tocar a nuca com ambas as mãos.

|1| Sim

|2| Não

DISTAL: Apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e coloca-lo de volta. |1| Sim para ambas |2| Não**FUNÇÃO DOS MS Is:** Verificar se o paciente é capaz de executar:

Levantar da cadeira |1| Sim |2| Não

Caminhar 3,5m |1| Sim |2| Não

Voltar e sentar |1| Sim |2| Não

ESTADO MENTAL: Solicitar ao paciente que repita o nome dos objetos:**MESA – MAÇA – DINHEIRO**

Após alguns minutos (até 3 min.) faça-o repetir.

|1| Sim. Repetiu os 3 nomes |2| Não*

* Se incapaz de repetir os três nomes, aplicar o Teste Mental para Demência. ESCORE _____ pontos

HUMOR: Você, frequentemente, se sente triste ou desanimado?

|1| Sim*

|2| Não

*Se Sim, aplicar Teste para Depressão. ESCORE _____ pontos

DOMICÍLIO: Sofreu queda em casa nos últimos 12 meses?

|1| Sim. Quantas vezes? |_|_|_|

|2| Não

Na sua casa tem: Escadas? (nº) |_|_|

Tapetes soltos? |1| Sim |2| Não

Corrimão no banheiro? |1| Sim |2| Não

ATIVIDADES DIÁRIAS: Sem auxílio, você é capaz de:Sair da cama? |1| Sim
|2| NãoVestir-se? |1| Sim
|2| NãoPreparar sua refeições? |1| Sim
|2| NãoFazer compras? |1| Sim
|2| Não**INCONTINÊNCIA:** Você às vezes perde urina ou fica molhado? |1| Sim* |2| Não

*Se Sim, perguntar:

Quantas vez(es) |_|_| por |1| DIA
|2| SEMANA
|3| MÊS

Isto provoca algum incômodo ou embaraço?

|1| Sim

|2| Não

NUTRIÇÃO: Você perdeu mais que 4 Kg no último ano? |1| Sim |2| Não

Peso usual |_|_|_|_| Kg

Altura |_|_|_|_| cm

SUPORTE SOCIAL: Alguém poderia ajuda-lo caso você fique doente ou incapacitado? |1| Sim |2| Não

Quem poderia ajuda-lo? (Cite o grau de parentesco)

_____|_|_|
Quem seria capaz de tomar decisões de saúde por você caso não seja capaz de fazê-lo? (Cite o grau de parentesco)**HOSPITALIZOU** nos últimos 6 meses? |1| Sim |2| Não

Horário do término: |_|_|_| h: |_|_|_| min.

DATA: ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____ afirmo ter sido informado(a) dos objetivos do projeto intitulado "Problemas Funcionais Que Mais Afetam a Qualidade de Vida do Idoso: Uma Abordagem em Atenção Primária à Saúde", tendo aceitado responder a questionário padrão durante a minha consulta médica. Estou ciente que as informações obtidas serão utilizadas para o atendimento médico e para a pesquisa, concordado com minha inclusão no trabalho, e que caso não aceitar participar do trabalho, mesmo assim continuarei a ser atendido normalmente.

() paciente () familiar ou responsável

Porto Alegre, _____ de _____ 2001.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS MÉDICOS QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO

O objetivo primordial deste estudo é avaliar uma nova proposta de abordagem para os pacientes com mais de 60 anos, especificamente para a prática de Atenção Primária à Saúde (APS).

Esta abordagem baseia-se na utilização de um instrumento de avaliação para ser usado em consultas de ambulatório, de maneira oportunista com a preocupação de não despendar muito tempo. Foram feitas adaptações para que seu uso seja compatível com nossa prática e adequado ao nível sócio-cultural de nossa população. A abordagem proposta resume-se na checagem de um limitado número de - funções-chave - que podem estar alteradas, mas que freqüentemente não são pesquisadas na avaliação usual de pacientes idosos. São testes selecionados, dirigidos à avaliação da visão, audição, função dos membros superiores e inferiores, incontinência urinária, estado mental, atividades diárias básicas e instrumentadas, riscos do meio domiciliar e suporte social. A abordagem poderá ser incorporada a rotina do atendimento ambulatorial se certos procedimentos, relativamente improdutivos, forem substituídos no exame clínico de rotina. Este instrumento mostrou-se válido e de confiança, quando comparado com avaliações geriátricas.

Apreciaríamos sua concordância em examinar e dar sua opinião sobre a abordagem proposta. Esta abordagem só será válida se for útil aos médicos que trabalham em Atenção Primária à Saúde. O formulário abaixo é parte do trabalho de campo da pesquisa *“Problemas Funcionais Que Mais Afetam a Qualidade de Vida do Idoso: Uma Abordagem em Atenção Primária à Saúde”*.

DADOS PESSOAIS: Se você preferir não se identificar, vá direto para o item A1.

Nome: _____

Unidade em que trabalha : _____

A1.Data do preenchimento ____/ ____/ ____ A2.Gênero: (1) M (2) F

A3.Data de Nascimento ____/ ____/ ____

A4.Especialidade (es) _____

A5.Há quanto tempo trabalha como médico? _____ anos [número de anos completos]

A6.Você cursou cadeira específica de Geriatria na Faculdade? (1) SIM (2) NÃO