



Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciência da Saúde
2008

**SUSETE MARIA
OLIVEIRA MENDES**

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE DEPENDÊNCIA
FUNCIONAL EM PESSOAS IDOSAS**



**SUSETE MARIA
OLIVEIRA MENDES**

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE DEPENDÊNCIA
FUNCIONAL EM PESSOAS IDOSAS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Doutor Jose Ignacio Guinaldo Martín Professor Auxiliar Convidado da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho aos meus pais e meu irmão pelo seu apoio incondicional.

o júri

Presidente

Prof. Doutor António José Monteiro Amaro
Equiparado a Professor Adjunto da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Vogais

Prof. Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues
Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Prof. Doutor José Ignacio Guinaldo Martin (orientador)
Professor Auxiliar Convidado da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, directamente ou indirectamente, colaboraram para a concretização deste trabalho, em especial:

Ao Professor Doutor Jose Ignacio Guinaldo Martín, pela sua disponibilidade, pela sua orientação e pelas palavras de ânimo.

À Ana, Eunice, Lúcia, Paula, Pinto e Mafalda pelo seu espírito de equipa, empatia e apoio em todo o trabalho.

Aos meus pais e irmão pela compreensão da minha ausência.

Ao André pelo ânimo, apoio, ajuda e compreensão, imprescindíveis.

Aos meus amigos.

palavras-chave

Rastreio, Risco, Pessoas Idosas, Avaliação Funcional.

resumo

A avaliação funcional representa uma maneira de avaliar se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as actividades necessárias para cuidar de si mesma. O objectivo deste trabalho é estudar o comportamento de duas Escalas de Actividade de Vida Diária (básica e instrumental), assim como analisar determinadas propriedades psicométricas no sentido de comprovar a pertinência das mesmas num questionário mais extenso – RNAR_75.

Amostra: Foi realizada uma amostragem não-aleatória por cotas, em contexto rural, a 240 pessoas com idade compreendida entre os 75 e os 94 anos, utilizadores de cuidados de saúde primários (n=120) e de serviços comunitários (n=120).

Instrumento: A Escala de Actividades de Vida Diária (AVD) de Katz e a Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton & Brody, inseridas num questionário multidimensional – RNAR_75 – avaliaram a funcionalidade de pessoas idosas.

Procedimentos: O tempo médio de aplicação do questionário de rastreio RNAR_75, foi de 20-25 minutos, sendo que destes 10 minutos são para a avaliação funcional. Foram garantidos os direitos de sigilo, confidencialidade e consentimento informados aos participantes do estudo.

Resultados: As Escalas de Actividades de Vida Diária de Katz e a Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton & Brody obtiveram boa consistência interna, com um *alpha de Cronbach* de 0.80 e de 0.86, respectivamente. Para a variável Escala de AVD são estatisticamente significativos o contexto [OR=30.85 (95% I.C. 9.28-102.56)], idade [OR= 0.38 (95% I.C. 0.20-0.71)], escolaridade [OR=10.10 (95% I.C. 3.51-29.09)], depressão [OR=0.41 (95% I.C. 0.19-0.91)], e estado mental dicotomizado em alterações ligeiras ou ausentes e alterações severas [OR=0.11 (95% I.C. 0.04-0.35)], e sem alterações e alterações severas ou ligeiras [OR=0.10 (95% I.C. 0.04-0.23)]. Para a variável Escala de AIVD são estatisticamente significativos, o contexto [OR=15.47 (95% I.C. 6.94-34.50)], escolaridade [OR=3.05 (95% I.C. 1.72-5.44)], depressão [OR=0.42 (95% I.C. 0.23-0.76)], estado mental, na dicotomização sem alterações e alterações severas e ligeiras [OR=0.26 (95% I.C. 0.15-0.48)], distúrbios auditivos [OR=1.83 (95% I.C. 1.01-3.31)] e visuais [OR=2.35 (95% I.C. 1.30-4.27)].

Conclusão: O estudo da Escala de AVD de Katz e da Escala de AIVD de Lawton & Brody revela que ambas são fiáveis, podendo constituir uma estratégia de avaliação da capacidade funcional das pessoas idosas no questionário RNAR_75.

keywords

Screening, Risk, Elderly, Funcional assessment.

abstract

The functional assessment represents a way of evaluating if a person is capable or not, independently, of performing the activities/tasks needed to take care of herself. The goal of this work is to study the behavior of two scales of activity related to daily life (basic and instrumental) as well as analyze certain psychometric properties so that we can confirm the importance of these in a more extensive questionnaire – RNAR_75.

Sample: It was performed a sampling non-random by quotas in a rural context, to 240 persons (ages understood between 75 and 94 years old) users of the primary health care (n=120) and communitarian services.

Instruments: Scale of Activities of Daily Living (ADL) of Katz and Scale Instrumental Activities of Daily Life (IADL) of Lawton & Brody, inserted in a multidimensional questionnaire – RNAR_75 – evaluated the functionality of the old people.

Procedures: the average time of the application of the screening questionnaire - RNAR_75 – was 20 to 25 minutes, 10 of these minutes were for functional assessment. The rights of secret, confidentiality and consent were assured and the participants of the study were informed.

Results: ADL and IADL Scales have had a good internal consistence, with an *alpha de Cronbach* de 0.80 and 0.86. For the variable scale ADL are statistically important the context [OR=30.85 (95% I.C. 9.28-102.56)], age [OR=0.38 (95% I.C. 0.20-0.71)], education [OR=10.10 (95% I.C. 3.51-29.09)], depression [OR=0.41 (95% I.C. 0.19-0.91)], and mental condition dichotomized in small changes [OR=0.11 (95% I.C. 0.04-0.35)], and without changes and severe changes or small [OR=0.10 (95% I.C. 0.04-0.23)]. For the variable scale of AIDL are statistically significant the context [OR=15.47 (95% I.C. 6.94-34.50)], education [OR=3.05 (95% I.C. 1.72-5.44)], depression [OR=0.42 (95% I.C. 0.23-0.76)], mental state, on the dichotomization without changes and severe and small changes [OR=0.26 (95% I.C. 0.15-0.48)], hearing disturbance [OR=1.83 (95% I.C. 1.01-3.31)] and visuals [OR=2.35 (95% I.C. 1.30-4.27)].

Conclusion: The study of these two scales shows those both are reliable and might be used as a strategy of evaluating functional ability of the old persons on questionnaire RNAR_75.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE ANEXOS.....	VII
ÍNDICE DE TABELAS.....	VIII
LISTA DE SIGLAS.....	IX
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	4
1 - Rastreo.....	4
2 - Rastreo em Pessoas Idosas.....	7
3 - Avaliação Funcional.....	10
3.1 Escala de Actividade de Vida Diária de Katz (1963).....	12
3.2 Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton & Brody (1969).....	14
PARTE II –ESTUDO EMPIRICO.....	17
4 - Objectivos e Estratégia de Análise.....	17
5 - Metodologia.....	19
5.1- Amostra.....	19
5.2- Instrumentos.....	21
5.3- Procedimentos.....	24
5.4- Análise estatística.....	25
6 - Resultados.....	26
7 - Discussão.....	30
7.1- Convergência e divergência dos factores de risco para ser catalogado como “dependente” em actividades de vida diária básica ou instrumental.....	30
7.2- Pertinência de diferenciar separar capacidade funcional em termos de actividades de vida básica e instrumental.....	33
7.3- O perfil de “dependente” na natureza das escalas funcionais utilizadas.....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
Anexo 1	

INTRODUÇÃO

O envelhecimento e, nomeadamente, o aumento do número de pessoas idosas um pouco por todo o mundo é hoje tema de debate e preocupação em muitas sociedades, não sendo Portugal excepção. A melhoria das condições de vida das populações ao nível global, o declínio das taxas de natalidade e mortalidade infantil, o controlo de doenças infecciosas e transmissíveis bem como um maior acesso aos cuidados de saúde, tem levado a um aumento da esperança de vida com consequente aumento da população idosa.

Se no passado poucas pessoas chegavam à idade idosa, como diz Olievenstein (2000), “o homem nem sempre morria velho, morria antes de epidemias, de má nutrição ou em busca da glória” (p. 15), não obstante actualmente serão cada vez menos as pessoas que não conseguirão chegar a esta etapa de vida.

A partir dos anos 60 o envelhecimento demográfico acentuou-se em Portugal devido ao movimento migratório e o posterior regresso dos emigrantes já como pessoas idosas. Verifica-se ainda uma quebra na natalidade a partir da década de 80 (Pimentel, 2001).

Entre 1960 e 2001, o número de pessoas idosas, maiores de 65 anos, passou de 708 mil para quase 1,8 milhões. (INE, 2002). O INE estima que até 2050 caso se mantenha a tendência avaliada, o valor andarà próximo dos três milhões de indivíduos. A proporção de população idosa na década de 60 era de 8 por cento. Hoje, esse índice já atingiu os 17 por cento. Em 2050, a faixa etária superior a 65 deverá representar 32 por cento do total. No ano de 2050, um terço da população portuguesa será idosa e cerca de milhão de pessoas terá mais de 80 anos. A previsão é do INE (2002) com base na tendência de envelhecimento da população, devido ao efeito conjugado do aumento da esperança de vida e a diminuição dos níveis de fecundidade. Se a tendência hoje avaliada se mantiver, Portugal será um país seriamente envelhecido dentro de 44 anos (INE, 2002).

Entre as pessoas idosas, as pessoas mais idosas (com 80 e mais anos, a chamada quarta idade) também têm vindo a aumentar de forma significativa. Entre 1960 e 2001, esse grupo populacional quadruplicou, passando de 107 mil para 401 mil pessoas (INE, 2002). Ainda de acordo com o relatório do INE nas

próximas décadas, essa faixa etária da população poderá atingir os 950 mil em 2050.

Se a tendência demográfica de envelhecimento se mantiver como prevê o INE (2002), poderá trazer implicações sociais e económicas à sociedade em geral. Desta forma, com o crescente aumento do número de pessoas idosas, aumenta também a necessidade de planificar os serviços gerontológicos e gerir as listas de espera. Emerge assim, em Portugal, a necessidade da criação/utilização de instrumentos de avaliação que, de forma rápida e barata possam identificar pessoas em risco, intervindo no sentido de dar resposta às necessidades das pessoas idosas.

Após a pesquisa das escalas mais adequadas e construção de outras, desenvolve-se um questionário global – RNAR_75. Tem como objectivo o rastreio de pessoas idosas com idade ≥ 75 anos. As pessoas idosas serão classificadas como “Em risco” e “Livres de Risco”. O questionário abrange, de forma geral, diversas áreas – cognitiva, funcional, humor, indicadores geriátricos, comorbilidade, abuso e situação sócio-económica.

Segundo Devons (2002), para a pessoa idosa, a independência funcional é normalmente o factor mais importante na manutenção da qualidade de vida por estar relacionada com a capacidade do indivíduo de se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até às idades mais avançadas. Também existem algumas evidências importantes de previsibilidade de institucionalização e mortalidade dos indivíduos com distúrbios na capacidade funcional (Hedrick, 1995). Nesta sequência surge a necessidade de incluir a avaliação funcional num questionário global, que rastreia as necessidades da pessoa idosa. A avaliação funcional deve ser o mais abrangente possível de forma a detectar as pessoas idosas dependentes.

Geralmente, a avaliação funcional é realizada por instrumentos de medida simples e baratos e, nesse sentido, serão utilizadas a Escala de Actividade de Vida Diária de Katz (1963) e a Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton & Brody (1969), as mais citadas na literatura internacional. Em cada uma, as pessoas idosas serão classificadas como “dependente” ou “independente”. Pretende-se assim estudar o comportamento das duas escalas

assim como analisar determinadas propriedades psicométricas no sentido de comprovar a pertinência das mesmas num questionário mais extenso – RNAR_75.

O presente trabalho inclui o enquadramento teórico, onde se aborda o rastreio, o rastreio em pessoas idosas e a avaliação funcional. Posteriormente é definida a estratégia de análise, a metodologia, a apresentação dos resultados e a discussão dos mesmos.

Com a criação do questionário global, que avalia as necessidades básicas da pessoa idosa, espera-se contribuir para o desenvolvimento da concepção/gestão dos cuidados de saúde geriátricos e, desta forma, para o desenvolvimento da Gerontologia em Portugal.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. RASTREIO

A ideia de examinar, de forma rotineira, pessoas saudáveis foi proposta há muito tempo, em 1861, por Horace Dobell em Londres (Raffle e Gray, 2007). Nos Estados Unidos (1900), George Gould desenvolveu a ideia, inicialmente com o objectivo de melhorar o conhecimento científico sobre a doença e a sua prevenção (Raffle e Gray, 2007). O factor condutor nos EUA, foi a necessidade das companhias de seguro em minimizar o risco financeiro (Raffle e Gray, 2007). No Reino Unido, nos anos entre as grandes guerras surgem os conceitos de monitorização e vigilância da saúde (Odgen, 2007).

Antes de 1950, o conceito de rastreio era baseado na confiança suprema no poder benéfico da ciência, tecnologia e medicina (Raffle e Gray, 2007). Já nos anos 60, a confiança foi desafiada e a era do rastreio moderno começou, baseada no racionalismo, provas, organização, avaliação económica e também de um dever ético (Raffle e Gray, 2007). A partir de 1960, passou a existir uma crescente aceitação da necessidade de avaliar os pontos positivos e negativos do rastreio, em conjunto com o dever ético de providenciar informação à população (Raffle e Gray, 2007). Nos restantes países da Europa, verifica-se o alastramento deste conceito. Na Suécia surge um programa de rastreio em 1969 e programas similares foram desenvolvidos na Alemanha e no Japão em 1970 (Odgen, 2007). Nos anos 60 e 70, os cuidados de saúde primários desenvolveram programas de rastreio para doenças como a anemia, diabetes, bronquite, cancro do colo do útero e cancro de mama (Odgen, 2007). Desta forma, o rastreio tornou-se, gradualmente, uma faceta importante da biomedicina no século XX (Odgen, 2007).

Desde as campanhas de saúde pública para o rastreio da tuberculose há trinta anos atrás, o rastreio tem vindo a ser usado como uma técnica para a detecção de doenças escondidas numa população aparentemente saudável (Freer, 1985). O conceito de rastreio foi evoluindo ao longo do tempo. Segundo a Comissão de Doenças Crónicas (1957), um teste de rastreio não é entendido como sendo um teste de diagnóstico. Pessoas que acusem algo nestes testes ou nas quais se

descubra algo suspeito, devem ser encaminhadas para o seu médico para um diagnóstico correcto e para os tratamentos (Raffle e Gray, 2007). Em 2000, o Comité Nacional de Prevenção do Reino Unido afirma que o rastreio é um serviço público de saúde no qual os membros de uma população que não sabem, necessariamente, que estão em risco de contrair ou já contraíram uma doença ou complicação e lhes é feito um teste ou uma questão, de modo a identificar os indivíduos mais susceptíveis de serem ajudados e não prejudicados por futuros testes ou tratamentos para reduzir os riscos de uma doença ou de complicações que lhe sejam inerentes (Raffle e Gray, 2007). Por sua vez, para Wald (2004), rastreio é a aplicação sistemática de um teste ou inquérito, para identificar indivíduos com risco suficiente de ter um distúrbio específico para beneficiar de investigações futuras ou de uma acção preventiva directa, entre pessoas que ainda não procuraram ajuda médica ou que tenham dado conta dos sintomas desse distúrbio (Raffle e Gray, 2007).

Do ponto de vista de Raffle e Gray (2007), são várias as características comuns do rastreio: testar as pessoas que não têm ou não reconheceram os sinais ou os sintomas da doença que está a ser testada, o objectivo principal é reduzir o risco para o indivíduo com uma futura doença relacionada com teste que lhe foi feito ou dar informação sobre o risco que estes correm e não pode ser alterada e abrange todo o sistema ou programa de acontecimentos necessários para alcançar uma redução dos riscos. As características mais importantes de um teste de rastreio são a sensibilidade (capacidade do teste identificar correctamente os casos positivos), a especificidade (capacidade de um teste identificar correctamente os que não são casos e classificá-los como negativos), a confiança (ou reprodutibilidade) e a produtividade (quantidade de casos detectados na população) (Mausner e Kramer, 2007). Em suma, o rastreio tem os objectivos de reduzir o risco de uma doença futura e dar informação aos participantes, embora o risco não possa ser mudado (Raffle e Gray, 2007).

Segundo Mausner e Kramer (2007) o mecanismo de rastreio conduz à formação de dois grupos principais: aqueles cujo rastreio foi negativo e que se presume que sejam saudáveis e os que tiveram resultado positivo e terão de ser sujeitos a outros métodos de diagnóstico. Mausner e Kramer. (2007) refere ainda que, para

além de identificar as pessoas que já têm a doença, alguns dos mais modernos programas de rastreio foram estudados para identificar os indivíduos de alto risco de desenvolverem a doença no futuro. O grupo com os resultados positivos necessita então de um maior escrutínio para descobrir quais as pessoas indicadas para beneficiar de uma intervenção (Raffle e Gray, 2007).

A definição de risco não é consensual. Existem vários estudos (Hampel, 2006; Luiz, 2006; Burt, 2001; Weinstein, 1999), que referem a diversidade de conceitos de risco. Entende-se risco como a probabilidade de um evento ocorrer, a percepção de um perigo possível, por um indivíduo ou grupo, sendo este mais ou menos previsível (Zanirato, 2008). A identificação do risco não consegue só por si mudar as consequências, a não ser que seja feita uma intervenção e pelo contrário, intervenções específicas para os indivíduos de mais alto risco não podem ter lugar sem serem feitos alguns testes ou inquéritos iniciais para detectar aqueles que estarão mais em risco (Raffle e Gray, 2007).

Ogden (2007) refere que, apesar das vantagens em termos epidemiológicos, preventivos e de custos, recentemente têm sido discutidos alguns problemas do rastreio, como a ética, o custo-eficácia e a possibilidade de consequências psicológicas.

2. RASTREIO EM PESSOAS IDOSAS

A percentagem de pessoas idosas em muitos países desenvolvidos tem aumentado significativamente sendo oportuna a implementação do rastreio e outras medidas de prevenção para reduzir o impacto de problemas de saúde na população (Freer, 1985).

O interesse pela avaliação geriátrica é iniciado pelo estudo de Anderson e Cowan em 1952, em Rutheglen (Freer, 1985). Desde então, vários estudos mostram que existe uma grande prevalência de problemas físicos, sociais e psicológicos não detectados na população idosa através da história clínica e do exame físico (Freer, 1985; Mann *et al.*, 2004). Mann *et al.*, (2004) refere ainda que os programas de rastreio geriátrico são baseados no conceito de avaliação geriátrica compreensiva. Como forma de detectar as falhas existentes, a medicina geriátrica desenvolveu a Avaliação Geriátrica Compreensiva (AGC) (Wedding *et al.*, 2007) que envolve a avaliação física, mental, funcional social e ambiental (Overcash *et al.*, 2005). Tem como objectivo o diagnóstico precoce de problemas de saúde e a posterior orientação para serviços de apoio, se necessário, com a finalidade de manter a pessoa idosa no seu lar (Paixão *et al.*, 2005).

A AGC faz parte integrante dos cuidados a ter com doentes idosos. É uma ferramenta de diagnóstico, que reconhece os défices e os recursos do doente idoso. Os défices detectados têm de ser tratados através de métodos de diagnóstico mais detalhados, que permitam um diagnóstico preciso e, em seguida, o tratamento ou intervenção (Roehrig, 2007).

Alguns artigos referem que o rastreio é efectuado em populações com idade superior a 75 anos (McEwan, 1990, Freer, 1985, Freer, 1990, Fletcher *et al.*, 2002, Mann *et al.*, 2004), embora outros considerem a idade superior a 65 anos (Bernabei *et al.*, 2000, Wedding *et al.*, 2007, Devons, 2002, Maly *et al.*, 1997). Relativamente ao contexto, o rastreio em pessoas idosas é maioritariamente realizado nos serviços de saúde na comunidade (Anderson *et al.*, 1952; Maly *et al.*, 1997; Mann *et al.*, 2004), embora tenham surgido outros estudos realizados em contexto hospitalar (Mistiaen *et al.*, 1999; Dendukuri *et al.*, 2004; Garrouste-Orgeas *et al.*, 2006).

São várias as vantagens da avaliação geriátrica citadas na literatura internacional como a detecção de problemas que, de outra forma, poderiam passar despercebidos e apenas serem detectados na sua fase aguda (Rubenstein e Burns, citados por Overcash *et al.*, 2005), melhoria da capacidade funcional, diminuição das readmissões hospitalares assim como o número de utentes que necessitam de institucionalização e como consequência a redução de custos (Ellis e Rubenstein, cit por Wedding *et al.*, 2007; Maly, 1997), redução da mortalidade, melhoria da condição física e cognitiva (Maly, 1997), compensação da perda de autonomia, com o apoio necessário e, por último, melhoria da qualidade de vida (Bernabei *et al.*, 2000). No entanto, Fletcher *et al.*, (2002) refere que estas vantagens são controversas porque os inquéritos realizados têm sido demasiado pequenos para fornecer dados que sirvam de base a uma política adequada. Verifica-se ainda que os médicos, assim como outros profissionais de saúde, não vêm as pessoas idosas como um grupo de utentes interessante referindo, muitas vezes, a falta de tempo para efectuar o rastreio geriátrico (Freer, 1990). No entanto, o rastreio em pessoas idosas não necessita de ser efectuado por um médico, podendo ser efectuado por enfermeiras ou assistentes sociais (Freer, 1990) ou, como refere Overcash *et al.*, (2005), por uma equipa multidisciplinar. O uso de instrumentos de rastreio validados é muito útil na avaliação geriátrica pois permitem a identificação de problemas específicos (Devons, 2002). São medidas objectivas, cotadas com pontuações que facilitam a comunicação entre prestadores de cuidados de saúde (Devons, 2002).

Foram efectuados vários estudos, utilizando instrumentos que abrangiam as diversas áreas. Um dos maiores estudos internacionais foi realizado por Fletcher *et al.* no Reino Unido (2002). Neste estudo participaram 33.000 pessoas idosas, com idade ≥ 75 anos em contexto de cuidados de saúde primários, excluindo os que se encontram em lares de terceira idade ou com doenças terminais. Todos os participantes receberam uma avaliação detalhada nos campos social e da saúde inquiridos por pessoal de enfermagem. Quem tivesse um número e um tipo pré-determinado de problemas registados numa avaliação breve é que segue para uma avaliação mais detalhada. A enfermeira do inquérito seguiu um protocolo padrão baseado em resultados e respostas na avaliação detalhada que sirvam de

referência às equipas de cuidados primários ou multidisciplinares de geriatria, outros serviços médicos, agências ou prestadores de cuidados médicos, referências de emergência para os médicos geriatras. Os principais resultados são a diminuição mortalidade, as admissões em hospitais e instituições e a qualidade de vida (Fletcher *et al.*, 2002).

Outro estudo, embora de menores dimensões foi realizado na Áustria por Mann *et al* (2004). Neste estudo participaram 115 pessoas com idade superior a 75 anos, em contexto de cuidados de saúde primários. O principal objectivo do estudo foi adoptar um instrumento de avaliação, para medir a prevalência de problemas médico-sociais geriátricos específicos na população sénior austríaca. Dos 14 problemas de saúde geriátricos foram identificados em média 6 em cada paciente e cerca de metade dos itens positivos dos testes levaram a que o médico tomasse outras medidas. Os campos com maior prevalência e/ou o maior número de acções iniciadas pelos geriatras foram o risco de osteoporose, incontinência urinária, diminuição de acuidade auditiva, falta de vacinação e risco de queda. Os problemas no campo visual foram detectados de novo em apenas 18% enquanto as dificuldades auditivas e a depressão foram detectadas pelo médico em 74.1% e 76.5% respectivamente (Mann *et al.*, 2004).

A avaliação funcional é uma dimensão sempre presente na AGC, sendo mesmo referida como um dos componente-chave da mesma (Bernabei *et al*, 2000; Devons, 2002; Paixão *et al*, 2005).

3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Para a pessoa idosa, a independência funcional é normalmente o factor mais importante na manutenção da qualidade de vida por estar relacionada com a capacidade do indivíduo de se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até às idades mais avançadas (Devons, 2002).

Segundo Botelho (2000), o conceito de capacidade funcional está relacionado com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, representando a sua perturbação uma consequência de determinadas situações patológicas. A avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objectiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas actividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de habilidades diversas, para o desempenho das tarefas de vida quotidiana, para a realização de interacções sociais, nas suas actividades de lazer e noutros comportamentos do seu quotidiano (Devons, 2002; Duarte *et al.*, 2007). Representa uma maneira de avaliar se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as actividades necessárias para cuidar de si mesma e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é total ou parcial (Devons, 2002; Duarte *et al.*, 2007).

A avaliação funcional deve ser efectuada com um instrumento apropriado, fiável e válido (Botelho, 2000). Estes instrumentos permitem a identificação de problemas específicos que a pessoa idosa esteja a passar. São medidas objectivas com pontuações finais que facilitam também a comunicação entre profissionais de saúde (Devons, 2002). Existem algumas evidências importantes de previsibilidade de institucionalização e mortalidade dos indivíduos com distúrbios nesta dimensão da AGC (Hedrick, 1995).

Segundo Kane (1998) e Paixão (2005), os métodos habituais de realização da avaliação funcional estruturada, consistem na observação directa e por questionários (auto ou hetero aplicados), sistematizados por uma série de escalas que aferem os principais componentes desta dimensão. A utilização do método deve ser baseada no objectivo do e metodologia do estudo, recursos disponíveis e outras considerações práticas (Hedrick, 1995). Para a população geral, os questionários de auto-preenchimento têm a vantagem de menos custo e exclusão

de qualquer efeito dos entrevistados. Para pessoas idosas frágeis com diminuição da acuidade auditiva, diminuição da cognição e falta de familiaridade com os formatos dos questionários, a intervenção do entrevistador pode melhorar a qualidade dos dados recolhidos (Hedrick, 1995).

As Actividades de Vida Diárias (AVD) podem ser classificadas em Básicas (ABVD), Instrumentais (AIVD) e Avançadas.

As EAVD são úteis na determinação da capacidade da pessoa idosa de ser independente (Palmer, 1999, citado por Devons, 2002). Estas avaliam actividades essenciais do auto-cuidado, as actividades mais básicas envolvidas nas funções independentes no quotidiano (Graman *et al.*, 2002, cit por Roehrig, 2007).

Analisando a literatura, observa-se uma proliferação de instrumentos que se propõem a avaliar o estado funcional (Hedrick, 1995). As escalas de avaliação funcional seleccionadas neste estudo – Escala de Actividade de Vida Diária de Katz (1963) e Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton & Brody (1969) – são amplamente utilizadas em estudos desta natureza, sendo portanto perfeitamente aplicáveis à pesquisa desenvolvida (Kane *et al.*, 1999), pois instrumentos longos, neste estudo, tornariam o rastreio demasiado extenso e pouco eficaz (Paixão, 2005). Kane *et al.* (1998) afirma que se o instrumento tem a indicação para ser usado em rastreio, a sua brevidade é importante. Para além disto, Alves *et al.* (2007) refere ainda que estes instrumentos têm uma boa aplicabilidade, em virtude da sua fácil compreensão, tanto da parte do investigador como do participante.

São vários os estudos efectuados com as escalas acima mencionadas. A nível internacional, são exemplo os estudos realizados recentemente na Alemanha por Roehrig *et al.* (2007). Foram inquiridos 327 pessoas idosas com idade ≥ 60 anos, dos quais 198 tinham o diagnóstico de carcinoma e 129 outros diagnósticos médicos. Para a avaliação das AIVD foi utilizada a escala de Lawton e Brody. Dois dos oito itens das AVD identificaram 97.4% das pessoas idosas com limitações.

No Brasil, Maciel (2007) efectuou um estudo que envolveu 310 pessoas idosas com idade ≥ 60 anos. O objectivo do estudo consistiu em analisar a influência de factores sociodemográficos, de saúde física e neuropsiquiátricos sobre a

capacidade funcional de pessoa idosas residentes num município do Brasil. Na avaliação funcional foram utilizadas a EAVD de Katz (1963) e a EAIVD de Lawton e Brody (1969). Desta avaliação, 86,9% das pessoas idosas eram independentes para as AVD e, apenas 47,4% eram independentes nas AIVD.

A nível nacional, uma referência é o estudo desenvolvido por Botelho (2000). Neste estudo participaram 152 indivíduos, utentes do Centro de Saúde da Lapa, com idade superior a 65 anos. Foram avaliadas diversas variáveis: capacidade funcional, capacidade locomotora, morbilidade, saúde mental, aspectos sócio-económicos, medições antropométricas, composição corporal, parâmetros plasmáticos, força de preensão. Na variável capacidade funcional, foram avaliadas a autonomia física, utilizando a Escala de Katz (1963) e a autonomia funcional, utilizando a escala de Lawton e Brody (1969), embora não no sentido de rastreio. A autora elaborou uma escala desenvolvida a partir dos itens das anteriores, a qual designou de funcionalidade. Relativamente à autonomia funcional, verificou-se uma diferença significativa entre géneros, com pontuação superior nos homens, correspondente a uma maior independência. No que diz respeito à autonomia instrumental, verificaram-se diferenças significativas entre sexos e escalões etários: as pontuações mais altas pertencem às mulheres e na idade menos avançada (Botelho, 2000).

3.1. Escala de Actividades de Vida Diária de Katz (1963)

A Escala de Actividade de Vida Diária de Katz, desenvolvido por Sidney Katz e colaboradores, é um dos instrumentos mais antigos e também dos mais citados na literatura nacional e internacional utilizado na avaliação das mesmas (Duarte *et al.*, 2007; Hedrick, 1995). Esta escala foi desenvolvida para medir o funcionamento físico das pessoas idosas e doentes crónicos. Frequentemente tem sido usada para indicar a severidade da doença crónica e avaliar a eficácia do tratamento; tem sido usada também para fornecer valores preditivos no curso da doença específica (Katz *et al.*, 1963).

Nos estudos empíricos do envelhecimento, Katz notou que a perda da capacidade funcional ocorre numa ordem particular, sendo que a função mais complexa é a primeira a ser perdida. Katz sugere ainda que, durante a reabilitação, as capacidades são ganhas de acordo com a sua ascendente complexidade, na mesma ordem que são adquiridas inicialmente pelas crianças. Concluiu ainda que a escala de AVD parece reflectir as funções biológicas e psicossociais primárias (Katz *et al.*, 1963; Duarte, 2007).

A escala de AVD foi inicialmente desenvolvida para pessoas idosas e doentes com doenças crónicas com doenças do coração e fracturas da anca (Katz *et al.*, 1959). Avalia a independência em seis actividades: vestir-se, lavar-se, utilizar a sanita, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se (Katz *et al.*, 1963). Através da observação e entrevista, o entrevistador pontua cada actividade, numa escala de 3 pontos de independência. As definições integrais dos seis itens são fornecidas por Katz e seus colaboradores (Katz *et al.*, 1963). O primeiro passo na pontuação envolve a transposição da escala de pontuação de três pontos para um classificação independente/dependente, usando as definições propostas por Katz *et al.* (1963). Finalmente é atribuída uma das oito pontuações finais: A – Independente em alimentar-se, ser continente, mobilizar-se, utilizar a sanita, vestir-se e lavar-se. B- Independente em todas as funções, excepto uma. C – Independente em todas as funções excepto lavar-se e outra função. D – Independente em todas as funções excepto lavar-se, vestir-se e outra função. E – Independente em todas as funções excepto lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, e outra função. F – Independente em todas as funções excepto lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se e outra função. G – Dependente em todas as funções. Outra – Dependente em pelo menos duas funções, mas não classificável como C, D, E ou F (Katz *et al.*, 1963). Em alternativa, um sistema de pontuação mais simples, soma o número de actividades em que o indivíduo é dependente, numa escala de 0 a 6, onde 0=independente e 6=dependente em todas as funções (Katz *et al.*, 1976). Foi realizado um pequeno teste de validação no qual Katz e colaboradores avaliaram a validade inter-observadores e concluíram que diferenças entre estes ocorriam numa em cada 20 avaliações ou com menos frequência (Katz *et al.*, 1963).

Katz *et al.* (1963) aplicaram a escala de AVD e outras escalas a 270 indivíduos num hospital de doentes crónicos. As pontuações da escala de AVD encontraram-se correlacionadas com a escala de mobilidade em 0.50. Num seguimento de dois anos, Katz concluiu que a escala de AVD predizia os resultados a longo termo, tão bem ou melhor que as escalas de avaliação física ou mental. Outros estudos de validade preditiva estão sumariados por Katz e Akpom (1976); 32 de 44 indivíduos classificados como independentes na admissão ao hospital estavam a viver em casa um ano mais tarde, enquanto que oito tinham morrido. Pelo contrário, 23 de 42 indivíduos classificados como dependentes, morreram, enquanto apenas oito estavam a morar nas suas casas. Asberg examinou a capacidade da escala para prever a estadia no hospital, a alta para casa ou morte (N=129) (McDowell e Newell, 1996). Na previsão da mortalidade, a sensibilidade foi de 73% e especificidade de 80%; na previsão da alta, a sensibilidade foi de 90% e a especificidade de 63%. Tal como outras escalas de actividades de vida diárias, a escala de AVD pode ter sensibilidade baixa nos níveis baixos de incapacidade (McDowell e Newell, 1996).

A escala de AVD de Katz (1963) é muito conhecida, com bom histórico de validade, porém com resultados de confiabilidade ainda pouco consistentes (Paixão, 2005). É utilizada em diversos estudos, normalmente associada a outras medidas de rastreio (Alves *et al.*, 2007; Lang *et al.*, 2007; Drageset, 2004; Aberg *et al.*, 2003; Oliveira *et al.*, 2006; Kurz *et al.*, 2003; Maciel *et al.*, 2007; Esbensen *et al.*, 2004; Faxén – Irving *et al.*, 2002).

3.2. Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton & Brody (1969)

As Actividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD) exploram um nível mais complexo de funcionalidade (Bernabei *et al.*, 2000; Alves *et al.*, 2007). Estas descrevem as actividades necessárias para a adaptação ao ambiente, dando ênfase às actividades comunitárias, sendo mais influenciadas cognitivamente (Graman *et al.* 2002, cit por Roehrig, 2007). A escala de Actividades Instrumentais

de Vida Dárias de Lawton e Brody (1969) tem sido amplamente aceite como um instrumento de avaliação válido e de confiança, utilizada em diversos estudos (Cromwell *et al.*, 2003). Esta escala é utilizada numa população idosa, em contexto hospitalar ou na comunidade não estando adaptada para pessoas idosas institucionalizadas. Pode ser usada como avaliação inicial e posteriormente ser comparada com avaliações posteriores (Graf, 2008).

A EAIVD é um instrumento apropriado para avaliar a capacidade de viver de forma independente, avaliando oito funções para as mulheres sendo a capacidade para utilizar o telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar a roupa, modo de transporte, responsabilidade pela própria medicação e habilidade para lidar com o dinheiro, e cinco funções para os homens pois, historicamente, para o homem as funções de preparar alimentos, cuidar da casa e lavar a roupa estão excluídos (Lawton & Brody, 1969). A pontuação utilizada é de 0 (dependente) até 8 (independente) para as mulheres e de 0-5 para os homens (Lawton & Brody, 1969).

A escala de AIVD foi inicialmente testada em paralelo com a Physical Self-Maintenance Scale. A fiabilidade foi estabelecida com 12 indivíduos entrevistados por um investigador e com outro investigador presente que não intervinha. A confiabilidade inter-investigadores foi estabelecida em 0.85. A validade da Escala de AIVD de Lawton & Brody foi testada determinando a correlação da escala de AIVD com 4 escalas que avaliavam domínios da capacidade funcional (Physical Classification, Mental Status Questionnaire, Behavior and Adjustment e PSMS). Um total de 180 indivíduos participaram no estudo mas, no entanto poucos foram avaliados com as 5 escalas. Todas as correlações foram significativas a um nível de 0.01 ou 0.05 (Lawton & Brody, 1969; Graf, 2008). Poucos estudos têm sido realizados para testar as propriedades psicométricas da Escala de Lawton (Graf, 2008).

A escala de AIVD de Lawton & Brody (1969) é fácil de aplicar e baseia-se no auto-relato das capacidades necessárias para viver em comunidade.

É utilizada em diversos estudos, normalmente associada a outras medidas de rastreio (Wedding *et al.*, 2006; Gama *et al.*, 2000; Kurz *et al.*, 2003; Roehrig *et al.*,

2007; Izal *et al.*, 2005; Cromwell *et al.*, 2003; Castilla-Rilo *et al.*, 2007; Maciel *et al.*, 2007), na sua maioria relacionados com a avaliação cognitiva.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

4. OBJECTIVOS E ESTRATÉGIA DE ANÁLISE

O objectivo geral é estudar o comportamento de duas escalas de actividade de vida diária (uma de AVDB e outra AVDI), assim como analisar determinadas propriedades psicométricas no sentido de comprovar a pertinência das mesmas num questionário mais extenso (RNAR-75). Para a concretização do objectivo geral, estabeleceram-se os seguintes objectivos específicos:

1. Avaliar a fiabilidade da Escala de Actividades de Vida Diária de Katz (1963), e da Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton & Brody (1969).
2. Estabelecer associação entre a categorização das pessoas idosas segundo as referidas escalas e os factores de risco.
3. Estabelecer a razão de risco existente entre as variáveis contexto, género, idade, estado civil, escolaridade, depressão, estado mental, índice de comorbilidade, polifarmácia, distúrbios auditivos, distúrbios visuais, risco de queda, e IMC avaliado e a Escala de Actividades de Vida Diária de Katz (1963) e Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton & Brody (1969).
4. Analisar a capacidade de predição dos factores de risco da Escala de Actividades de Vida Diária de Katz (1963) e da Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton & Brody (1969).

A escolha das escalas de Actividades de Vida Diária de Katz (1963) e Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton & Brody (1969) baseou-se na sua vasta utilização a nível internacional. Na sua versão original, a escala de AVD de Katz (1963), tem uma forma de pontuação final muito própria como referenciado anteriormente. Numa primeira fase, a pessoa idosa é classificada em cada actividade, como “independente”, “necessita de ajuda” e “dependente”. Posteriormente, através de uma codificação fornecida por Katz (1963), a função é classificada apenas como “dependente” e “independente”. Finalmente, mediante as actividades nas quais é dependente ou independente, é classificado de “A” a “G” ou “Outros”, não possuindo ponto de corte. Assim sendo, foi atribuída a

pontuação 0 se a actividade fosse classificada como “independente”, pontuação 1 se a pessoa idosa “necessita de ajuda” e pontuação 2 se a pessoa idosa fosse “dependente” na função. Foi estabelecido o ponto de corte 2, o mesmo utilizado no estudo de Perlado *et al.* (1996). A utilização deste ponto de corte baseia-se na pontuação original de Katz no qual uma pontuação C e D correspondem a uma necessidade de maior assistência. Se a pessoa idosa obter a pontuação final de 0 ou 1, é considerada independente; caso a pontuação final fosse ≥ 2 é considerada dependente. Isto é, caso a pessoa idosa fosse dependente numa actividade ou necessitasse de ajuda em pelo menos duas actividades, é considerada “dependente”. Esta forma de pontuação dicotomizada, permitiu o tratamento estatístico dos dados.

Na EAIVD de Lawton & Brody (1969) a pontuação já é fornecida pelos autores. O 0 é atribuído para uma classificação “dependente” e o 1 para uma classificação “independente”. No final, uma pessoa idosa com pontuação = 8 é classificada como “independente” e outra com pontuação <8 é classificada como “dependente”. Posteriormente a classificação final, dicotomizada, foi sujeita a análise estatística. O cruzamento de dados não foi efectuado com todas as escalas do questionário RNAR_75 mas apenas com as que teoricamente se relacionam com a dimensão funcional, sendo elas depressão, estado mental, comorbilidade, polifarmácia, distúrbios auditivos, distúrbios visuais, risco de queda, IMC avaliado e as variáveis sócio-demográficas género, idade, estado civil e escolaridade.

5. METODOLOGIA

5.1. Amostra

Foi obtida uma amostra não aleatória por cotas, sendo as cotas os contextos de recolha de dados – cuidados de saúde primários (Centros de Saúde) e utilizadores de serviços comunitários (Centros de Dia ou Serviço de Apoio Domiciliário), em contexto rural. A amostra final é constituída por 240 pessoas idosas, de ambos os géneros distribuídos igualmente pelos dois contextos. A selecção dos contextos baseou-se na revisão bibliográfica efectuada. Esta revela que o rastreio em pessoas idosas é maioritariamente realizado nos serviços de saúde na comunidade (Anderson *et al.*, 1952; Maly *et al.*, 1997; Mann *et al.*, 2004).

A selecção da amostra obedece a três critérios, sendo eles a idade igual ou superior a 75 anos, ser utilizador dos serviços de Centro de Saúde, Centro de Dia ou Apoio Domiciliário durante a aplicação do instrumento de rastreio e concordar responder ao instrumento de forma voluntária após serem fornecidos os devidos esclarecimentos sobre o mesmo.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos participantes (N=240).

	Contexto		Total
	SC	CSP	
	n (%)	n(%)	N(%)
Sexo			
Feminino	70 (29,2)	76 (31,7)	146 (60,8)
Masculino	50 (20,8)	44 (18,3)	94 (39,2)
Idade (anos)			
Média (Desvio Padrão)	80,85(0,42)	78,97(0,29)	79,87(0,26)
Mínimo – Máximo	75-94	75-88	75-94
Estado Civil			
Solteiro	7 (3,9)	11 (4,6)	18 (7,5)
Casado	44 (18,4)	56 (23,4)	100 (41,8)
Viúvo	68 (28,1)	49 (20,5)	117 (49)
Separado/Divorciado	1 (0,4)	3 (1,5)	4 (1,7)
Nível Escolaridade			
Nunca frequentou escola	53 (22,1)	21 (8,8)	74 (30,8)
Não completou ensino primário	44 (18,3)	37 (15,4)	81 (33,8)
Ensino primário	19 (7,9)	55 (22,9)	74 (30,8)
Ensino preparatório	3 (1,3)	1 (0,4)	4 (1,7)
Ensino profissional	0	4 (1,7)	4 (1,7)
Ensino universitário	0	2 (0,8)	2 (0,8)
Não respondeu	1 (0,4)	0	1 (0,4)
Com quem vive actualmente			
Sozinho	44(18,6)	44(18,6)	88(37,1)
Irmãos	0	3(1,3)	3(1,3)
Cônjuge	37(15,6)	43(18,1)	80(33,8)
Sobrinhos/parentes próximos	0	2(0,8)	2(0,8)
Filhos	18(7,6)	13(5,5)	31(13,1)
Vizinhos/amigos	0	0	0
Genros/Noras	0	0	0
Netos	0	2(0,8)	2(0,8)
Outros	7(3)	7(3)	14(5,9)
Cônjuge e Filhos	6(2,5)	4(1,7)	10(4,2)
Cônjuge e Netos	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)
Filhos e Genros/Noras	5(2,1)	0	5(2,1)

Todos os questionários encontravam-se correctamente preenchidos, sendo a amostra final constituída pelos duzentos e quarenta pessoas idosas, dos quais 146 são do sexo feminino e 94 do sexo masculino. Trata-se de uma amostra

maioritariamente feminina. As idades estão compreendidas entre os 75 e os 94 anos, sendo a média igual a 79,87 anos e o desvio padrão de 0,26. Dos 240 participantes, 18 são solteiros, 100 são casados, 117 são viúvos e 4 separados/divorciados. No que diz respeito às habilitações literárias, 74 nunca frequentaram a escola, 81 não completaram o ensino primário, 74 possuem o ensino primário, 4 o ensino preparatório, 4 o ensino profissional, 2 o ensino universitário e 1 não respondeu. Relativamente ao agregado familiar, 88 vivem sozinhos, 3 com irmãos, 80 com o cônjuge, 2 com sobrinhos ou parentes próximos e 31 com filhos. Nenhum participante vive com vizinhos, amigos, genros ou noras.

5.2.Instrumentos

O questionário RNAR_75 tem como objectivo o rastreio de pessoas idosas com idade ≥ 75 anos, em contexto de cuidados de saúde primários e serviços de apoio ao domicílio, classificando as pessoas idosas como “Em risco” e “Livres de Risco”. A primeira parte do questionário faz uma caracterização demográfica do participante. As restantes partes analisarão as dimensões socioeconómica, comorbilidade, funcionalidade, humor, cognição, abuso de pessoas idosas, distúrbios nutricionais, polifarmácia, queda, incontinência urinária, obstipação, distúrbios sensoriais, distúrbios de sono e utilização serviços de saúde e sociais. Cada uma destas dimensões é avaliada por uma escala específica, abaixo descrita mas, nenhuma delas é independente, podendo relacionar-se entre si pois, a alteração de uma pode traduzir-se na alteração de outra. Isto é, uma pessoa idosa que seja dependente na cognição, pode também ser dependente na funcionalidade.

5.2.1. Escala de Avaliação Sócio-Familiar de Gijon (Garcia – González et al, 1999)

A Escala de Avaliação Sócio-Familiar de Gijon é um dos poucos instrumentos estruturados de avaliação social das pessoas idosas. É constituída por 5 itens: situação familiar, situação económica, residência, relações sociais e apoios de rede social. Classifica os indivíduos em três grupos: “Risco Social Elevado”, “Risco Social Intermédio” e “Risco Social Baixo” na versão espanhola. Não obstante na versão portuguesa as pessoas idosas serão classificadas unicamente em duas categorias.

5.2.2. Índice de Comorbilidade de Charlson (Charlson, Pompei, Ales & Mckenzie, 1987))

Analisa a presença simultânea de doenças. A versão adoptada será a versão original, constituído por 19 itens dicotómicos - presença ou não presença. Classifica os indivíduos em três grupos: “Ausência de Comorbilidade”, “Comorbilidade Baixa” e “Comorbilidade Alta”.

5.2.3. Escala de Depressão Geriátrica (Shelk & Yesavage, 1986)

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) é o instrumento mais utilizado para o rastreio de depressão em pessoas idosas. A versão original tem 30 ítems, mas têm sido desenvolvidas versões mais breves (15, 10 e 5 itens), destinadas a rastreios e estudos epidemiológicos acerca da depressão. É constituída por 15 itens relativos a sintomas clínicos de depressão clínica, escolhidos da versão original da GDS. Classifica os sujeitos em dois grupos: “Em risco de depressão” e “Sem risco de depressão”.

5.2.4. Questionário Curto de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975)

Trata-se de um teste rápido que permite identificar a possibilidade de deterioração cognitiva. É constituído por 10 itens de resposta verbal. Classifica as pessoas idosas em três grupos: “Normal”, “Deterioração Mental Leve-Moderado” e “Deterioração Mental Severo”. A classificação final depende do score final e do nível de escolaridade do indivíduo.

5.2.5. Indicadores de Risco Geriátrico

A avaliação dos distúrbios nutricionais é feita através do cálculo do Índice de Massa Corporal. Classifica as pessoas idosas como “Em risco” (desnutridas, excesso de peso e obesas) e “Sem risco” (Nutridas).

A polifarmácia avalia a presença/ausência de polifarmácia nas pessoas idosas através de duas questões dicotómicas (Sim/Não). Classifica as pessoas como “Em risco” e “Sem Risco”. A resposta positiva a uma das questões considera a existência de risco.

O risco de queda é avaliado através de três questões dicotómicas (Sim/Não). Classifica as pessoas idosas como “Em risco” e “Sem risco”. A resposta positiva a uma das questões considera a existência de risco de queda.

A existência de distúrbios de audição e visão é avaliada através de uma questão dicotómica para cada uma das dimensões. Classifica as pessoas idosas como “Em risco” e “Sem risco”. A resposta positiva às questões implica a existência de distúrbio de audição ou visão.

A dimensão abuso é avaliada através de três questões que contemplam: agressividade verbal, abuso financeiro e abuso físico. Para além destas questões, contempla ainda três indicadores de abuso. Classifica a pessoa idosa como “maltratado” ou “sem risco de maus tratos.

A utilização de serviços pela pessoa idosa é avaliada nos últimos 7 dias.

5.3. Procedimentos

Para a aplicação do questionário, foi solicitado por escrito, um pedido de autorização às instituições intervenientes. A selecção da amostra foi realizada posteriormente, após resposta afirmativa das mesmas.

No que concerne aos Serviços Comunitários, os dados foram recolhidos em Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) ou em Centros de Dia. Relativamente aos Cuidados de Saúde Primários, os dados foram recolhidos no Centro de Saúde, entre Janeiro e Março de 2008.

O tempo médio de aplicação do questionário de rastreio RNAR_75 foi de 20 a 25 minutos e destes, 8-10 minutos foram utilizados para avaliar a funcionalidade.

As escalas originais foram traduzidas, utilizado a técnica da retrotradução, ou seja as escalas foram traduzidas de Inglês (língua de origem) para o português e novamente do português para o idioma de origem (inglês), tendo as duas versões sido comparadas. Este procedimento foi realizado por um tradutor bilingue com experiência nas duas culturas (americana e portuguesa), tendo-se desta forma conseguido resolver os diversos tipos de equivalência como sejam: cultural, semântica, técnica, de conteúdo, de critério e a conceptual.

Todos os investigadores foram formados para a aplicação do questionário, assim como de todos os instrumentos utilizados e o seu devido preenchimento. Os investigadores foram ainda sujeitos a um treino, que consistiu no esclarecimento de dúvidas, padronização de respostas a eventuais dúvidas ou problemas e a *role-playing*, aumentando a fiabilidade entre investigadores. Realizou-se ainda um pré-teste a 10 sujeitos, semelhantes aos da amostra do estudo, que não pertenciam a nenhuma das instituições abordadas, de forma a colmatar eventuais falhas, não tendo sido necessário alterar questões no questionário.

Para a realização deste estudo foram considerados os princípios e direitos éticos fundamentais que determinam qualquer investigação. O consentimento informado escrito faz parte do questionário. Foi ainda transmitido o objectivo do estudo, numa linguagem acessível, assim como o esclarecimento de dúvidas. A participação no estudo foi voluntária e considerou a assinatura de um

consentimento escrito, tendo sido garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes em todo o decorrer do estudo.

5.4. Análise Estatística

As análises estatísticas foram efectuadas usando a aplicação Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 15.0. Inicialmente efectuou-se o cálculo do rácio dos produtos cruzados (*odds ratio*) e o seu intervalo de confiança (IC) de 95% entre as variáveis relativas a contexto, género, idade, estado civil, escolaridade, depressão, estado mental, indicadores de risco geriátrico (polifarmácia, distúrbios sensoriais auditivos e visuais, risco de queda e IMC avaliado) e índice de comorbilidade, e as pontuações dicotomizadas a partir do ponto de corte estabelecido das Escalas de Actividades de Vida Diária de Katz e Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton & Brody. Posteriormente, as variáveis significativas na análise anterior, foram analisadas num modelo de regressão logística. Este procedimento permitiu a estimativa da associação entre cada variável dependente e independente. Foram construídos modelos separados para cada variável independente. Um OR ajustado com 95% de IC que não inclui 1.0 foi considerado significativo. Todos os modelos foram testados para todas as interações possíveis significativas.

6. RESULTADOS

A análise descritiva efectuada revela que na avaliação da Índice de Katz, 23,3% (n=56) dos inquiridos é classificado como “dependente” e 76,7% (n=184) é classificado como “independente”. Relativamente à Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton & Brody, 70,4% (n=169) dos inquiridos é classificado como “dependente” e 29,6% (n=71) como “independente”. Os resultados descritivos podem ser encontrados desagregados na tabela II.

Realizou-se a análise da consistência interna das escalas de AVD de Katz (1963) e AIVD de Lawton & Brody, com o objectivo de verificar a fiabilidade das mesmas. O *alpha de Cronbach* na EAVD é de 0,80 e de 0,86 na EAIVD. Ambos são valores elevados, podendo desta forma afirmar-se que as duas escalas são fiáveis.

Efectuou-se o cálculo do rácio dos produtos cruzados (*odds ratio*) e do seu intervalo de confiança (IC) de 95% entre as variáveis dependentes e independentes. Inicialmente entre a variável EAVD de Katz e contexto [OR=30.85 (95% I.C. 9.28-102.56)], idade [OR= 0.38 (95% I.C. 0.20-0.71)], escolaridade [OR=10.10 (95% I.C. 3.51-29.09)], depressão [OR=0.41 (95% I.C. 0.19-0.91)], e estado mental dicotomizado em alterações ligeiras ou ausentes e alterações severas [OR=0.11 (95% I.C. 0.04-0.35)], e sem alterações e alterações severas ou ligeiras [OR=0.10 (95% I.C. 0.04-0.23)], verificando-se que são estatisticamente significativas. Isto é, um indivíduo que seja avaliado em contexto de SAD tem uma razão de risco de 30.85 de ter um *score* de Katz que implique dependência do que ser avaliado como independente. O mesmo acontece com um indivíduo que seja avaliado com depressivo tem uma razão de risco de 0.41 de ser classificado como dependente. Relativamente à idade, um indivíduo que tenha entre 75 a 85 anos tem uma razão de risco de 0.38 de ter uma *score* de Katz que implique independência do que ser avaliado como dependente. O mesmo acontece com a escolaridade, pois um indivíduo que tenha ensino primário ou mais, tem uma razão de risco de 10.10 de ter um *score* de Katz que implique independência do que ser avaliado como independente. Uma pessoa idosa que seja avaliada com uma pior *performance* cognitiva tem maior risco de ser classificada como dependente. No presente estudo, uma pessoa idosa que é

classificada como tendo alterações severas tem uma razão de risco de 0.11 [95% I.C. 0.04-0.35] de ser classificada como dependente.

Tendo em conta a relação entre EAIVD de Lawton e contexto [OR=15.47 (95% I.C. 6.94-34.50)], escolaridade [OR=3.05 (95% I.C. 1.72-5.44)], depressão [OR=0.42 (95% I.C. 0.23-0.76)], estado mental, na dicotomização sem alterações e alterações severas e ligeiras [OR=0.26 (95% I.C. 0.15-0.48)], distúrbios auditivos [OR=1.83 (95% I.C. 1.01-3.31)] e visuais [OR=2.35 (95% I.C. 1.30-4.27)], verifica-se que são estatisticamente significativas. Isto é, um indivíduo que seja avaliado em contexto de SAD tem uma razão de risco de 15.47 de ter um *score* de Lawton que implique dependência do que ser avaliado como independente. O mesmo acontece com a escolaridade e com a depressão, pois um indivíduo sem ensino primário tem uma razão de risco de 3.05 e um indivíduo com depressão tem uma razão de risco de 0.42 de ter um *score* de Lawton que implique dependência do que ser avaliado como independente. Relativamente ao estado mental, os indivíduos com alterações severas e ligeiras tem uma razão de risco de 0.26 de ter um *score* de Lawton que implique dependência. Quando a sua classificação é dividida em severa e alterações ligeiras ou moderadas, a razão de risco é mais elevada, não conseguindo ser calculada. Isto significa que as pessoas idosas classificadas com alterações severas têm uma razão de risco muito elevada de serem consideradas como dependentes nas AIVD. Verificou-se ainda que um indivíduo com alterações auditivas e individuais tem uma razão de risco de 1.83 e 2.35 de ter um *score* de Lawton que implique dependência, do que ser avaliado como independente.

Os resultados indicam que género, estado civil, comorbilidade, polifarmácia, risco de queda e IMC avaliado não mostraram uma relação estatisticamente significativa com as variáveis dependentes. O mesmo acontece com idade e a variável EAIVD de Lawton e com os distúrbios sensoriais (auditivos e visuais) e a variável EAVD de Katz.

Com o objectivo de testar o impacto das variáveis estatisticamente significativas na classificação de “dependente” ou “independente” das escalas dicotomizadas de AVD de Katz e AIVD de Lawton & Brody, foi desenvolvida uma regressão logística. Esta estratégia teve como objectivo prever a dependência de u

Tabela II. Resultados - Odds Ratio e Regressão Logística

		EAVD de Katz			EAVD de Lawton & Brody		
		Dependente/ Independente (N)	Odds Ratio	IC 95%	Dependente/ Independente (N)	Odds Ratio	IC 95%
Contexto	SAD	53/67			112/8		
	CSP	3/117	30.85	9.28-102.56	57/63	15.47	6.94 – 34.50
	Não entra no modelo		-	-		-	-
Género	Feminino	377/109			98/48		
	Masculino	19/75	1.34	0.72 – 2.51	71/23	0.66	0.37 – 1.19
	Não entra no modelo		-	-		-	-
Idade	Idosos	19/106			82/43		
	Muito idosos	37/78	0.38	0.20 – 0.71	87/28	0.61	0.35 – 1.08
	Não entra no modelo		-	-		-	-
OR ajustado (IC 95%)	Modelo 1		3.17	1.49 – 6.77		-	-
	Modelo 2		3.20	1.50 – 6.81		-	-
	Modelo 3		3.57	1.91 – 6.65		-	-
Estado Civil	Acompanhado	23/77			70/30		
	Sozinho	33/106	0.96	0.52 – 1.76	99/40	0.94	0.54 – 1.66
	Não entra no modelo		-	-		-	-
Escolaridade	Sem ensino primário	52/103			122/33		
	Com ensino primário ou mais	4/80	10.10	3.51 – 29.09	46/38	3.05	1.72 – 5.44
	Não entra no modelo		-	-		-	-
OR ajustado (IC 95%)	Modelo 1		1.37	0.63 – 3.00		0.73	0.39 – 1.39
	Modelo 2		1.13	0.70 – 1.84		-	-
	Modelo 3		-	-		-	-
Depressão	Sem depressão	9/68			43/34		
	Depressão	34/106	0.41	0.19 – 0.91	105/35	0.42	0.23 – 0.76
	Não entra no modelo		-	-		-	-
OR ajustado (IC 95%)	Modelo 1		0.78	0.34 – 1.35		0.52	0.28 – 0.98
	Modelo 2		-	-		0.46	0.26 – 0.80
	Modelo 3		-	-		0.43	0.25 – 0.73
Estado Mental	Alterações ligeiras ou ausentes	45/179			153/71		
	Alterações severas	11/5	0.11	0.04 – 0.35	16/0	-	-
	Não entra no modelo		-	-		-	-
OR ajustado (IC 95%)	Modelo 1	7/108	0.10	0.04 – 0.23	65/50	0.26	0.15 – 0.48
	Modelo 2	49/76			104/21		
	Modelo 3		9.34	3.86 – 22.59		1.68	1.00 – 2.84
Índice Comorbilidade	Comorbilidade severa	2/12			161/65		
	Comorbilidade ligeira ou ausente	54/172	1.88	0.41 – 8.68	8/6	1.86	0.62 – 5.56
	Não entra no modelo		-	-		-	-
Polifarmácia	Sem polifarmácia	24/103			92/35		
	Polifarmácia	32/81	0.59	0.32 – 1.08	77/36	1.23	0.71 – 2.14
	Não entra no modelo		-	-		-	-
Distúrbios auditivos	Com distúrbio	35/92			98/29		
	Sem distúrbio	17/77	1.72	0.90 – 3.31	61/33	1.83	1.01 – 3.31
	Não entra no modelo		-	-		-	-
OR ajustado (IC 95%)	Modelo 1		-	-		0.68	0.36 – 1.26
	Modelo 2		-	-		0.64	0.35 – 1.17
	Modelo 3		-	-		-	-
Distúrbios visuais	Com distúrbio	38/101			109/30		
	Sem distúrbio	14/70	1.88	0.95 – 3.73	51/33	2.35	1.30 – 4.27
	Não entra no modelo		-	-		-	-
OR ajustado (IC 95%)	Modelo 1		-	-		0.58	0.30 – 1.14
	Modelo 2		-	-		0.51	0.28 – 0.94
	Modelo 3		-	-		0.43	0.25 – 0.75
Risco de queda	Com risco de queda	21/76			63/34		
	Sem risco de queda	34/107	0.87	0.47-1.61	105/36	0.64	0.36-1.12
	Não entra no modelo		-	-		-	-
IMC avaliado	>22	37/110			101/46		
	<22	16/73	0.65	0.34-1.26	64/25	1.17	0.65-2.08
	Não entra no modelo		-	-		-	-
IMC avaliado	<27	38/153			131/60		
	>27	15/30	0.50	0.24-1.02	34/11	0.71	0.34-1.49
	Não entra no modelo		-	-		-	-

indivíduo na escala de AVD de Katz, a partir das variáveis independentes idade, escolaridade, depressão e estado mental, presentes no modelo 1. No modelo 2, a depressão é excluída, ficando a idade [OR=3,20 (95% I.C. 1.50-6.81)], a escolaridade [OR=1.13 (95% I.C. 0.70-1.84)] e o estado mental [OR=8.37 (95% I.C. 3.76-18.64)].

A mesma análise foi efectuada com a escala de AIVD de Lawton & Brody e as variáveis independentes escolaridade, depressão, estado mental, distúrbios auditivos e distúrbios visuais, também presentes no modelo 1. No modelo 2, a escolaridade é excluída, ficando a depressão [OR=0,46 (95% I.C. 0.26-0.80)], estado mental [OR=1.79 (95% I.C. 1.07-2.97)], distúrbios auditivos [OR=0,64 (95% I.C. 0.35-1.17)] e distúrbios visuais [OR=0,51 (95% I.C. 0.28-0.94)].

O resultado do modelo final – 3 da análise de regressão logística identifica as variáveis idade [OR=3.57 (95% I.C. 1.91-6.65)] e estado mental [OR=8.30 (95% I.C. 3.74-18.45)] como aquelas que melhor predizem a classificação “dependente” na escala de AVD de Katz. Da mesma forma, as variáveis depressão [OR=0,43 (95% I.C. 0.25-0.73)], estado mental [OR=1.62 (95% I.C. 1.00-2.65)] e distúrbios visuais [OR=0.43 (95% I.C. 0.25-0.75)], são as que melhor predizem a classificação “dependente” na escala de AIVD de Lawton & Brody. Do conjunto de variáveis analisadas, verificou-se que, no modelo final, todas são estatisticamente significativas.

7. DISCUSSÃO

7.1. Convergência e divergência dos factores de risco para ser classificado como “dependente” em actividades de vida diária básica ou instrumental

Existe um grupo de variáveis estatisticamente significativas comuns às AVD e AIVD. Isto significa que as pessoas idosas que apresentem indicadores depressivos, alterações cognitivas e menor escolaridade têm um razão de risco maior de serem classificadas como dependentes nas EAVI e EAIVD. Os distúrbios sensoriais, visuais e auditivos, apenas são estatisticamente significativos para a EAIVD.

No que diz respeito à escolaridade, esta parece estar mais associada às AVD e não tanto às AIVD. Parahyba *et al.* (2005) e Fillenbaum *et al.* (1999) (cit. por Oliveira *et al.* 2006) referem que a baixa escolaridade é um indicador de declínio funcional, logo maior risco de dependência, não diferenciando as AVD e AIVD. No entanto, Lang *et al.* (2007) afirma que as variáveis sócio-demográficas não parecem influenciar os níveis de dependência. Não existem muitos estudos que relacionem escolaridade com a capacidade funcional, não existindo concordância neste indicador. O mesmo não acontece com a depressão e as alterações cognitivas pois, associados a outros pontos de corte existe risco associado.

A saúde mental possui duas sub-dimensões importantes – cognitiva e humor – que também interagem com a avaliação do estado funcional. (Paixão *et al.*, 2005). Cummings *et al.* (2003) no seu estudo testa a existência de relação entre os indicadores depressivos e a capacidade funcional (utilizando 5 AVD e 6 AIVD). No entanto, contrariamente à hipótese inicialmente formulada, o grupo classificado como “dependente” não apresentava indicadores depressivos. A análise inicial desse mesmo estudo mostra que a depressão é um indicador na dependência das AIVD não se verificando o mesmo nas AVD. No entanto, na análise final, as AIVD já não são significativas na predição de depressão. Mehta *et al.* (2002) confirmaram a associação entre declínio da capacidade funcional e sintomas depressivos. Os autores estabeleceram também que a junção de alterações

cognitivas e sintomas depressivos demonstram um risco acrescido de dependência funcional nas AVD.

É ainda importante referir que a depressão pode ser considerada tanto causa na dependência nas AVD e AIVD como também consequência (Iliffe *et al.*, 1993), não sendo preponderante para o presente estudo, pois apenas é relevante saber se esta se encontra relacionada com as AVD e AIVD ou não.

A nível cognitivo, são vários os estudos que estabelecem uma relação entre o declínio da função cognitiva e as actividades instrumentais de vida diárias (Cromwell *et al.* 2003; Jefferson *et al.*, 2006). Juva *et al.* (1997) cit. por Cromwell *et al.* (2003) refere existir uma forte associação entre a demência e o total da pontuação da EAIVD de Lawton & Brody. Outros estudos associam a demência a actividades específicas da EAIVD, como é o caso do estudo de Barberger-Gateau *et al.* (1992). Ao utilizar a EAIVD de Lawton & Brody, demonstrou que os itens habilidade para lidar com o dinheiro, responsabilidade pela própria medicação, utilizar o telefone e modo de transporte estavam associados à pontuação do MMSE (Folstein *et al.*, 1975) e com a demência entre residentes na comunidade. Barberger-Gateau *et al.* (1992) refere ainda que existem vantagens no uso da EAIVD como rastreio, relativamente às escalas de avaliação cognitiva. Estas últimas requerem muito tempo para a sua aplicação e treino especializado dos entrevistadores, enquanto que a EAIVD é mais fácil de aplicar. Cromwell *et al.* (2003) demonstrou que existe associação entre a função cognitiva e a EAIVD.

Kurz *et al.* (2003) efectuou um estudo cujo objectivo foi encontrar um novo método para classificar pessoas idosas com demência, baseada na avaliação da capacidade funcional, utilizando as duas escalas AVD e AIVD.

Os sentidos permitem-nos a envolvência com o mundo exterior, com as outras pessoas que nos rodeiam. Este conceito está implícito nas AIVD. Estas são actividades necessárias para a adaptação ao ambiente, dando ênfase às actividades comunitárias, sendo mais influenciadas cognitivamente (Graman *et al.* 2002, cit. por Roehrig *et al.*, 2007). Estudos demonstram que a alteração da visão atinge 10% das pessoas idosas entre os 65 e os 75 anos e 20% das pessoas idosas com idade superior a 75 anos (Evans *et al.*, 2004; Cinoto *et al.*, 2006). Os referidos autores, apesar de não utilizarem nenhuma das escalas do presente

estudo, afirmam que a acuidade visual interfere no desempenho das actividades de vida diária. Este autor faz referência ainda a alguns estudos realizados que estabelecem a ligação entre a diminuição da acuidade visual nas AVD e na qualidade de vida. Smith *et al.* (2000) reforça a ideia anterior ao referir que a diminuição da acuidade visual afecta significativamente diversas dimensões, como a diminuição da avaliação funcional, interacção social, independência, qualidade de vida e aumenta o risco de queda e o risco de depressão. Já Berry *et al.* (2004) refere que, muitas vezes, a perda de visão é apenas detectada quando o desempenho nas AIVD é afectado.

São poucos os estudos que estabelecem uma relação entre os distúrbios auditivos e a capacidade de realização das AIVD. Nos estudos de Cacciatore *et al.* (1999) os dados confirmam a associação entre a diminuição da acuidade auditiva com alterações cognitivas, sintomatologia depressiva, dificuldade na realização das actividades de vida diárias e diminuição da qualidade de vida. Na opinião de Cacciatore *et al.* (1999), a diminuição da acuidade auditiva está associada com alterações cognitivas e/ou depressão e redução da capacidade funcional. Gates *et al.* (2003) refere que a diminuição da acuidade auditiva interfere na participação das actividades sociais, na comunidade.

No entanto, surgem algumas discrepâncias na análise inicial deste estudo. Verifica-se que a dependência das AVD está associada à idade, tal como Maciel *et al.*, (2007) e Rosa *et al.*, 2003) e ao contrário de Oliveira *et al.* (2006). O mesmo não acontece com as AIVD, resultado que não seria esperado. Teoricamente, uma pessoa com maior idade teria maior dificuldade em concretizar as AIVD (Maciel *et al.*, 2007). Este facto leva à formulação de duas hipóteses. O efeito da auto-selecção fez com que indivíduos possivelmente independentes não atingissem os 65 anos por motivo de doença, por exemplo. Outra hipótese é o facto do ponto de corte utilizado na Escala de AIVD de Lawton & Brody ser demasiado radical, não colocando uma classificação intermédia, tal como sucedeu nas Escala de AVD de Lawton & Brody, ou seja, os resultados obtidos estão intimamente ligados aos pontos de corte estabelecidos.

7.2. Pertinência de diferenciar capacidade funcional em termos de actividades de vida básica e instrumental

Da análise da consistência interna verificou-se que o *alpha de Cronbach* é bastante elevado, tanto para a escala de AVD de Katz – 0.80, como para a escala de AIVD de Lawton & Brody – 0.86, o que indica que a fiabilidade das duas escalas é boa.

Da análise descritiva da EAVD de Katz, verifica-se que 23.3% são classificados como dependentes e 70.4% na EAVD de Lawton & Brody. Poucos estudos utilizam a pontuação original ou a modificada (Drageset, 2004). Lang *et al.* (2007) utilizou no estudo realizado em contexto hospitalar, uma pontuação alternativa para a EAVD de Katz. Cada actividade foi pontuada com 0 (capaz de realizar a actividade sem ajuda) ou 1 (capaz de realizar a actividade com pequena ou ajuda completa). O sistema de pontuação ficaria de 0-5, onde 0 classifica a pessoa idosa como “independente”, pontuação de 1 ou 2 seria “dependente numa ou duas funções” e “dependente” se a pontuação fosse superior a 2. Com esta classificação, 12% das pessoas idosas é classificada como “dependente numa ou duas funções” e 57% dependentes (num total de 5 funções).

Já Kurz *et al.* (2003) utiliza o ponto de corte mais radical 6 (6= dependente e 0=independente). Maciel (2007) utiliza a classificação inicial de Katz (0,1,2) mas, altera a pontuação final. Uma pessoa idosa que obtenha uma classificação > 7 é “dependente”. No seu estudo, apenas 13,1% das pessoas idosas são classificadas “dependentes”. Apenas Faxén-Irving (2002) utiliza a classificação original da EAVD de Katz (1963), na qual 61% das pessoas idosas é independente em todas as funções excepto lavar-se, vestir-se e outra função (pontuação D) e apenas 14% é independente em todas as actividades (pontuação A).

Cromwell *et al.* (2003) utiliza um ponto de corte diferente da versão original da EAVD de Lawton & Brody para avaliar a sensibilidade da escala. Atribui a pontuação de 1 até 3 quando a actividade tem 3 opções de resposta, até um total de 5 por actividade. Os pontos de corte utilizados são de 10/11 e 15/16. Quanto maior for a pontuação mais elevada será a dependência. Já Kurz *et al.* (2003),

Wedding *et al.* (2006) e Roehrig *et al.* (2007) utilizam o ponto de corte 8 (= independente e <8 dependente), igual ao original.

Maciel (2007) utiliza independentes = 0 ou 1 e > 1, dependentes; 52.6% foram classificados como dependentes.

Como esperado, o número de pessoas idosas dependentes é muito superior na avaliação pela escala de AIVD. Tal facto justifica-se pelas próprias definições de AVD e AIVD. Isto é, uma vez que as AIVD são consideradas mais complexas, seria de esperar que as pessoas idosas sentissem maior dificuldade em executá-las do que as AVD, consideradas básicas.

Como em qualquer estudo, existem algumas limitações. Relativamente à escala original de AVD de Katz, a pessoa idosa é pontuada mediante a execução da actividade e não na afirmação de a realizar. Tal procedimento seria impossível no contexto de aplicação do RNAR_75, uma vez que se pretende um instrumento de rastreio rápido. O auto-relato pode levar a uma sobre ou subestimação da capacidade avaliada apesar de Reijneveld *et al.* (2007) ter concluído que a avaliação das AVD através do auto-relato pode ser considerada como uma medida de avaliação funcional aceitável, válida e fiável. Apesar de Fillenbaum *et al.* (1997) referir que a continência não deve fazer parte da avaliação funcional, uma vez que uma alteração nesta função está também relacionada com alterações neurológicas, esta foi contemplada à semelhança dos estudos mencionados. Não foi utilizada a pontuação original da EAVD de Katz (1963) pois esta dificulta a apresentação de dados e também o seu tratamento estatístico.

Na versão original a escala de AIVD, os autores fazem a distinção entre as actividades e o género. Referem que historicamente, na cultura ocidental, os homens não concretizam habitualmente as actividades de preparar alimentos, cuidar da casa e lavar a roupa e como tal, são excluídos. No presente estudo a escala com as 8 actividades foi aplicada a ambos os géneros, não havendo qualquer distinção. Existem pessoas idosas que moram sozinhas (37,1%) e as actividades excluídas são necessárias para o quotidiano.

7.3. O perfil de “dependente” na natureza das escalas funcionais utilizadas

Uma pessoa idosa que tenha maior idade (Maciel *et al.*, 2007), e alterações cognitivas (Molina *et al.*, 2003; Arcoverde *et al.*, 2008) tem uma elevada probabilidade de ser dependente nas AVD. Da mesma forma, uma pessoa idosa que esteja deprimida (Maciel *et al.*, 2007), tenha alterações cognitivas (Arcoverde *et al.*, 2008; Castilla-Rilo *et al.*, 2007) e distúrbios visuais, tem uma elevada probabilidade de ser dependente nas AIVD.

Conclui-se assim que as EADL e EAIDL devem ser incluídas no questionário final, apesar de serem necessários mais estudos de validade. Avaliam dimensões diferentes pois os indicadores de ambas são diferentes. Cummings *et al.* (2003) e Katz *et al.* (1983) fazem a mesma referência pois a alteração da capacidade nestas diferentes actividades podem ter efeitos diferentes no bem-estar da pessoa idosa. Estes questionários fornecem informações importantes sobre o prognóstico, sendo importante na monitorização da saúde e da doença nas pessoas idosas (Katz *et al.*, 1983).

As alterações orgânicas, funcionais e psicológicas decorrentes do envelhecimento normal são variadas. Na proporção que a longevidade aumenta, a dependência tende a aumentar em virtude de diversos factores, embora não possa ser estabelecida uma relação directa causa e efeito.

O estudo da EAVD de Katz e da EAIVD de Lawton & Brody revela que ambos são fiáveis, podendo constituir uma estratégia de avaliação da capacidade funcional das pessoas idosas no questionário RNAR_75.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, L. C., Leimann, B. C., Vasconcelos, M. E., Carvalho, M. S., Vasconcelos, A. G., Fonseca, T. C., et al. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 1924-1930.

Anderson, W., & Cowan, N. (1952). A consultative health centre for older people. *Lancet*, 2, 239-240.

Arcoverde, C., Deslandes, A., Rangel, A., Rangel, A., Pavão, R., Nigri, F., et al. (2008). Role of physical activity on the maintenance of cognition and activities of daily living in elderly with Alzheimer's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 66, pp. 323-327.

Barbeger-Gateau, P., Commenges, D., Gagnon, M., Letenneur, L., Sauvel, C., & Dartigues, J. F. (1992). Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, pp. 1129-1134.

Bernabei, R., Venturiero, V., Tarsitani, P., & Gambassi, G. (2000). The comprehensive geriatric assessment: When, where, how. *Critical reviews in oncology/hematology*, 33, 45-56.

Berry, P., Mascia, J., & Steinman, B. (2004). Vision and hearing loss in older adults: "Double trouble". *Care Management Journals*, 5, 35-40.

Botelho, M. A. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos*. Laboratórios Bial.

Burt, B. (2001). definitions of risk. *Journal of Dental Education*, 65, pp. 1007-1008.

Cacciatore, F., Napoli, C., Abete, P., Marciano, E., Triassi, M., & Rengo, F. (1999). Quality of life determinants and hearing function in an elderly population: Osservatorio geriatrico campano study group. *Gerontology*, 45, 323-328.

Castilla-Rilo, J., López-Arrieta, J., Bermejo-Pareja, F., Ruiz, M., Sánchez-Sánchez, F., & Trincado, R. (2007). Instrumental activities of daily living in the screening of dementia in population studies: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 829-836.

Charlson, M., Pompei, P., Ales, K., & McKenzie, C. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 373-383.

- Cinoto, R., Berezovsky, A., Belfort Jr., R., & Salomão, S. (2006). Comparação entre qualidade de visão auto-retratada e acuidade visual em população idosa de baixa renda na cidade de São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 69, 17-22.
- Cromwell, D. A., Eagar, K., & Poulos, R. (2003). The performance of instrumental activities of daily living scale in screening for impairment in elderly community residents. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, pp. 131-137.
- Cummings, S. M., Neff, J. A., & Husaini, B. A. (2003). Functional Impairment as a Predictor of Depressive Symptomatology: The Role of Race, Religiosity, and Social Support. *Health & Social Work*, 28, 23-32.
- Dendukuri, N., McCusker, J., & Belzile, E. (2004). The identification of senior at risk screening tool: further evidence of concurrent and predictive validity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, pp. 290-296.
- Devons, C. (2002). Comprehensive geriatric assessment: Making the most of the aging years. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 5, 19-24.
- Drageset, J. (2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: A survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 65-71.
- Duarte, Y., Andrade, C., & Lebrão, M. (2007). O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, pp. 317-325.
- Esbenzen, B., Østerlind, K., Roer, O., & Hallberg, I. (2004). Quality of life of elderly persons with newly diagnosed cancer. *European Journal of Cancer Care*, 13, 443-453.
- Evans, B., & Rowlands, G. (2004). Correctable visual impairment in older people: A major unmet need. *Journal of the College of Optometrists*, 24, 161-180.
- Faxen Irving, G., Andren Olsson, B., Geijerstam, A., Basun, H., & Cederholm, T. (2002). The effect of nutritional intervention in elderly subjects residing in group-living for the demented. *European journal of clinical nutrition*, 56, 221-227.
- Fletcher, A., Jones, D., Bulpitt, C., & Tulloch, A. (Outubro de 2002). *The MRC trial of assessments and management of older people in the community: objectives,*

design and interventions. Obtido em Novembro de 2007, de BioMed Central: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/2/21>

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Freer, C. (1985). Geriatric screening: A reappraisal of preventive strategies in the care of the elderly. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35, 288-290.

Freer, C. (1990). Screening the elderly. *British Medical Journal*, 300, 1447-1448.

Gama, E. V., Damán, J., Molino, J. P., López, M. R., Pérez, M. L., & Iglesias, F. J. (2000). Short report. Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. *Age and Ageing*, 29, 267-270.

Garcia-González, J., Días-Palacios, E., Salamea, A., Cabrera, D., Menéndez, A., & Fernández-Sánchez, A. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*, 23, 434-440.

Garrouste-Orgeas, M., Timsit, J.-F., Montuclard, L., Colvez, A., Gattolliat, O., Philippart, F., et al. (2006). Decision-making process, outcome, and 1-year quality of life of octogenarians referred for intensive care unit admission. *Intensive Care Medicine*, 32, 1045-1051.

Gates, G., Murphy, M., Rees, T., & Fraher, A. (2003). Screening for handicapping hearing loss in the elderly. *The Journal of Family Practice*, 52, 56-62.

Graf, C. (2008). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. *AJN, American Journal of Nursing*, 108, 52-62.

Hampel, J. (2006). Different concepts of risk - A challenge for risk communication. *International Journal of Medical Microbiology*, 296, 5-10.

Hedrick, S. C. (1995). Assessment of functional status: Activities of daily living. *Geriatric Assessment Technology: The State of the Art*, 51-57.

Iliffe, S., Tai, S. S., Haines, A., Booroff, A., Goldenberg, E., Morgan, P., et al. (1993). Assessment of elderly people in general practice. 4. Depression, functional ability and contact with services. *British Journal of General Practice*, 43, 371-374.

INE (Ed.). (2002). *Censos 2001: Resultados provisórios: XIV recenseamento geral da habitação*. Obtido em 2008, de Instituto Nacional de Estatística: www.INE.pt

- Izal, M., Montorino, I., Márquez, M., & Losada, A. (2005). Caregivers' expectations and care receivers' competence Lawton's ecological model of adaptation and aging revisited. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 129-140.
- Jefferson, A. L., Paul, R. H., Ozonoff, A., & Cohen, R. A. (2006). Evaluating elements of executive functioning as predictors of Instrumental Activities of Daily Living (IADLs). *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 311-320.
- Kane, R. L., Ouslander, J. G., & Abrass, I. (1999). *Essentials of Clinical Geriatrics* (4ª Edição ed.). New York: McGraw-Hill Professional Publishing.
- Kane, R., & Rubenstein, L. (1998). *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *ournal of the American Geriatrics Society*, 31, 721-727.
- Katz, S., & Akporn, C. (1976). A measure of primary sociological function. *International Journal of Health Services*, 6, 493-507.
- Katz, S., & Chinn, A. (1959). Multidisciplinary studies of illness in aged persons. II. A new classification of functional status in activities of daily living. *Journal of chronic diseases*, 9, 55-62.
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B., & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 21, 914-919.
- Kurz, X., Scuvee-Moreau, J., & Dresse, A. (2003). A New Approach to the Qualitative Evaluation of Functional Disability in Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, pp. 1050-1055.
- Lang, P.-O., Meyer, N., Heitz, D., Dramé, M., Jovenin, N., Ankri, J., et al. (2007). Loss of independence in Katz's ADL ability in connection with an acute hospitalization: Early clinical markers in French older people . *European Journal of Epidemiology*, 22, 621-630.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.

- Luiz, O., & Cohn, A. (2006). Sociedade de risco e risco epidemiológico. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 2339-2348.
- Maciel, Á. C., & Guerra, R. O. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10, pp. 178-189.
- Maly, R., Hirsch, S., & Reuben, D. (1997). The performance of simple instruments in detecting geriatric conditions and selecting community-dwelling older people for geriatric assessment. *Age and Ageing*, 26, 223-231.
- Mann, E., Koller, M., Mann, C., Cammen, T., & Steurer, J. (19 de Maio de 2004). *Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria*. Obtido em Novembro de 2007, de Web site de BioMed Central: [Http://www.biomedcentral.com/1471-2318/4/4](http://www.biomedcentral.com/1471-2318/4/4)
- Mausner, S., & Kramer, S. (2007). *Introdução à Epidemiologia* (4ª Edição ed.). Lisboa: Fundação Galouste Gulbenkian.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (2ª Edição ed.). New York: Oxford University Press.
- McEwan, R., Davison, N., Forster, D., Pearson, P., & Stirling, E. (1990). Screening elderly people in primary care: a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 40, 94-97.
- Mehta, K., Yaffe, K., & Covinsky, K. (2002). Cognitive impairment, depressive symptoms, and functional decline in older people. *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 1045-1050.
- Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., Prins-Hoekstra, A., Ros, W., & A., B. (1999). Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1050-1056.
- Molina, E., Laporte, A., Gil, L., Tudury, X., & M., T. (2003). Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Atención primaria*, 32, pp. 282-287.
- Odgen, J. (2007). *Health Psychology*. Berkshire: Open University Press.
- Olievenstein, C. (2000). *A arte de envelhecer*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Oliveira, C., Goretti, C., & Pereira, M. (2006). O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: Estudo piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10, pp. 91-96.

- Overcash, J., Beckstead, J., Extermann, M., & Cobb, S. (2005). The abbreviated comprehensive geriatric assessment (aCGA): a retrospective analysis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, *54*, 129-136.
- Paixão Jr, C. M., & Reichenheim, M. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*, 7-19.
- Parahyba, M. I., Veras, R., & Melzer, D. (Junho de 2005). Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Revista Saúde Pública*, *39*, pp. 383-391.
- Perlado, F., Alastuey, C., Espinosa, C., Clerencia, M., Ochoa, P., & Domingo, D. (1996). Valoración del estado funcional en ancianos hospitalizados: La escala Plutchik. *Medicina clínica*, *107*, 45-49.
- Pfeifer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly. *Journal of American Geriatric Society*, *23*, 433-441.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Raffle, A., & Gray, M. (2007). *Screening Evidence and Practice*. Oxford New York: Oxford University Press.
- Reijneveld, S. A., Spijker, J., & Dijshoorn, H. (2007). Katz' ADL index assessed functional performance of Turkish, Moroccan, and Dutch elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, *60*, 382-388.
- Roehrig, B., Hoeffken, K., Pientka, L., & Wedding, U. (2007). How Many And Which Items Of Activities Of Daily Living (ADL) And Instrumental Activities Of Daily Living (IADL) Are Necessary For Screening. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, *62*, pp. 164-171.
- Rosa, T. C., Benício, M. D., Latorre, M. O., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública*, *37*, pp. 40-48.
- Shelk, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, *5*, 165-172.
- Smith, L., & Illife, S. (2001). Community screening for visual impairment in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, *49*, 673-675.

Wedding, U., Ködding, D., Pientka, L., Steinmetz, H., & Schmitz, S. (2007). Physicians' judgement and comprehensive geriatric assessment (CGA) select different patients as fit for chemotherapy. *Critical reviews in oncology/hematology*, 64, 1-9.

Wedding, U., Röhrig, B., Klippstein, A., Fricke, H.-J., Sayer, H. G., & Höffken, K. (2006). Impairment in functional status and survival in patients with acute myeloid leukaemia. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 132, 665-671.

Weinstein, N. (1999). What does it mean to understand a risk? Evaluating risk comprehension. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 15-20.

Zanirato, S., Ramires, J., Amicci, A., Ribeiro, Z., & Ribeiro, W. (25 de Maio de 2008). Sentidos do risco: Interpretações teóricas. *Revista Bibliográfica de Geografía Y Ciencias Sociales*, 13, pp. 742-798.

ANEXO I - Questionário de Rastreio RNAR_75

CONSENTIMENTO INFORMADO

...

Declaro que fui informado (a) de todos os pormenores em relação ao presente instrumento de avaliação (PROTOCOLO DE RASTREIO PARA PESSOAS IDOSAS \geq 75 ANOS), no âmbito do projecto de investigação Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em Pessoas Idosas (\geq 75 anos) [RNAR_75].

Tomei conhecimento do tipo, duração e características do referido instrumento, bem como dos objectivos da sua realização. Em relação aos dados obtidos fica assegurada a reserva e o sigilo decorrentes da obrigação de segredo profissional das pessoas que procedem à aplicação do instrumento.

Nestas condições, é de livre vontade que dou consentimento para a realização da avaliação que me foi proposta, e para que os resultados sejam incluídos numa base de dados para posteriores análises.

____ / ____ / ____

Assinatura _____

A**Dados de Identificação**

Dados Sócio/Demográficos

A1. Sexo

1. Feminino
2. Masculino

A2. Idade

_____ anos

A3. Estado Civil

1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo 4. Separ/Divorc. 5. União de Facto

A4. Nível de Escolaridade

1. Nunca frequentou a escola 2. Não completou o Ensino Primário 3. Ensino Primário 4. Ensino Preparatório
5. Ensino Secundário 6. Ensino Profissional 7. Ensino Universitário

A5. Naturalidade (Concelho)

A6. Residência (Concelho)

B**Dados de Identificação**

Caracterização Sócio/Económica do Idoso

B1. Refira os seus familiares mais directos

Cônjuge Filhos n° _____ Netos n° _____ Irmãos n° _____ Sobrinhos n° _____
Outros (especificar _____) n° _____ Outros (especificar _____) n° _____

B2. Se tem filhos (residência)

Na mesma freguesia n° _____ No mesmo concelho n° _____
No mesmo distrito n° _____ Na mesma casa n° _____

B3. Com quem vive actualmente?

1. Vive só 2. Irmãos 3. Cônjuge 4. Sobrinhos/Parentes próximos 5. Filhos
6. Vizinhos/ amigos 7. Genros/Noras 8. Netos 9. Outros (especificar _____)

Como é a sua relação com as pessoas que estão mais próximas de si?

_____ (CODIFICAR RESPOSTA)

- Existem frequentemente discussões que resultam em agressões físicas entre os membros da família
 Existem frequentemente discussões que resultam em agressões verbais entre os membros da família
 Poucas vezes existem discussões entre os membros da família
 Não há evidência de conflito entre as pessoas mais próximas da pessoa idosa; existindo um clima de estabilidade entre as membros da família

B**Dados de Identificação**

Caracterização Sócio/Económica do Idoso

Tem conhecimento de que alguém próximo de si, consuma álcool em excesso ou drogas?

Sim Não Qual? álcool drogas **B4. Quantas pessoas vivem na mesma casa?**

_____ pessoas

B5. No caso de precisar de algum tipo de ajuda, normalmente a quem recorre?

B6. Origem dos rendimentos (Valor Aproximado) (*Per capita* - Rendimento do agregado familiar - considerado como as pessoas que vivem na mesma habitação)
(Ver Respostas B3 e B4)
(Se não tem rendimentos colocar 0 €)**Grau de Parentesco** Própria pessoa

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

 Cônjuge

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

 Filhos

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

 Outros _____

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

 Outros _____

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

C**Dados de Identificação**
Situação Habitacional**C1. Localização**

1. Localizada na povoação
 2. Isolada

C2. Tipo de habitação

1. Casa unifamiliar
 2. Apartamento/andar
 3. Parte de casa
 4. Alojamentos colectivos e casas de Dormidas
 5. Barracas
 6. Tendas/roulotes
 7. Sem Abrigo
 8. Outras _____

C3. Regime de Ocupação

1. Própria
 2. Arrendada
 3. Cedida com a presença dos locatários ou donos da casa
 4. Cedida sem a presença dos locatários ou donos da casa
 5. "Ocupada"
 6. Outra _____

C4. Ano de construção

1. Antes de 1901
 2. 1901 a 1950
 3. 1951 a 1980
 4. 1980 a 2000
 5. Depois de 2001

C5. Número de divisões

1. Até 2 divisões
 2. 3 divisões
 3. 4 divisões
 4. 5 divisões
 5. Mais de 5 divisões

C6. Infraestruturas

- Electricidade
 Ar condicionado
 Instalação de gás
 Frigorífico
 Água Canalizada
 Fogão
 Água quente
 Televisor
 Aquecimento
 Máquinas de lava a roupa
 Telefone

C7. Condições de Acessibilidade

- Barreiras Arquitectónicas
 Outros problemas de acessibilidade Quais? _____

D₁

Avaliação Funcional

Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody¹

D1a. Capacidade para usar o telefone:

- 1. Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc.
- 2. Marca alguns números que conhece bem
- 3. Atende o telefone mas não marca números
- 4. Não usa o telefone

D1b. Fazer compras:

- 1. Faz as compras que necessita sozinho
- 2. Compra sozinho pequenas coisas
- 3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra
- 4. Incapaz de fazer compras

D1c. Preparar refeições:

- 1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho
- 2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários
- 3. Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada
- 4. Necessita de refeições preparadas e servidas

D1d. Cuidar da casa:

- 1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: “trabalho doméstico pesado”)
- 2. Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama
- 3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza
- 4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- 5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica

D1e. Lavar a roupa:

- 1. Lava toda a sua roupa
- 2. Lava pequenas peças de roupa
- 3. É incapaz de lavar a sua roupa

D1f. Modo de transporte:

- 1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria
- 2. Não usa transportes públicos, excepto táxi
- 3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado
- 4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro
- 5. Incapaz de se deslocar

D1g. Responsabilidade pela própria medicação:

- 1. Toma a medicação nas doses e horas correctas
- 2. Toma a medicação se preparada e separada por outros
- 3. É incapaz de tomar a medicação

D1h. Habilidade para lidar com o dinheiro:

- 1. Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda
- 2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores
- 3. Incapaz de lidar com o dinheiro

D2a. Lavar-se

- 1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda
- 2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo
- 3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho

D2b. Vestir-se

- 1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda
- 2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos
- 3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo

D2c. Utilizar a sanita

- 1. Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e depeja-o de manhã, sem ajuda
- 2. Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite
- 3. Não consegue utilizar a sanita

D2d. Mobilizar-se

- 1. Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sem ajuda
- 2. Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda
- 3. Não se levanta da cama

D2e. Ser continente

- 1. Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas
- 2. Tem incontinência ocasional
- 3. É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância

D2f. Alimentar-se

- 1. Come sem qualquer ajuda
- 2. Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão
- 3. Necessita de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda ou por via endovenosa

E**Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)**

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Está satisfeito com a sua vida? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 2. Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 3. Sente a sua vida vazia? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 4. Fica muitas vezes aborrecido(a)? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 12. Sente-se inútil? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 13. Sente-se cheio(a) de energia? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 14. Sente que para si não há esperança? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o (a) senhor(a)? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

F**Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ)**

Instruções: Coloque as questões de 1-10 da lista e registe todas as respostas. Apenas faça a questão 4a se a pessoa não tiver telefone.

1. Qual é a data de hoje? ____ . ____ . ____ (mês . dia . ano)
2. Que dia da semana é hoje? _____
3. Qual é o nome deste lugar? _____
4. Qual é o seu número de telefone? _____
- 4a. Qual é a sua morada _____
5. Quantos anos tem? _____
6. Quando nasceu? _____
7. Quem é o Presidente da República actualmente? _____
8. Quem foi o Presidente anterior? _____
9. Qual o nome completo da sua mãe? _____
10. Subtraia 3 a 20 e continue a subtrair menos 3 a cada número novo, até ao mais baixo. _____

G

Indicadores de Risco Geriátrico

A. Distúrbios Nutricionais

Tem comido pior por falta de apetite?

Sim Não

Peso _____ kg Altura _____ metros IMC _____

Tem perdido ou ganho peso sem razão aparente nos últimos 6 meses?

Sim Não

Se sim, quanto? _____ Kg

Avaliação Antropométrica³

Peso _____ kg Altura _____ metros IMC _____

B. Polifarmácia

Quantos medicamentos diferentes está a tomar neste momento?

(Incluindo medicamentos venda-livre e suplementos vitamínicos/minerais/herbais)

C. Quedas

Teve alguma queda nos últimos 6 meses?

Sim Não

Tem medo de cair?

Sim Não

Se *Sim*, deixou de fazer alguma das suas actividades habituais por causa desse medo?

Sim Não

D. Incontinência urinária

Alguma vez teve perda de urina quando não estava a contar?

Sim Não

Se *Sim*, alguma vez surgiu uma vontade repentina de urinar e não consegui chegar a tempo ao W.C?

Sim Não

Alguma vez teve perda de urina quando tossia, ria ou fazia algum esforço?

Sim Não

E. Obstipação

Tem problemas de obstipação ("intestino preso")?

Sim Não

F. Distúrbios sensoriais

Acha ou sente que tem algum problema de audição?

Sim Não

Resultado *Teste de Susurro*⁴

Sim Não

Acha ou sente que tem algum problema de visão?

Sim Não

Resultado *Teste de Jaeger*⁵

Sim Não

F. Distúrbios de Sono

Sente-se sonolento durante o dia?

Sim Não

Está satisfeito com o seu sono?

Sim Não

H**Índice de Comorbilidade de Charlson⁶**

- Enfarte do Miocárdio
- Insuficiência Cardíaca
- Doença Arterial Periférica
- Doença Cerebrovascular
- Demência
- Doença Respiratória Crónica
- Doença do Tecido Conjuntivo
- Úlcera Gastroduodenal
- Hepatopatia Crónica Leve
- Diabetes
- Hemiplegia
- Insuficiencia Renal Crónica Moderada/Severa
- Diabetes com Lesão em Órgãos Alvo
- Tumor ou Neoplasia Sólida
- Leucemia
- Linfoma
- Hepatopatia Cronica Moderada/Severa
- Tumor ou Neoplasia
- Sida definida
- _____

I**Escala de Depressão Geriatria (GDS-4)**

Instruções: Coloque as questões de 1-10 da lista e registe todas as respostas. Apenas faça a questão 4a se a pessoa não tiver telefone.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Está satisfeito com sua vida? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 2. Sente a sua vida vazia? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 3. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 4. Sente-se feliz a maior parte do tempo? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

J**Utilização de Serviços (nos últimos 7 dias)**

Tratamentos especiais/terapias/Programas

Tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 7 dias (ou desde o último contacto se foi durante os últimos 7 dias) e adesão ao esquema programado. Inclui serviços recebidos no domicílio.

A. Tratamentos de Saúde (exercidos por serviço profissional)**Terapias Respiratórias**

- Oxigénio
- Nebulizações
- Ventilação Não-Invasiva (BIPAP/ CPAP)

Cuidados e Tratamentos

- Úlceras de Pressão
- Úlceras de Perna

J**Utilização de Serviços** (nos últimos 7 dias)

continuação

Tratamentos especiais/terapias/Programas

Tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 7 dias (ou desde o último contacto se foi durante os últimos 7 dias) e adesão ao esquema programado. Inclui serviços recebidos no domicílio.

A. Tratamentos de Saúde (exercidos por serviço profissional)

- Feridas Cirúrgicas
- Escoriações
- Mudança de sonda vesical
- Mudança de sonda nasogástrica

Monitorização e Vigilância de Enfermagem

- Diurese
- Tensão Arterial
- Glicemia Capilar

Cuidados de Ostomia

- Traqueostomia
- Gastrostomia Percutanea
- Colostomias
- Nefrostomias

 Tratamentos Intravenosos **Transfusões de Sangue** **Tratamentos Programados**

- Diálise
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Programas tratamento álcool/drogas**
- Outros** _____

B. Terapias de saúde

- Fisioterapia
- Outros _____

C. Serviços Sociais

- Serviço de Apoio Domiciliário Nº de horas por semana = _____ h
- Centro de Dia / Convívio
- Outros _____

L**Avaliação de Violência e Maus Tratos contra a Pessoa Idosa**

1. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si gritou consigo sem razão? Sim Não
2. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si tem usado o seu dinheiro sem ser da sua vontade? Sim Não
3. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si o empurrou ou bateu? Sim Não

M

Escala “Gijón” de Avaliação Sócio-familiar no Idoso

A. Situação familiar

- 1. Vive com a família sem dependência física/psíquica
- 2. Vive com o cônjuge de similar idade
- 3. Vive com a família e/ou cônjuge com algum grau de dependência.
- 4. Vive sozinho mas tem filhos próximos
- 5. Vive sozinho sem filhos

B. Situação económica⁷

- 1. Mais de 2 salários mínimos
- 2. De 2 salários mínimos até 1 salário mínimo
- 3. Desde ao salário mínimo até à pensão do sistema contributivo
- 4. Desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social
- 5. Sem rendimentos ou inferiores aos anteriormente apresentados

C. Habitação

- 1. Adequada às necessidades
- 2. Barreiras arquitectónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação (degraus de escadas, portas estreitas, banheira...)
- 3. Humidade, fracas condições de higiene, equipamento inadequado (casa de banho incompleta, ausência de água quente e de aquecimento)
- 4. Ausência de elevador, telefone
- 5. Habitação inadequada (barracas, habitação em ruínas, ausência de equipamentos mínimos)

D. Relações sociais

- 1. Relações sociais
- 2. Relações sociais só com a família e com os vizinhos
- 3. Relações sociais só com a família ou vizinhos
- 4. Não sai do domicílio, mas recebe visitas
- 5. Não sai do domicílio nem recebe visitas

E. Apoio de Rede Social

- 1. Com apoio familiar ou de vizinhos
- 2. Voluntariado social, ajuda domiciliária
- 3. Não tem apoio
- 4. Pendente do ingresso numa instituição geriátrica
- 5. Tem cuidados permanentes

N

Outros Itens

Aparência Física

Aspecto descuidado

Sim Não

Equimoses em diferentes fases de evolução

Sim Não

Contacto Serviços de Saúde

Quantas consultas tem por ano com o seu médico?

_____ (vezes)

Obstipação

As suas fezes são duras a maior parte das vezes?

Sim Não

Faz muito esforço quando está a defecar?

Sim Não

Problemas de sono

Tem dificuldade em adormecer ou fica muito tempo acordado durante a noite?

Sim Não

Se *Sim*, quanto tempo?

_____ (horas)

Tem esta dificuldade quantos dias por semana?

_____ (dias)

Tem esta dificuldade à mais de seis meses?

Sim Não

NOTAS

...

¹ *Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody* aplicada em forma de hetero-relato de capacidade de realização das actividades instrumentais de vida diária, com codificação por parte do entrevistador.

² *Índice de Katz* aplicada em forma de hetero-relato de capacidade de realização das actividades básicas de vida diária, com codificação por parte do entrevistador.

³ *Avaliação antropométrica*

Peso: apenas com roupa leve (sem sapatos, casacos ou objectos no bolso).

Altura: sem sapatos em posição erecta e pés juntos.

⁴ *Teste Sussurro*

1. O examinador deve ficar atrás das pessoas para evitar que haja leitura de lábios.
2. Colocar-se a uma distância de um braço da pessoa (0,60 cm).
3. Fazer uma expiração profunda e sussurrar uma combinação de 3 números ou letras (ex. 4- A- 6).
4. Se responder correctamente à totalidade da combinação = Positivo.
5. Se responder incorrectamente sussurrar uma segunda combinação com números e letras diferentes.
6. Se responder a 3 das 6 possíveis letras ou números = Negativo

⁵ *Teste Jaeger* (Teste visão curta distância)

1. Colocar o cartão a 35 cm da pessoa.
2. Instruir a pessoas para ler uma linha de cada vez.
3. Capacidade para ler até P6; J3; 20/40 (inclusive) = Positivo.
4. Incapacidade de ler linhas anteriores a P6;J3;20/40 =Negativo.

⁶ *Índice de Comorbilidade de Charlson*

Índice de Comorbilidade de Charlson aplicado de forma hetero-relatada e codificada pelo entrevistador.

ENFARTE DO MIOCÁRDIO

deve existir evidência na história clínica, de que o paciente foi hospitalizado por causa dele, ou evidências de que existiram alterações nas enzimas e/ou no ECG - 1

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

deve existir história de dispneia de esforços e/ou sinais de insuficiência cardíaca na exploração física que responderam bem ao tratamento com digitalicos diuréticos ou vasodilatadores. Os pacientes que estejam a fazer estes tratamentos, mas não pudemos constatar que houve melhoria clínica dos sintomas e/ou sinais, não se incluirão como tal - 1

DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

inclui falha intermitente, intervencionados com by-pass arterial periférico, isquémia arterial aguda e aqueles com aneurisma da aorta (torácica ou abdominal de mais de 6 cm de diâmetro - 1

DOENÇA CREBROVASCULAR

pacientes com AVC com sequelas mínimas ou AIT (Acidente Isquémico Transitório) - 1

DEMÊNCIA

pacientes com evidência na história clínica de deterioração cognitiva crónica - 1

DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA

deve existir evidência na história clínica, na exploração física e no exame complementar de qualquer doença respiratória crónica, incluindo DPCO e asma - 1

DOENÇA DO TECIDO CONJUNTIVO

inclui lúpus, pliomiosite, doença mista, polimialgia reumática, artrite células gigantes e artrite reumatóide - 1

ÚLCERA GASTRODUODENAL

inclui aqueles que tenham recebido tratamento por úlcera e aqueles que tiverem sangrado por úlceras - 1

HEPATOPATIA CRÓNICA LEVE

sem evidência de hipertensão portal, inclui pacientes com hepatite crónica - 1

DIABETES

inclui os tratados com insulina ou hipoglicemiantes, mas sem complicações tardias, não se incluirão os tratados unicamente com dieta - 1

HEMIPLÉGIA

evidência de hemiplegia ou paraplegia em consequência de um AVC ou outra condição - 2

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA MODERADA/SEVERA

inclui pacientes em diálise, ou com creatininas superiores a 3mg/dl objectivadas de forma repetida e mantida - 2

DIABETES COM LESÃO EM ÓRGÃOS ALVO

evidência de retinoptia incluem-se também antecedentes de cetoacidosis ou descompensação hiperosmolar - 2

TUMOR OU NEOPLASIA SÓLIDA

inclui pacientes com cancro, mas sem metástases documentadas - 2

LEUCEMIA

inclui leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, outras leucemias crónicas e todas as leucemias agudas - 2

LINFOMA

inclui todos os linfomas, waldstrom e mieloma - 2

HEPATOPATIA CRONICA MODERADA/SEVERA

com evidencia de hipertensão portal (ascite,varizes esofágicas ou encefalopatia) - 3

TUMOR OU NEOPLASIA SÓLIDA COM METÁSTASES - 6

SIDA DEFINIDA

não inclui portadores assintomáticos - 6

⁷ Dados de apoio para análises do *Item B da Escala de Gijon* (valores em vigor em 2007)

Salário Mínimo Nacional – 403 Euros

Montantes das Pensões

Regime Geral

Carreira Contributiva Valor da Pensão

Menos de 15 anos 230,16

De 15 a 20 anos 256,72

De 21 a 30 283,28

Igual ou superior a 31 354,10

Regime Especial – Actividades Agrícolas – 212,46 Euros

Pensão social – 177,05 Euros