

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Triagem de problemas de saúde de idosos na Atenção Primária com um instrumento multidimensional”

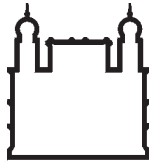
por

Valéria Teresa Saraiva Lino

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Margareth Crisóstomo Portela
Segundo orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio Bastos Camacho*

Rio de Janeiro, maio de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

“Triagem de problemas de saúde de idosos na Atenção Primária com um instrumento multidimensional”

apresentada por

Valéria Teresa Saraiva Lino

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Silvia Regina Mendes Pereira

Prof.^a Dr.^a Yolanda Eliza Moreira Boechat

Prof.^a Dr.^a Rosane Härter Griep

Prof.^a Dr.^a Inês Echenique Mattos

Prof.^a Dr.^a Margareth Crisóstomo Portela – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L758 Lino, Valéria Teresa Saraiva
Triagem de problemas de saúde de idosos na atenção primária
com um instrumento multidimensional. / Valéria Teresa Saraiva
Lino. -- 2011.
125 f. : tab.

Orientador: Portela, Margareth Crisóstomo
Camacho, Luiz Antônio Bastos

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

1. Triagem. 2. Saúde do Idoso. 3. Avaliação Geriátrica.
4. Atenção Primária à Saúde. 5. Fatores Socioeconômicos.
6. Incapacidade. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.6

Dedicatória

À minha família, com quem tenho dividido as alegrias da vida e que tem me sustentado, incondicionalmente, em todos os momentos difíceis.

Ao Linaldo, pelo amor, companheirismo e por compartilhar comigo a difícil e prazerosa experiência de um relacionamento conjugal.

Ao meu pai, já em outro plano da existência, cujas digitais podem ser identificadas na integridade e senso de justiça presentes em cada um de seus filhos.

AGRADECIMENTOS

Ao longo dessa trajetória, percebi que estudando a incapacidade de idosos, entrei em um estado de dependência, onde foi necessária a ajuda de muitas pessoas para chegar ao final. Agradeço a todos aqueles que me auxiliaram a concluir este trabalho.

À Professora Margareth Portela, pelo carinho, apoio e orientação durante esses quatro anos.

Ao Professor Luiz Antônio Camacho, coorientador, pela paciência e solicitude com que lidou com minhas dificuldades.

À amiga e ex-chefe do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Else Gribel, por ter me autorizado a concorrer ao doutorado, ainda que com pouco tempo de casa.

Às amigas Soraya Atie e Maria José Lima, totalmente comprometidas com o estudo, com quem contraí uma imensa dívida de gratidão.

Aos colegas do centro de saúde e da clínica Vitor Valla, que gentilmente encaminharam idosos para a pesquisa.

A todos os idosos e familiares que fizeram parte do estudo, realizando as tarefas propostas nas diferentes fases e colaborando para que a pesquisa tivesse um número significativo.

Aos familiares e amigos, que fazem a vida valer a pena e têm paciência comigo. Um agradecimento especial à minha mãe, Maria de Lourdes, e aos irmãos Geraldo e Flávio, que leram os textos e deram sugestões para melhorar este trabalho.

RESUMO

O objetivo desta tese é avaliar um instrumento para triagem de problemas de saúde de idosos para uso na atenção primária, a partir da realização de três estudos: o **primeiro** artigo descreve a adaptação transcultural e a análise da confiabilidade da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (EIAVD), parte da qual foi utilizada no instrumento final. Duas traduções e duas retraduições analisaram as equivalências conceitual, de itens e semântica para a escolha da versão final. Já a equivalência operacional foi avaliada testando-se a confiabilidade por meio de teste-reteste em 156 idosos. O **segundo** trabalho relata os resultados da avaliação do apoio social (AS) a idosos, onde se verificou o nível de apoio material, emocional e a interação social positiva de 180 indivíduos. A associação entre AS e estado conjugal, autoavaliação de saúde (AVS), humor e doenças crônicas foi analisada por meio de regressão logística. O **terceiro** artigo detalha as propriedades psicométricas de um instrumento de rastreamento, aplicado em uma amostra de 165 idosos, tendo-se a avaliação geriátrica ampla como padrão-ouro. Estimou-se a confiabilidade entre o exame médico e a triagem para visão, audição, força, mobilidade, AVS, quedas, Índice de Massa Corporal, incontinência urinária (IU), verificando-se, também, a sensibilidade e especificidade de testes para rastreamento de depressão, AS e independência em atividades instrumentais de vida diária (AIVDs).

Os resultados apontaram para adequada adaptação transcultural da EIAVD, cuja versão em português provou ser equivalente à original em inglês. Quanto ao AS, houve associação entre ausência de depressão e AS satisfatório (OR= 2,32; IC 95% 1,07-5,02). Por fim, a confiabilidade entre os itens da ferramenta de rastreamento e a avaliação médica foi satisfatória para os itens mensurados pelos examinadores e insatisfatória para aqueles avaliados subjetivamente (AVS, pergunta sobre perda auditiva e IU). A sensibilidade e especificidade dos testes de rastreamento de depressão (0,78/ 0,71) e AS (0,68/ 0,80) foram aceitáveis, ao contrário do que ocorreu com as AIVDs (0,52/ 0,81). Concluiu-se que o uso de um instrumento de triagem é factível na atenção primária, devendo-se priorizar os testes com mensuração objetiva pelo examinador, sendo necessários ajustes nas ferramentas de triagem de AIVDs, AVS e IU, de forma a auxiliar a compreensão de idosos com baixa escolaridade e melhorar a acurácia dos instrumentos aplicados nessa parcela da população.

Palavras-chave: triagem; idoso; capacidade funcional; incapacidade

ABSTRACT

This research aims at assessing the validity of a health screening instrument to be used in primary care of the elderly. Three studies were done. The first one describes the cross cultural adaptation and reliability assessment of The Independence in Activities of Daily Living Scale (IADLS), part of which was used in the final instrument. The conceptual, items and semantic equivalences were analyzed by two translations and back translations, in order to choose the final version. The operational equivalence was checked by assessing the reliability through test re-test in 156 elderly people.

The second one assesses the social support in a geriatric consultation. The levels of material and emotional support, and the positive social interaction were analyzed. The association between social support and marital status, self- health perception (SHP), humor and chronic diseases was analyzed by logistic regression. Part of the abbreviated scale was used in final screening instrument construction.

The third one verifies the psychometric properties of the screening tool, applied to a sample of 165 elderly people, using the geriatric global assessment as the gold standard. The reliability between the screening and the medical examination was estimated for vision, hearing, handgrip strength, mobility, SHP, falls, body mass index, and independence in activities of daily living (IADL).

The results demonstrated a correct cross cultural adaptation of the IADLS, which Portuguese version proved to be equivalent to the English original. As to the social support, there was an association between the absence of depression and satisfactory social support (OR= 2.32; CI 95% 1.07- 5.02). At the end, the reliability between the screening tool items and the geriatric assessment was considered adequate to the items measured directly by the examiner, and inadequate to those assessed in a subjective way through questioning (SHP, hearing deficit, and urinary incontinence). The sensibility and specificity of the depression (0.78/ 0.71) and social support (0.52/ 0.81) screening were acceptable, while the same indicators were unacceptable for the IADL (0.52/ 0.81).

We conclude that the use of a screening tool for the primary health care is feasible, giving the due priority to the objective assessment instruments. It is necessary to adjust the screening IADL, urinary incontinence and SHP, in order to improve understanding of elderly people with low level of schooling and the accuracy of these tests in this group.

Key words: elderly; screening; disability

SUMÁRIO

Resumo	4
Abstract	5
Lista de abreviaturas	8
Capítulo I	10
Introdução	10
1.1. Envelhecimento Populacional	10
1.2. A Avaliação Geriátrica e Capacidade Funcional	11
1.3. Objetivos	12
Capítulo II	13
Marco Teórico	13
2.1. Fatores Associados à Incapacidade em Idosos	13
2.2. Instrumentos Utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla	14
2.2.1. Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária	14
2.2.2. Mobilidade	15
2.2.3. Cognição	16
2.2.4. Humor	19
2.2.5. Visão	120
2.2.6. Audição	21
2.2.7. Incontinência Urinária	21
2.2.8. Nutrição	22
2.2.9. Avaliação Social	22
2.2.10. Avaliação Ambiental	23
2.3. Triagem em Geriatria	24
2.4. Adaptação de Instrumentos	26
Capítulo III	27
Métodos	27
3.1. Tipo de Estudo	27
3.2. Local do estudo	27
3.3. Amostra	27
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	28
3.3. Procedimentos	28
Capítulo IV	29
Artigo 1. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades	29

de Vida Diária (Escala de Katz)	
Capítulo V	48
Artigo 2. Avaliação do Apoio Social a Idosos de Baixo Nível Socioeconômico, residentes em uma região violenta do Município do Rio de Janeiro, Brasil.	48
Capítulo VI	65
Artigo 3. Triagem de Problemas de Saúde de Idosos na Atenção Primária com um Instrumento Multidimensional.	65
Capítulo VII	93
Considerações Finais	93
Capítulo VIII	94
Nota	94
Referências Bibliográficas	94
Capítulo IX	104
Anexos	104
9.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes do estudo de adaptação transcultural da Escala de Katz.	104
9.2. Instrumento de triagem testado na pesquisa de triagem de problemas de saúde na atenção primária.	105
9.3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os idosos participantes da pesquisa de triagem de problemas de saúde na atenção primária.	107
9.4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os informantes que participaram da pesquisa de triagem de problemas de saúde na atenção primária.	108
9.5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os entrevistadores que participaram da pesquisa de triagem de problemas de saúde na atenção primária.	109
9.6. Protocolo da avaliação geriátrica da pesquisa de triagem de problemas de saúde na atenção primária.	110

LISTA DE ABREVIATURAS

- AGA- avaliação geriátrica ampla
- AIVDs- atividades instrumentais de vida diária
- AMRPI- Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa
- AS- apoio social
- AVDs- atividades de vida diária
- AVS- autoavaliação de saúde
- CAMCOG- *Cambridge Cognitive Examination*
- CAMDEX- *Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination*
- CASI- *Cognitive Abilities Screening Instrument*
- CCI- Coeficiente de Correlação Intraclasse
- CERAD- *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*
- CES-D- *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*
- CSEGSF- Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
- DAC- Doença arterial coronariana
- DCNT- doenças crônicas não transmissíveis
- DM2- *Diabetes mellitus* tipo 2
- DSM-IV- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- EDG- Escala de Depressão Geriátrica
- EIAVD- Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz)
- FAQ- *Functional Assessment Questionnaire* (escala de Pfeffer)
- FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz
- GPCOG- *General Practitioner Assessment of Cognition*
- GUG- *Get Up and Go*
- IMC- Índice de Massa Corporal
- IQCODE- *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*
- IU- incontinência urinária
- MAN- *Mini- Nutritional Assessment*
- MEEM- Mini- Exame do Estado Mental
- Mini-Cog- *Mini-Cognitive Assessment Instrument*
- MIS- *Memory Impairment Screen*
- MOS- *Medical Outcomes Study*
- NEUROPSI- Avaliação Neuropsicológica Breve

OA- osteoartrose

OMS- Organização Mundial da Saúde

PHQ- *Patient Health Questionnaire*

POMA- *Performance Oriented Mobility Assessment* (escala de Tinetti)

SABE- Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDR- Teste do Desenho do Relógio

TUG- *Timed Up and Go*

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1. Envelhecimento Populacional

O mundo está envelhecendo e o Brasil vem seguindo esta tendência, experimentando um envelhecimento populacional extremamente rápido, em razão do declínio da fecundidade e da mortalidade. Apesar de ainda apresentar uma alta proporção de jovens, o número de idosos é elevado e o crescimento do segmento de idosos velhos, aqueles com mais de 80 anos, é o mais expressivo.¹

Juntamente com o envelhecimento populacional, verifica-se uma mortalidade pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) maior do que aquela ocasionada pelas doenças infecciosas e parasitárias, caracterizando a transição epidemiológica. Enquanto nos países desenvolvidos esta modificação se deu em um período longo, nas regiões pouco desenvolvidas ela vem ocorrendo rapidamente, requerendo a adaptação dos serviços de saúde à nova realidade, em virtude do caráter epidêmico das DCNT.²

O Brasil, seguindo as tendências dos países em desenvolvimento, tem apresentado, nas últimas décadas, maiores taxas de óbito e incapacidade prematura, decorrentes das DCNT, cujos gastos representam uma grande parcela das despesas com assistência médica no SUS e no Setor Suplementar.²

É sabido que os idosos apresentam um número maior de doenças, consomem mais serviços de saúde e têm taxas de internação e de ocupação de leito hospitalar bem mais elevadas do que qualquer outro grupo etário.^{3,4} O crescimento da população idosa e suas conseqüências com os gastos previdenciários e em saúde tem sido objeto de estudos no âmbito mundial⁵, havendo consenso na produção técnico-científica atual de que melhorar a saúde da população não é tão dispendioso quanto alguns setores da sociedade acreditam. Na verdade, garantir a qualidade de vida é investir no desenvolvimento do país e, fazê-lo por intermédio de políticas públicas integradas, é custo-efetivo,² justificando os gastos.

O aumento da prevalência de DCNT modifica a demanda por políticas públicas e torna necessária a elaboração de indicadores de saúde capazes de identificar agravos que induzam ao risco de perda funcional, a fim de se orientar ações de promoção da saúde e de manutenção da capacidade funcional dos idosos.⁶

1.2. A Avaliação Geriátrica e a Capacidade Funcional

As afecções que acometem os idosos são múltiplas e incluem aspectos clínicos, psicológicos e sociais que interagem entre si, modificando a exteriorização das doenças.⁷ Problemas físicos se apresentando como distúrbios cognitivos, infecções sem febre e quedas, como expressão de doenças localizadas em sistemas não relacionados ao osteoarticular, são ocorrências comuns no envelhecimento e fazem com que os mais velhos necessitem de uma abordagem diferenciada.

A avaliação geriátrica baseia-se no exame da capacidade funcional, habilidade do indivíduo para realizar o autocuidado e viver independentemente. Ela é determinada pela atuação do idoso nas atividades básicas (AVDs) e instrumentais (AIVDs) da vida diária, sendo examinada através de instrumentos padronizados, destinados a verificar a capacidade de realizar tarefas sem assistência, definidas como independência e autonomia, respectivamente. Tomar banho, fazer a higiene pessoal e alimentar-se, entre outras, constituem as AVDs, ao passo que as AIVDs incluem atividades como cuidar das próprias finanças, sair sozinho, usar o telefone e controlar os medicamentos.⁸

A capacidade funcional constitui-se num indicador de saúde e bem-estar mais completo do que a morbidade, pois se relaciona diretamente com a qualidade de vida. A detecção precoce de modificações no estado funcional, associada à intervenção sobre as condições passíveis de correção, pode prevenir o declínio funcional, tornando-se, assim, de suma importância, a identificação dos fatores associados ao mesmo.⁹

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é um termo utilizado para descrever o exame das diversas funções do paciente idoso. Este conceito se apoia no conhecimento da complexa variedade de fatores médicos, psicossociais e ambientais relacionados à saúde do idoso, constituindo-se num processo de diagnóstico multidimensional. Identificar as doenças crônicas, o nível de independência e autonomia, os recursos financeiros disponíveis para aquisição de serviços e a existência, ou não, de suporte familiar e social, fazem parte da AGA. Seu objetivo é quantificar os problemas e as capacidades nas áreas referidas anteriormente, a fim de se elaborar um plano terapêutico de longo prazo.^{10,11}

A AGA deve ser realizada idealmente por equipe multidisciplinar, de forma a orientar a tomada de decisões para ações preventivas, terapêuticas e de reabilitação, visando a retardar o declínio funcional do idoso.¹⁰

Entretanto, como na atenção primária a demanda por atendimentos é elevada e o tempo despendido para a realização da AGA é muito superior ao gasto em consultas

rotineiras, esse tipo de abordagem deveria ser direcionado para um grupo específico de idosos com maior risco de incapacidade. Por esta razão, o uso de um instrumento capaz de rastrear os problemas dos idosos, aplicável por diferentes profissionais de saúde, e validado em nosso meio, poderia identificar aqueles com maior risco de declínio funcional e direcionar o exame para as funções comprometidas. O estudo aqui proposto visou contribuir para o preenchimento dessa lacuna.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo geral

Compor e avaliar um instrumento de rastreamento de problemas de saúde de idosos, para uso na atenção primária, a partir da incorporação de testes e escalas já existentes.

1.3.2. Objetivos específicos

- Realizar a adaptação transcultural do instrumento de avaliação das atividades de vida diária, denominado Escala de Independência em Atividades de Vida Diária, conhecida como Escala de Katz.
- Avaliar o apoio social de idosos em uma consulta geriátrica e verificar sua associação com autoavaliação de saúde, humor, estado conjugal e doenças crônicas.
- Examinar as propriedades psicométricas de um instrumento multidimensional de triagem de problemas de saúde de idosos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Fatores Associados à Incapacidade em Idosos

A transição epidemiológica traz consigo uma consequência nefasta: o aumento da prevalência de incapacidade. A inabilidade para desempenhar tarefas de autocuidado acarreta a dependência, caracterizada pela necessidade de ajuda além daquela comumente requerida por um adulto sadio. Este cuidado é fornecido, em geral, por familiares ou por cuidadores informais, acarretando um ônus para a saúde física e mental dessas pessoas.¹²

A Taxa de Dependência (TD) constitui-se num indicador de incapacidade e é determinada pela proporção entre o número de indivíduos dependentes e a população ativa. Em 2004, a TD média mundial variava de 7 a 8%. As estimativas para os próximos 50 anos são de aumentos expressivos no número absoluto de pessoas dependentes e tais previsões valem para todas as regiões do mundo. Na América Latina, entretanto, onde as populações ainda estão crescendo, a TD poderá atingir 10 a 11%. Os países afetados por esse desproporcional aumento de pessoas dependentes devem identificar recursos humanos e financeiros para dar suporte a essa parcela da população e às necessidades dos cuidadores.¹³

Demência, depressão, alterações motoras e cegueira são as principais condições médicas determinantes de incapacidade entre idosos.¹⁴ Entretanto, a capacidade de reabilitação de um estado de dependência se torna ainda menor quando se associam idade avançada à demência, cegueira ou má percepção de saúde¹⁵.

Em virtude da menor probabilidade de recuperação da independência com a idade avançada, a abordagem adequada para idosos é a prevenção do declínio funcional. Isto pode ser obtido com modificações no estilo de vida e nas condições sócio-econômicas, aliadas à prevenção de doenças e à melhora na atenção à saúde da população. Neste cenário, observa-se a compressão da morbidade, com a diminuição dos anos de vida com incapacidade.¹⁶

Os idosos com maior risco de incapacidade são os que mais se beneficiam de uma atenção integral, como a proporcionada pela avaliação geriátrica ampla. Esta

abordagem, quando aplicada a grupos que incluíram voluntários muito saudáveis ou muito doentes, não evidenciou efeitos benéficos significativos em relação à saúde.¹⁷

2.2. Instrumentos Utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla

Na implementação da AGA, os instrumentos utilizados podem ser específicos para examinar diferentes funções ou doenças, devendo-se, preferencialmente, usar aqueles já validados e de administração mais fácil. Eles podem ser aplicados pelo profissional de saúde, preenchidos pelo próprio indivíduo, ou por um parente, sendo usados questionários, escalas ou testes de desempenho.¹⁰ As funções examinadas na AGA e os principais instrumentos de avaliação serão apresentados a seguir.

2.2.1. Atividades básicas e instrumentais de vida diária

A capacidade funcional é medida através de instrumentos padronizados que avaliam o desempenho do idoso nas atividades da vida diária (AVD) e nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Uma das escalas mais utilizadas para avaliar o desempenho nas AVDs é a Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (EIAVD), ou Escala de Katz,¹⁸ já adaptada para o português do Brasil.¹⁹ Ela foi desenvolvida para a avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e predição do prognóstico em doentes crônicos. A EIAVD consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado, os quais obedecem à seguinte hierarquia de complexidade: alimentação, controle de esfínteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho. Essa seqüência é semelhante à observada durante o desenvolvimento infantil, em que primeiramente a criança aprende a levar a colher à boca para, somente mais tarde, tornar-se capaz de tomar banho de forma independente. Tais considerações levaram à suposição de que a escala se baseia em funções primárias biológicas e psicossociais.²⁰

O Índice de Barthel mede o grau de assistência requerido nas seguintes atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, controle esfinteriano, transferência, deambulação e subir escadas.²¹ O escore final estabelece o grau de dependência nas AVDs. Juntos, o Índice de Barthel e a EIAVD têm sido os instrumentos mais utilizados para o exame das AVDs.²²

As AIVDs determinam a capacidade do indivíduo de tomar decisões e de controlar as atividades cotidianas relacionadas à própria vida. O prejuízo no desempenho dessas funções pode ser um indicador precoce de declínio cognitivo.⁷ A escala desenvolvida

por Lawton e Brody,²³ uma das mais citadas na literatura^{7,10,24} questiona o indivíduo a cerca de sua habilidade para cuidar da casa e dos medicamentos, preparar refeições, controlar as próprias finanças, fazer compras, usar o telefone e sair sozinho onde não possa ir a pé. Ela identifica a capacidade ou incapacidade de realizar a tarefa de forma independente, ou a necessidade de assistência.

Outra escala muito utilizada em estudos é a Medida de Independência Funcional, elaborada com o objetivo de possibilitar a avaliação global do processo de reabilitação com enfoque nas atividades cotidianas. Ela avalia o desempenho do indivíduo em dois grandes domínios: motor e cognitivo-social, pontuando os subitens em escores que variam de 1 a 7, sendo este último indicador de independência total. A pontuação mínima é de 18 e a máxima de 126 pontos.²⁵

A escala de Pfeffer ou Questionário de Atividades Funcionais (*Functional Assessment Questionnaire- FAQ*)²⁶ é composta por 11 itens e evidencia a funcionalidade através do grau de independência para realização das AIVDs. A pontuação varia de zero (capaz) a três (incapaz) em cada item e, quanto maior a pontuação final, maior é a dependência do paciente. No Brasil, o FAQ foi recomendado pela Academia Brasileira de Neurologia²⁷ como um instrumento para o diagnóstico de declínio funcional nos casos com suspeita de demência. A escala também foi usada na cidade de São Paulo, no estudo SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento), coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde com o objetivo de coletar informações sobre as condições de vida dos idosos residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe.²⁸

2.2.2. Mobilidade

Juntamente com as AVDs e AIVDs, a mobilidade é um dos componentes da avaliação funcional mais citados na literatura. Os testes de desempenho avaliam a capacidade do indivíduo em realizar tarefas que envolvam o equilíbrio e a marcha, como levantar-se de uma cadeira, caminhar pequenas distâncias, sentar-se e subir escadas, entre outras. Um dos testes de desempenho mais completos é o *Performance Oriented Mobility Test* (POMA), elaborado por Tinetti *et al.*,²⁹ cuja pontuação é preditiva de quedas. O teste apresenta uma parte para avaliação do equilíbrio, que reproduz o estresse das mudanças de posição do corpo sobre o sistema vestibular durante a realização de atividades, e outra para a marcha, que avalia sua segurança e eficiência durante o deslocamento.

Dois outros testes de aplicação rápida vêm sendo usados mundialmente: o *Get Up and Go* (GUG)³⁰ e o *Timed Up and Go* (TUG).³¹ Neles, o paciente é solicitado a se levantar de uma cadeira, caminhar três metros e retornar à mesma. O teste avalia o equilíbrio sentado, a transferência de posição, a estabilidade e mudança de curso da marcha. A pontuação do GUG varia de 1 (normal) a 5 (anormalidade grave). No TUG, o tempo para realizar as tarefas propostas é quantificado, verificando-se que indivíduos completamente independentes realizam o teste em até 10 segundos, ao passo que aqueles com leve comprometimento da mobilidade, porém com independência em transferências básicas, o realizam em até 20 segundos. A realização da tarefa em tempo superior a 30 segundos está relacionada à dependência em muitas AVDs e a distúrbio da mobilidade.³²

2.2.3. Cognição

A elevada frequência de queixa de esquecimento em idosos impõe a diferenciação entre esquecimento normal e anormal. Dentre as doenças crônico-degenerativas, a demência é uma das mais importantes causas de morbi-mortalidade. Sua prevalência aumenta com a idade, variando de acordo com a origem da população do estudo. No Brasil, em uma pesquisa realizada na comunidade, Herrera³³ registrou prevalência de aproximadamente 6,7% aos 75 anos, saltando para mais de 30% após 85 anos, enquanto Almeida *et al*³⁴ detectaram declínio cognitivo em 13,4% dos indivíduos com mais de 60 anos, usuários de um centro de saúde.

O diagnóstico de demência requer a identificação de declínio gradual em duas ou mais áreas da cognição, havendo interferência no desempenho de atividades sociais e na capacidade funcional.³⁵ Na investigação pode-se lançar mão de testes de rastreamento, geralmente de aplicação rápida, e de instrumentos de diagnóstico, agrupados em baterias.

Entre os testes de rastreamento, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), criado em 1975 por Folstein & Folstein,³⁶ já validado no Brasil,³⁷⁻⁴⁰ tem sido o mais usado.⁴¹ De fácil aplicação, pode ser manuseado por qualquer membro da equipe de saúde. Examinando orientação, atenção, memória imediata, cálculo e linguagem, o teste possibilita a estratificação do declínio em leve, moderado e grave, de acordo com a pontuação obtida. Os pontos de corte para classificação variam de acordo com o nível escolar do indivíduo. O tempo de aplicação, de aproximadamente 15 minutos, tem sido considerado muito longo para uso do MEEM na atenção primária.⁴²

O Teste do Desenho do Relógio⁴³ (TDR) requer o desenho de um relógio com os ponteiros e a marcação de uma hora em uma folha de papel, onde haja o desenho de um círculo. Os resultados podem ser classificados como normal, medianamente alterado e muito alterado. No Brasil, entretanto, uma versão testada em indivíduos com baixa escolaridade apresentou sensibilidade e especificidade baixas, sugerindo o não uso do instrumento em nosso meio.⁴⁴

Lorentz *et al*⁴⁵ identificaram, em uma revisão de literatura de artigos publicados em inglês, 13 testes passíveis de administração em menos de dez minutos e com bom desempenho em idosos. Ao compararem as propriedades psicométricas, a facilidade de administração e de interpretação dos testes, apenas três foram considerados apropriados para uso na atenção primária: o *General Practitioner Assessment of Cognition* (GPCOG),⁴⁶ *Memory Impairment Screen* (MIS)⁴⁷ e *Mini-Cognitive Assessment Instrument* (Mini-Cog).⁴⁸ O GPCOG é uma escala composta por nove itens de avaliação cognitiva a ser feita com o paciente e seis questões com o informante. O teste cognitivo inclui: orientação temporal, desenho de um relógio, incluindo a colocação dos ponteiros e o espaçamento das horas, lembrança de um acontecimento recente, e evocação de um nome e endereço previamente informados. A entrevista com o parente requer uma comparação entre o desempenho atual e passado em áreas que incluem memória, linguagem, solução de problemas, necessidade de ajuda para lidar com medicamentos e transportes. Segundo os autores, o GPCOG pode ser aplicado em menos de 10 minutos. Entretanto, seu uso, por incluir o desenho do relógio, teria comprometidas as propriedades psicométricas em países com elevados níveis de analfabetos ou pessoas com baixíssima escolaridade, haja vista a baixa sensibilidade do teste nesses locais.⁴⁹

O Mini-Cog consiste no desenho de um relógio e na evocação de três itens não relacionados, apresentados previamente. Os pacientes são considerados provavelmente dementes caso não evoquem as três palavras ou desenhem um relógio anormal.⁴⁸

A sensibilidade e a especificidade do Mini-Cog foram testadas no Brasil em uma população de baixa escolaridade e revelaram-se em torno de 60% e 65% no melhor ponto de corte. Os autores concluíram que o Mini-Cog não é uma boa ferramenta para triagem cognitiva de indivíduos com menos de cinco anos de educação formal em nosso meio.⁴⁹ Considerando-se que a suspeita de demência implica em procedimentos de alto custo, como exames laboratoriais, de imagem e consultas especializadas, o uso de um teste com tal sensibilidade acarretaria um ônus expressivo para o sistema de saúde.

O MIS consiste em aprendizado controlado de quatro itens de categorias diferentes, identificados em um prancha com as palavras correspondentes a cada categoria, garantindo um aprendizado com o controle da atenção. Após um pequeno intervalo, os indivíduos são solicitados a dizer os nomes dos itens, provendo-se as categorias para aqueles não evocados sem auxílio.⁴⁷ A diminuição da evocação deve-se, assim, a problemas de memória e não de atenção. Quando comparado às três palavras evocadas do MEEM, o MIS apresentou maiores sensibilidade e especificidade.

Os três instrumentos relatados acima também foram considerados os mais adequados na revisão de Brodaty et al,⁵⁰ cujo objetivo foi identificar os testes mais apropriados para uso na atenção primária, tendo-se como critérios de inclusão o tempo de aplicação, de cinco minutos ou menos, amostra proveniente da comunidade e sensibilidade semelhante à do MEEM.

A informação sobre declínio cognitivo e funcional proveniente de um informante já demonstrou ser adequada para a detecção de demência. O *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE)⁵¹ é um questionário preenchido por um informante que conheça o paciente há mais de dez anos e seja capaz de relatar mudanças em sua capacidade funcional e cognitiva desde então. O IQCODE se correlaciona com o MEEM, já tendo sido adaptado e validado no Brasil.^{52,53}

Enquanto os testes de rastreamento de distúrbios cognitivos levantam a suspeita de demência, testes múltiplos permitem a avaliação cognitiva mais ampla, de forma a diagnosticar aqueles problemas. Estes conjuntos de testes abordam as diferentes funções, podendo ser individualizados e agrupados, de acordo com a experiência do examinador, ou utilizados sob a forma de baterias previamente determinadas. Elas podem ser breves ou amplas, de acordo com a variedade dos instrumentos e o tempo de aplicação dos testes. Em geral, as breves levam 20 a 30 minutos para serem aplicadas, enquanto as amplas são utilizadas em situações nas quais não se consegue chegar a um diagnóstico, requerendo, por vezes, várias sessões para a sua completa execução

Entre as baterias breves, destacam-se as seguintes:

1. *Cognitive Abilities Screening Instrument* (CASI)⁵⁴ – é uma avaliação quantitativa, cujo score varia de 0 a 100 pontos. Inclui testes de atenção, concentração, orientação, memória, linguagem, fluência verbal, praxia, abstração e julgamento. Pode ser aplicada em 20 minutos.

2. Avaliação Neuropsicológica Breve (NEUROPSI)⁵⁵ – avalia orientação, atenção, concentração, memória (verbal e visual), linguagem e funções executivas. Com tempo médio de aplicação de 30 minutos, já dispõe de uma versão brasileira.⁵⁶

3. *Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination - CAMDEX*⁵⁷ – é composto por nove partes que incluem uma entrevista com o indivíduo e com um informante, exame físico e avaliação cognitiva com o *Cambridge Cognitive Examination - CAMCOG*–, além de observações do entrevistador. O instrumento original foi publicado em 1986 e a versão revisada em 1998.⁵⁸ Em nosso meio, as duas versões validadas, além de diferirem entre si, apresentam, ainda, poucos estudos com populações com níveis baixos de escolaridade.⁵⁹⁻⁶¹

4. *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease - CERAD*⁶² – esta bateria foi criada para padronizar os métodos de avaliação de pessoas que apresentam indícios da Doença de Alzheimer. No Brasil, foi validada por Bertolucci *et al.*⁶³ É composta pelo MEEM e outros testes de linguagem, memória, praxia construtiva, função executiva e atenção.

No Brasil, a Academia Brasileira de Neurologia, através de seu Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento, elaborou as diretrizes para o diagnóstico de Doença de Alzheimer, incluindo recomendações de testes já validados de desempenho cognitivo e funcional.²⁷ Este foi o procedimento adotado nesta pesquisa.

2.2.4. Humor

A depressão é um grande problema de saúde pública e se associa a maiores gastos em saúde, morbidade, mortalidade e piora da qualidade de vida. A prevalência desse agravo em serviços de atenção primária pode chegar a 37%,⁶⁴ mas na população geral fica em torno de 13%.⁶⁵

Dentre as diversas ferramentas existentes para rastreamento de depressão, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), desenvolvida especialmente para idosos, é uma das mais utilizadas no mundo.⁶⁶ Sua versão reduzida, com quinze itens, já foi validada no Brasil e obteve níveis adequados de sensibilidade e especificidade,⁶⁷ tornando-a um instrumento útil na avaliação geriátrica.

A escala *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)*⁶⁸ contém 20 questões que devem ser respondidas pelo paciente, com base na frequência da ocorrência de sintomas depressivos na última semana. Ela tem sido usada em diferentes

culturas e no Brasil teve suas propriedades psicométricas avaliadas por Silveira & Jorge em adultos jovens.⁶⁹

O *Patient Health Questionnaire* (PHQ)⁷⁰ é derivado do *Primary Care Evaluation of Mental Disorders*,⁷¹ instrumento destinado ao diagnóstico de transtornos psiquiátricos no âmbito da atenção primária, mas pouco utilizado por ser muito longo. O PHQ pode ser usado de forma completa, ou em partes, de acordo com a doença que se deseja investigar e, por isso, a seção específica para depressão passou a ser designada de PHQ-9, tendo sua validade testada também como medida de gravidade da doença em usuários de serviços de atenção primária.⁷² Elevadas sensibilidade (0,77) e especificidade (0,94) foram identificadas em uma revisão sistemática recente sobre a acurácia diagnóstica do teste,⁷³ que também já teve suas características psicométricas examinadas no Brasil, com bons resultados.⁷⁴

Uma forma abreviada do PHQ-9 é o PHQ-2,⁷⁵ com apenas duas questões sobre a frequência de humor deprimido ou anedonia (perda da sensação de prazer na realização de atos antes prazerosos) nas duas semanas anteriores. Os escores variam de zero (nenhum dia) a três (quase todos os dias), havendo aumento da severidade da depressão e de declínio funcional, assim como maior uso de serviços de saúde, à medida que a pontuação aumenta. No estudo original, um escore igual ou maior que três apresentou sensibilidade de 83% e especificidade de 92% para depressão maior. O alto desempenho do PHQ-2 e a facilidade de aplicação do instrumento tornam o seu uso factível nos serviços de atenção primária, onde a demanda por rastreamento de diversas condições médicas é elevada e o tempo de atendimento exíguo.

2.2.5. Visão

A visão é uma das funções que mais declina com o envelhecimento, em virtude das alterações degenerativas da estrutura anatômica do olho. Há diminuição da acuidade visual, da capacidade de adaptação noturna, da visão de profundidade e aumento da sensibilidade à luz. Além disso, os erros de refração não corrigidos constituem-se em uma das principais causas de déficit visual reversível entre idosos,⁷⁶ tornando o exame periódico de suma importância na prevenção e manuseio das alterações oculares.¹¹

O sistema padrão universal para avaliar a visão é o teste de Snellen. Este teste consiste em ler linhas de letras, cujo tamanho vai diminuindo, em um cartão pendurado a uma distância padronizada da pessoa a ser testada. Cada linha na tabela diz respeito a uma graduação que representa a acuidade visual. Indica-se encaminhamento para

oftalmologista quando a acuidade for pior do que 20/40, estando o indivíduo munido de seus óculos, ou quando houver declínio de duas ou mais linhas a partir de um exame prévio.⁷⁶

2.2.6. Audição

Cerca de um terço das pessoas acima de 65 anos têm um grau significativo de perda da audição,⁷⁷ aumentando o risco de isolamento social e depressão. A presbiacusia é a deterioração progressiva da audição, decorrente da perda de células e atrofia das estruturas neurossensoriais, principalmente na área das frequências altas, prejudicando a discriminação de palavras. Por esta razão, a avaliação da audição constitui-se numa medida de grande impacto na qualidade de vida dos pacientes mais velhos.⁷⁸

A triagem da audição pode ser realizada com o teste do sussurro, pelo uso de dispositivos portáteis ou por questionários de autoavaliação.⁷⁶ O *Hearing Handicap Inventory for the Elderly*,⁷⁹ inventário com 25 itens para diagnosticar problemas emocionais e sociais decorrentes da perda de audição, tem sido amplamente utilizado para identificar pacientes que necessitam de encaminhamento para avaliação formal. Além daquele inventário, o uso de uma pergunta única sobre déficit auditivo permite identificar indivíduos candidatos à audiometria. No Brasil, Valette & Rosenfeld⁸⁰ revisaram estudos que comparavam o uso de questões isoladas com a audiometria tonal na avaliação da perda auditiva em idosos e concluíram que uma pergunta única genérica é adequada para identificar idosos com perda auditiva, podendo ser recomendada para um estudo epidemiológico no qual não se possam realizar medidas audiométricas.

2.2.7. Incontinência Urinária

A eliminação involuntária de urina constitui-se numa ameaça à dignidade das pessoas. A incontinência urinária (IU) é comum no envelhecimento e sua prevalência aumenta com a idade, acometendo 30% dos idosos.⁸¹ O uso de questionários para avaliar o impacto da IU na capacidade funcional tem sido estimulado. Dois deles verificam os efeitos da incontinência na qualidade de vida, sendo que o *King's Health Questionnaire*⁸² destina-se exclusivamente a mulheres. Já o *International Consultation on Incontinence- Short Form*,⁸³ simples e auto-administrável, quantifica a perda urinária em ambos os sexos. Ambos já foram validados no Brasil.^{84,85}

2.2.8. Nutrição

A desnutrição em idosos se associa a alto risco de declínio funcional, hospitalização e morte.⁷ A desnutrição intra-hospitalar está relacionada ao aumento das taxas de morbidade, mortalidade e reinternação, sendo fundamental a avaliação precoce do estado nutricional para reversão desse quadro.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é um dos indicadores mais usados em estudos populacionais para rastrear indivíduos em risco nutricional. Seu uso em idosos tem sido recomendado pela facilidade de cálculo, pouca correlação com a altura e boa correlação com o percentual de gordura.⁸⁶ Nesse grupo, índices menores que 22 e maiores que 27Kg/m²SC incluem o indivíduo nas categorias de baixo peso e sobrepeso, respectivamente.⁸⁷

O *Mini- Nutrition Assessment* (MAN),⁸⁸ desenvolvido especificamente para idosos, associa um questionário com exame objetivo e tem sido amplamente utilizado em pesquisas. O tempo de administração gira em torno de 20 minutos, dificultando sua aplicação na maioria dos ambientes terapêuticos, razão pela qual os autores desenvolveram uma forma abreviada para triagem de desnutrição.⁸⁹ Embora muito utilizado em nosso meio, não encontramos descrição de validação do MAN no Brasil.

2.2.9. Avaliação social

A situação social de um indivíduo interfere em sua saúde e, por esta razão, a OMS já incluiu na sua definição de saúde o bem-estar social. Na AGA, a avaliação social inclui a identificação de suporte e de redes sociais, do estresse do cuidador (no caso de pacientes dependentes) e do risco de maus tratos ao idoso.

a) Apoio social

O conceito de apoio social (AS) abrange simultaneamente a estrutura da rede de relacionamentos sociais e a adequação de sua função mas, acima de tudo, o grau de satisfação da pessoa com o apoio de que usufrui. A diferença entre rede e AS é que a primeira refere-se ao conjunto de relacionamentos de uma pessoa, enquanto a segunda enfoca a qualidade das interações e como estas são avaliadas pelo indivíduo.⁹⁰

A Escala de Rede Social de Lubben,⁹¹ e sua forma abreviada,⁹² apresentam pontos de corte para identificar idosos em risco de isolamento social, mas não tiveram suas propriedades psicométricas examinadas em nosso meio. O *Medical Outcomes Study*⁹³ é um questionário de 19 itens que abrangem as cinco dimensões de apoio social: material, afetivo, emocional, informação sobre a disponibilidade de pessoas para aconselhamento

e interação social positiva. O instrumento já tem uma versão brasileira, a qual também foi aplicada em idosos de uma área rural.^{94,95}

b) Estresse do cuidador

O cuidado com idosos dependentes acarreta estresse ao cuidador, associando-se, de forma significativa, ao aumento da morbidade e da mortalidade desse grupo, assim como à institucionalização de pacientes dementes.⁷ Por essa razão, em todos os casos de dependência, deve-se avaliar o nível de sobrecarga do cuidador principal. O Inventário de Sobrecarga do Cuidador, de Zarit,⁹⁶ consta de 22 itens que podem ser preenchidos pelo próprio cuidador, ou aplicados sob a forma de entrevista. Este questionário dispõe de uma adaptação para o português do Brasil.⁹⁷

Outro instrumento, o *Screen for Caregiver Burden*,⁹⁸ possui uma versão de sete itens,⁹⁹ pouco utilizada até o momento⁷.

c) Maus tratos

O termo “maus tratos” engloba atos de abuso, negligência, abandono e exploração, acometendo principalmente os idosos frágeis.

Em virtude do baixo índice de relatos por parte dos idosos e da possibilidade de intimidação por parte do perpetrador da violência, os indícios de maus tratos devem ser investigados sem a presença de parentes.

Na identificação de violência doméstica utilizam-se questionários aplicáveis aos idosos com autonomia e, também, aos cuidadores de indivíduos dependentes, havendo três instrumentos disponíveis em português. O *Caregiver Abuse Screen*, simples, com apenas oito questões, destina-se ao cuidador.¹⁰⁰ O *Conflic Tactics Scale*¹⁰¹ investiga abuso físico e verbal através de 19 itens. Este instrumento foi validado no Brasil em uma população mais jovem.¹⁰² E o *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*, com 15 perguntas, é um questionário bastante apropriado para aplicação no contexto de uma consulta na área de saúde.¹⁰³

2.2.10. Avaliação ambiental

O objetivo da avaliação ambiental é proporcionar segurança no domicílio, de forma a prolongar o período de independência. Prevenção de quedas, de incêndios e uso de dispositivos de segurança são os focos dessa inspeção, realizada principalmente se houver risco de quedas, por diferentes membros da equipe de saúde.⁷

Os itens examinados na AGA não se esgotam com os relatados anteriormente. Aspectos relacionados à espiritualidade e à capacidade de dirigir também podem fazer

parte da avaliação, de acordo com a necessidade do paciente, tornando a abordagem individualizada.

Para o idoso não institucionalizado, a atenção primária é o ambiente adequado para a implementação da AGA. Os tratamentos realizados a partir dessa abordagem têm permitido a obtenção de melhora do estado funcional, da autopercepção de saúde, da interação social, da cognição e humor, assim como a redução do número de consultas.⁷ Isto acontece porque o setor primário propicia uma abordagem holística da saúde, tornando a prevenção tão importante quanto a cura, numa continuidade de cuidado que se estende ao longo da vida. Por isso, quando se comparam países com o mesmo estágio de desenvolvimento, verifica-se um nível mais elevado de saúde, para a mesma quantidade de recursos investidos, naqueles em que o sistema de saúde é organizado a partir da atenção primária.¹⁰⁴

2.3. Triagem em Geriatria

Uma das medidas adotadas para a adequação da atenção aos idosos é o rastreamento de problemas de saúde por meio de ferramentas padronizadas, possibilitando a identificação de pacientes que necessitam de intervenções específicas e individualizadas, de acordo com o problema apresentado. Realizado numa etapa prévia à consulta médica, com questionários e técnicas passíveis de serem utilizados por diferentes profissionais de saúde, o rastreamento de transtornos nos níveis físico, mental e social possibilita a otimização da mesma.

Embora se perceba a necessidade de avaliação global dos idosos, não são muitos os instrumentos capazes de realizar a triagem de várias funções ao mesmo tempo, por exame direto. É possível identificar na literatura abordagens por telefone¹⁰⁵ e questionários de autoavaliação,¹⁰⁶ estratégias de eficácia questionável em regiões onde predominam a pobreza e a baixa escolaridade, onde o exame objetivo traria mais benefícios.

Outros instrumentos multidimensionais têm sido elaborados, como o de Overcash *et al* destinado, segundo os autores, ao “pré-rastreamento” de idosos atendidos em serviços de oncologia. Focalizada em apenas quatro dimensões, esta “AGA abreviada” (AGA-a), de acordo com os autores, contém os 19 elementos com a maior correlação item-escala de instrumentos de avaliação de AVDs (3), AIVDs (4), depressão (4) e cognição (8), dentre os quais o MEEM e a Escala de Katz. Subscores para cognição e depressão indicam a necessidade de aplicar todo o instrumento, mas com relação à capacidade

funcional, não há pontos de corte e a necessidade de assistência em qualquer função implica em avaliação completa da dimensão.¹⁰⁷

O *Geriatric Postal Screening Survey* (GPSS)¹⁰⁸ é um questionário de 10 itens com elementos para rastreamento de depressão, declínio cognitivo, incontinência urinária, quedas e capacidade funcional. O instrumento é enviado pelo correio e, com base nas respostas, os indivíduos são classificados como alto ou baixo risco. Os itens individuais do instrumento demonstraram boa acurácia (0,71-0,78) para identificar sintomas de depressão, quedas e incontinência urinária, levando os autores a concluir que a triagem via postal foi bem sucedida em identificar pacientes indicados para a avaliação geriátrica. Neste mesmo estudo, as pessoas classificadas como alto risco tiveram um número maior de internações, tanto hospitalares como em instituições geriátricas, do que as de baixo risco.

O instrumento elaborado por Moore *et al.*,¹⁰⁹ demonstrou ser o mais completo para triagem de múltiplas funções, a saber: memória, continência urinária, depressão, mobilidade, atividades de vida diária, estado nutricional, audição e visão. Incluindo perguntas intercaladas com medidas de desempenho, foi aplicado por profissionais da área de saúde em 109 idosos, antes da avaliação geriátrica, considerada padrão-ouro. Os autores concluíram que o uso do instrumento era factível para identificar pessoas com risco de declínio funcional no âmbito da atenção primária.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou o uso do instrumento de Moore *et al.*, com pequenas modificações, a partir de 2006, como uma das estratégias para implantação dos Princípios do Centro de Saúde Amigo do Idoso, ao redor do mundo, nos quais se inclui a capacitação dos profissionais que lidam com os idosos.¹¹⁰ Realizou-se um estudo piloto multicêntrico em diversos países, incluindo o Brasil, que participou através da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz. Nesta etapa, evidenciou-se a aplicabilidade do uso do instrumento no âmbito da atenção primária (Relatório técnico da experiência desenvolvida na ENSP/ Fiocruz, Rio de Janeiro; não referenciado, veja “Notas”). Entretanto, a ausência de validação de alguns itens da ferramenta demonstra a existência de uma lacuna a ser preenchida por um instrumento de rastreamento global de problemas de saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza a utilização da Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa (AMRPI), descrita no Caderno de Atenção Básica.¹¹¹ De forma semelhante ao que ocorre com a ferramenta da OMS, a AMRPI utiliza elementos cujas propriedades psicométricas ainda carecem de avaliação.

Considerando-se o aumento da prevalência de dependência na população idosa, a menor probabilidade de recuperação funcional após o início da incapacidade e a necessidade de atenção direcionada a tais pacientes, a utilização de um instrumento de triagem de múltiplas funções poderá auxiliar gestores e prestadores de serviços de saúde na provisão de cuidados aos idosos.

2.4. Adaptação de Instrumentos

A adaptação transcultural é um passo imprescindível antes de se conduzir um estudo com um instrumento elaborado em outra cultura. Implica na análise das diferenças existentes entre as definições, crenças e comportamentos relacionados ao objeto de investigação.¹¹²

O tipo de tradução mais utilizado atualmente é realizado por duplas de tradutores independentes, em que se aplica o método de retradução ou “back translation.”¹¹³ A estratégia de Herdman recomenda, além da retradução, a análise de seis tipos de equivalência em ambas as culturas, a saber: *conceitual*, que ocorre quando eles apresentam a mesma idéia; *itens*, que se refere à adequação dos elementos da escala original para representar o conceito no idioma onde o instrumento será aplicado; *semântica*, cujo objetivo é a transferência do significado entre as duas línguas; *operacional*, relativa à possibilidade de utilização de um formato semelhante de questionário, instruções, forma de administração e métodos de avaliação; de *medida*, cujo objetivo é verificar se as diferentes versões alcançam níveis similares em termos de validade e confiabilidade. Quando todos os tipos de equivalência forem alcançados, pode-se falar em equivalência *funcional*. Neste caso, o instrumento medirá igualmente o conceito nas duas culturas, os resultados encontrados serão comparáveis e estará estabelecida a adaptação transcultural da nova versão.¹¹⁴

CAPÍTULO III

MÉTODOS

A elaboração de um instrumento de rastreamento de problemas de saúde de idosos requer a união de outras ferramentas, ou parte delas, desde que já tenham sido adaptadas e validadas para uso em língua portuguesa. Para atingir este objetivo, nossa pesquisa consta de três artigos destinados à adaptação e avaliação de instrumentos. O primeiro, já publicado, constituiu-se na adaptação transcultural de um dos instrumentos mais utilizados na avaliação de desempenho nas atividades básicas de vida diária, denominado Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (EIAVD), desenvolvido por Katz *et al.*¹⁸ A versão brasileira encontra-se no periódico “Cadernos de Saúde Pública” de janeiro de 2008.¹⁹ Parte da EIAVD foi utilizada na composição do instrumento final proposto para triagem. O segundo trabalho avalia a aplicabilidade de doze questões da versão brasileira do questionário de apoio social do MOS em uma consulta geriátrica. E o terceiro artigo trata do exame das propriedades psicométricas dos itens do instrumento de triagem.

3.1. Tipo de estudo

Estudo de adaptação transcultural e de avaliação de instrumentos por meio de medidas psicométricas e de associação com doenças.

3.2. Local do estudo

A primeira etapa, destinada à adaptação transcultural da EIAVD, devido à natureza do instrumento, foi desenvolvida em um ambulatório de demência de um hospital geral e em duas instituições de longa permanência, localizados no Rio de Janeiro.

A segunda e terceira etapas foram realizadas simultaneamente no ambulatório de geriatria do Centro de Saúde Escola Germano Sival Faria (CSEGSF), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz.

3.3. Amostra

Selecionaram-se amostras de conveniência para os estudos, sendo que no primeiro, foram entrevistados auxiliares de enfermagem que assistiam aos idosos institucionalizados em regime de plantão e parentes de pacientes do ambulatório de demência.

Na realização do segundo e terceiro trabalhos, a mesma amostra foi utilizada, composta de usuários dos serviços de saúde da família e clínica médica, encaminhados pelos médicos e enfermeiros do CSEGSF.

3.4. Critérios de inclusão e exclusão

Para a análise da equivalência de medida durante a adaptação transcultural da EIAVD, participaram os familiares e auxiliares de enfermagem que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido excluídos da avaliação de capacidade funcional os idosos com doenças agudas graves, ou em fase terminal de câncer e doenças degenerativas.

No estudo de averiguação das propriedades psicométricas do instrumento de triagem foram incluídos os voluntários que também concordaram em assinar o TCLE e que dispunham de um informante com quem convivessem há pelo menos dez anos. Excluíram-se os idosos com redução no nível de vigília no momento da avaliação ou incapacidade de locomoção até o centro de saúde. Este grupo também serviu de amostra para o trabalho de avaliação do apoio social a idosos com a escala adaptada do MOS.

3.5. Procedimentos

Os procedimentos adotados para a realização dos estudos serão descritos nos próximos capítulos, juntamente com os artigos dos quais fazem parte.

CAPÍTULO IV

ARTIGO 1

Adaptação Transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). Artigo publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24 (1): 103-112.

Cross-cultural Adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index)

Lino, V.T.S; Pereira, S.R.M; Camacho, L.A.B.; Ribeiro Filho, S.T; Buksman, S.

Introdução

O conceito de capacidade funcional implica na habilidade para a realização de atividades que permitam ao indivíduo cuidar de si próprio e viver independentemente¹, constituindo-se no foco do exame do idoso, e num indicador de saúde mais completo do que a morbidade, relacionando-se diretamente com a qualidade de vida.^{2,3}

A capacidade funcional é medida através de instrumentos padronizados que avaliam o desempenho do idoso nas atividades da vida diária (AVD) e nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Uma das escalas mais utilizadas para avaliar o desempenho nas AVDs é a Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (EIAVD), ou Escala de Katz.⁴⁻¹¹ Ela foi desenvolvida para a avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e prever o prognóstico nos doentes crônicos. (Anexo 1) A EIAVD consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade, da seguinte forma: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho⁴. Essa seqüência é semelhante à observada durante o desenvolvimento infantil, em que primeiramente a criança aprende a levar a colher à boca para, somente mais tarde, tornar-se capaz de tomar banho de forma independente. Tais considerações levaram à suposição de que a escala se baseia em funções primárias biológicas e psicossociais.¹²

Através de revisão da literatura, verifica-se que o conceito de capacidade funcional é o mesmo em diferentes culturas.¹³⁻¹⁶ No Brasil, Veras¹⁷ demonstrou, no Rio de Janeiro, que a habilidade para realizar as AVDs era menor entre as classes de baixa renda e, tal qual em Belo Horizonte¹⁸, diminuía com a idade. Em São Paulo, utilizando inquérito

domiciliar, Rassi também demonstrou que a dependência para a realização das AVDs aumentava com a idade.¹⁹

No Brasil, a tradução livre da Escala de Katz vem sendo amplamente utilizada, sem ter sido realizada a adaptação transcultural, passo imprescindível antes de se conduzir um estudo e aplicar seus resultados. Esta etapa implica na análise das diferenças existentes entre as definições, crenças e comportamentos relacionados ao objeto de investigação.²⁰

O tipo de tradução mais utilizado atualmente é realizado por duplas de tradutores independentes, em que se aplica o método de retradução ou “back translation”²¹⁻²⁴. A estratégia de Herdman recomenda, além da retradução, a análise de seis tipos de equivalência em ambas as culturas, a saber: *conceitual*, que ocorre quando eles apresentam a mesma idéia; *itens*, que se refere à adequação dos elementos da escala original para representar o conceito em questão no idioma onde o instrumento será aplicado; *semântica*, cujo objetivo é a transferência do significado entre as duas línguas; *operacional*, relativa à possibilidade de utilização de um formato semelhante de questionário, instruções, forma de administração e métodos de avaliação; de *medida*, cujo objetivo é verificar se as diferentes versões alcançam níveis similares em termos de validade e confiabilidade. Quando todos os tipos de equivalência forem alcançados, pode-se falar em equivalência *funcional*. Neste caso, o instrumento medirá igualmente o conceito nas duas culturas, os resultados encontrados serão comparáveis e estará estabelecida a adaptação transcultural da nova versão.²⁵

Dada a importância do conhecimento do desempenho nas AVDs no exame de idosos e a necessidade de utilização de instrumentos adaptados para a nossa cultura, este trabalho tem por objetivo realizar a adaptação transcultural da EIAVD para a língua portuguesa, utilizando a estratégia de Herdman, mantendo a pontuação criada pelos autores em 1976.²⁶

Métodos

Avaliação das equivalências conceitual e de itens

A revisão da literatura demonstrou a universalidade da expressão capacidade funcional, dando-se por estabelecida a equivalência conceitual, indicando que o constructo tem a mesma concepção em ambos os idiomas. Da mesma forma, observou-se que os elementos existentes na escala são pertinentes em qualquer país ou cultura, instituindo-se a equivalência de itens, pois os elementos da escala original representam o conceito em questão nas duas línguas.

Equivalência semântica

Consistiu em quatro etapas:

1^a) tradução independente do instrumento para o Português por um grupo de profissionais com experiência na área da geriatria e fluentes no idioma inglês (T1) e por um profissional de nível superior bilingüe (T2).

2^a) T1 e T2 foram, respectivamente, retraduzidas para o inglês por um médico americano radicado no Brasil (R1) e por uma tradutora juramentada (R2), de forma independente e sem acesso ao original.

3^a) uma subsequente avaliação formal foi realizada por um epidemiologista, proficiente nos dois idiomas, que apreciou a equivalência entre o original e cada uma das retraduzões (R1 e R2) sob a perspectiva do significado referencial dos termos (correspondência semântica). Utilizou-se um formulário específico, desenhado de forma a mascarar a origem dos itens da versão original e da retradução que, quando comparados, foram classificados em quatro níveis: inalterado, pouco alterado, muito alterado ou completamente alterado.

4^a) a equipe de pesquisadores analisou o significado geral de cada item da escala, comparando-se o que foi captado na tradução (T1 e T2) para o português com o original em inglês. Esta correspondência transcende à literalidade das palavras, encampando aspectos mais sutis, como o impacto que um termo tem no contexto cultural da população-alvo. A apreciação é necessária porque a correspondência literal de um termo não implica em interpretações semelhantes em diferentes culturas. A partir de então, se propôs uma versão-síntese.

Equivalência operacional

O pré-teste da versão proposta foi realizado por oito profissionais que trabalhavam com idosos, mas não utilizavam o instrumento em suas práticas. Eles examinaram 24 pacientes para avaliar a clareza do instrumento e a adequação da aplicação na sua forma de entrevista.

Equivalência de medida

Esta etapa foi realizada em duas instituições de longa permanência da cidade do Rio de Janeiro por uma dupla de pesquisadores, sendo entrevistados auxiliares de enfermagem que assistiam aos idosos em regime de plantão. Uma amostra não probabilística foi selecionada de modo a representar indivíduos para os quais a escala foi desenvolvida, sendo selecionados 100 indivíduos com 60 ou mais anos de idade.

Não foram considerados elegíveis pacientes com doenças agudas graves ou em fase terminal de câncer e doenças degenerativas.

Outra análise foi realizada utilizando-se uma amostra de 57 indivíduos distribuídos da seguinte forma: acompanhantes de pacientes provenientes de um hospital geral foram entrevistados por uma dupla, enquanto que a outra dupla entrevistou aqueles de um ambulatório de geriatria e de uma instituição geriátrica de longa permanência. As visitas foram realizadas no mesmo dia havendo um intervalo variando entre 15 a 60 minutos entre as avaliações.

O protocolo do estudo e o consentimento informado foram realizados de acordo com a Declaração de Helsinki, de 1975, revisada em 1983, e foi aprovado pela Comissão de Ética da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Seção Rio de Janeiro.

Análise dos dados e tamanho de amostra

As variáveis sócio-demográficas foram consideradas na caracterização dos sujeitos da pesquisa.

A consistência interna dos itens do instrumento foi medida pelo coeficiente alfa de Cronbach estimado com dados de cada observador.

A pontuação gerada pela aplicação da escala por dois observadores foi comparada em tabela cruzada. A concordância simples foi calculada pela proporção de indivíduos em que os dois observadores obtiveram a mesma pontuação. A concordância corrigida para o acaso foi estimada pela estatística *Kappa*²⁷ e *Kappa* ponderado.²⁸ A concordância segundo o *kappa* foi classificada como ausente (< 0,0), fraca (0,10 – 0,20), regular (0,21-0,40), moderada (0,41-0,60), substancial (0,61-0,80) ou quase perfeita (0,81-1,00).²⁹ A distribuição dos dados discordantes foi analisada de modo a verificar tendenciosidade dos observadores.

Os dados foram digitados em planilha eletrônica e processados com o programa WINPEPI.³⁰

O tamanho da amostra necessária para estimar a reprodutibilidade da escala foi calculado usando o programa nQuery Advisor® versão 4.0, tomando como base em cenários plausíveis de concordância corrigida (*kappa* ponderado). Considerando a hipótese conservadora de coeficiente de reprodutibilidade igual a $0,70 \pm 0,10$ seriam necessários aproximadamente 95 indivíduos.

Resultados

Avaliação da equivalência semântica

A apreciação do significado referencial entre os termos oriundos das retraduições e os do instrumento original revelou pouca ou nenhuma alteração em 97,8% e 78,2% em R2 e R1, respectivamente (Tabela 1).

Na elaboração da versão síntese, apesar de dez itens terem sido considerados muito alterados em T1/ R1 na análise do significado referencial, que avalia o sentido das palavras, cinco foram selecionados em virtude do melhor significado geral. Um exemplo disso foi a seleção do termo vaso sanitário ao invés de privada, palavra considerada vulgar em relação à primeira (Quadro 1).

Avaliação da equivalência operacional

O pré-teste da versão revelou ser o instrumento de fácil aplicação e bem compreendido, tanto pelos profissionais quanto pelos idosos, não sofrendo influência de escolaridade ou gênero. Alguns examinadores sugeriram maior detalhamento do instrumento como, por exemplo: no item referente à continência, solicitou-se explicar o que é catéter e também acrescentar a variável “uso freqüente de fralda geriátrica”. No item referente ao banho sugeriu-se acrescentar outras partes do corpo além daquelas já citadas. Os autores entenderam que tais modificações alterariam o instrumento original e mantiveram o texto.

Avaliação da equivalência de medida

Um total de 156 anciãos foram analisados por 4 aplicadores com a versão em Português da Escala de Katz, sendo 57 com reavaliação no mesmo dia e 99 com 7 dias de intervalo (Tabela 2). No subgrupo em que o reteste foi feito no mesmo dia a concordância foi de 78,9% (intervalo de 95% de confiança - I.C.95% - igual a 66,1% - 88,6%) e a concordância corrigida para o acaso (*kappa*) foi 0,74 (I.C.95%: 0,61 to 0,87). O *kappa* ponderado foi 0,91 (I.C.95%: 0,86 to 0,96). A distribuição das diferenças no teste-reteste mostrou pequena assimetria: pontuação média na escala de Katz igual a -0,11 (I.C.95%: -0,25 - 0,04) sem significância estatística ($p=0,1591$).

Quando o reteste foi feito com 7 dias de intervalo a concordância foi de 50,5% (I.C.95%: 40,3% - 60,7%), o *kappa* foi 0,41 (I.C.95%: 0,30 - 0,53) e o *kappa* ponderado 0,67 (I.C.95%: 0,58 - 0,76). A distribuição das diferenças na pontuação no teste e reteste mostrou assimetria substancial média de 0,36 (I.C.95%: 0,13 - 0,59) e estatisticamente significativa ($p=0,0021$).

Quando a análise do reteste no mesmo dia desconsiderou o item “transferência” o *kappa* passou de 0,74 para 0,82. Com os dados do reteste com 7 dias de intervalo, desconsiderando o item “banho” o *kappa* foi de 0,41 para 0,54. Os demais itens não mostraram impacto substancial na confiabilidade da pontuação (Tabela 2)

Os itens no reteste no mesmo dia mostraram consistência interna com os dados dos observadores 1 e 2 (alfa 1 = 0,92; alfa 2 = 0,91) superior ao observado no reteste com 7 dias de intervalo (alfa 1 = 0,80; alfa 2 = 0,83). A consistência aumentou ligeiramente quando a análise desconsiderou o item “alimentação”.

A concordância entre os observadores em cada um dos itens da escala foi, de modo geral, maior quando teste e re-teste foram feitos no mesmo dia (Tabela 3). A concordância corrigida foi substancialmente menor nos itens “continência”, “vestir” e “banho”.

Durante a etapa de análise da equivalência de medida surgiram situações que deram margem a dúvidas não solucionadas por consenso entre os pesquisadores, optando-se por contatar o autor do instrumento. As seguintes questões foram analisadas e interpretadas pelo Dr. Katz:

A) um indivíduo que não consegue se vestir sozinho, em virtude de não alcançar uma prateleira alta para pegar as roupas – DEPENDENTE

B) residente de instituição de longa permanência que utiliza cadeira de rodas sem freio e necessita de terceiros para segurarem a mesma na hora da transferência – DEPENDENTE

C) paciente que pode se banhar sozinho, mas, por insegurança, requer a presença de outra pessoa dentro do banheiro observando o banho – DEPENDENTE

D) paciente demente que mantém a continência urinária e fecal, mas urina em locais impróprios, como por exemplo, a sala-de-estar – DEPENDENTE

E) paciente colostomizado que é capaz de trocar e limpar a bolsa de colostomia sem ajuda – INDEPENDENTE

F) paciente que deve ser conduzido para o banho em cadeiras de rodas, mas é capaz de se banhar sozinho – DEPENDENTE

A caracterização do estado funcional é baseada no estado real e não na habilidade de realizar a tarefa sem auxílio de terceiros. Dessa forma, nas situações “A” e “B”, os indivíduos serão considerados dependentes até que se resolvam os problemas ambientais

Ser independente é ser capaz de desempenhar a função sem supervisão. Assim, um idoso que só toma banho quando há um parente presente dentro do banheiro, como no exemplo “C”, é considerado dependente, apesar de ser capaz de realizar o ato sem auxílio direto. O mesmo se dá no modelo “D” onde o paciente é continente, mas precisa de controle externo para executar a ação nos locais adequados. Por outro lado, na condição “E”, o indivíduo incontinente que consegue manusear a bolsa de colostomia ou a fralda, é considerado independente.

A última dúvida gerada durante a pesquisa, descrita em “F”, surgiu pela dificuldade de discriminar o tipo de dependência. Houve acordo em relação à dependência na transferência e discordância em relação ao banho. O autor do instrumento original considerou o paciente dependente, pois ele necessita de auxílio para o desempenho da função.

O cumprimento de todas as etapas exigidas para a adaptação transcultural originou a seguinte versão em português da EIAVD:

ESCALA DE INDEPENDÊNCIA EM ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

A escala de independência em atividades da vida diária é baseada numa avaliação da independência ou dependência funcional de pacientes ao tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se.

Independência significa a realização dos atos citados sem supervisão, orientação ou assistência pessoal ativa, exceto nos casos especificamente descritos abaixo. Esta avaliação é baseada no real desempenho e não na habilidade. Um paciente que se recusa a executar uma função é considerado como não a tendo executado, mesmo que se julgue ser ele capaz.

Tomar banho (leito, chuveiro ou banheira).

Independente: requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou toma banho sozinho.

Dependente: requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho.

Vestir-se

Independente: pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.

Dependente: veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho.

Uso do vaso sanitário

Independente: vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos).

Dependente: usa comadre ou similar, controlados por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.

Transferência

Independente: deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio).

Dependente: requer ajuda para deitar na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências.

Continência

Independente: micção e evacuação inteiramente autocontroladas.

Dependente: incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou catéteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros.

Alimentação

Independente: leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação.

Dependente: requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral.

Ficha de avaliação

Para cada área de funcionamento listada abaixo, assinale a descrição que se aplica (a palavra “ajuda” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal).

I – independente

D – dependente

Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro).

não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). (**I**)

recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). (**I**)

recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho. (**D**)

Vestir-se:

Pega roupas nos armários e gavetas, inclusive peças íntimas e manuseia fechos (inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas).

pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda. **(I)**

pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. **(I)**

recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa. **(D)**

Uso do vaso sanitário

Ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas.

vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando- o de manhã). **(I)**

recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite. **(D)**

não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas. **(D)**

Transferência

deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) **(I)**

deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda. **(D)**

não sai da cama. **(D)**

Continência:

controla inteiramente a micção e a evacuação. **(I)**

tem “acidentes” ocasionais. **(D)**

necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa catéter ou é incontinente. **(D)**

Alimentação:

alimenta-se sem ajuda. **(I)**

alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão. **(I)**

recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos. **(D)**

Interpretação (Katz & Apkom, 1976)

- 0- independente em todas as seis funções
- 1- independente em cinco funções e dependente em uma função
- 2- independente em quatro funções e dependente em duas funções
- 3- independente em três funções e dependente em três funções
- 4- independente em duas funções e dependente em quatro funções
- 5- independente em uma função e dependente em cinco funções
- 6- dependente em todas as seis funções

Discussão

Utilizando a estratégia de Herdman *et al.*, observamos discrepâncias entre o instrumento original e a retradução, havendo, assim, oportunidades de melhora na tradução, que foram discutidas abertamente pelos pesquisadores. Embora longo, o procedimento sistemático foi necessário para garantir a produção de uma versão com equivalência lingüística.

O fato de não haver termos completamente alterados na análise do significado referencial deve-se, em nossa opinião, à simplicidade do instrumento, que avalia atividades essenciais para o autocuidado, naturalmente adquiridas à medida que o ser humano se desenvolve. Em razão disto pode-se prever que a interpretação das mesmas sofra poucas influências entre as culturas. Todos os itens analisados são pertinentes às duas culturas e os termos apresentam similaridade em ambos os idiomas, caracterizando uma tradução simétrica.¹⁶ Não obstante, a expressão “sponge bath”, traduzida como banho de esponja por um dos tradutores, e banho de leito por outro, mostrou a importância de haver um ou mais médicos envolvidos no processo, influenciando positivamente o resultado final, já que a primeira expressão não tem significância clínica em nosso meio.

Em relação à equivalência operacional, embora o instrumento original tenha sido elaborado através da observação direta de pacientes internados, a escala vem sendo largamente usada na forma de entrevista ambulatorial, apresentando resultados semelhantes à análise do desempenho individual.³¹⁻³⁴ Igualmente a estes estudos, encontramos equivalência operacional aplicando o instrumento tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar, por profissionais não bilíngues que lidam com idosos. Com respeito à compreensão do questionário, nenhum dos entrevistados apresentou

dificuldades para respondê-lo. Em nossa opinião, isto se deve à formulação simples e objetiva do instrumento original, observação já feita por outros autores.³⁵

A concordância inter-observador corrigida para o acaso alcançada com esta versão do instrumento foi substancial no reteste no mesmo dia e moderada no reteste com 7 dias de intervalo. Considerando a concordância parcial através do *kappa* ponderado, a concordância foi quase perfeita no reteste do mesmo dia e substancial no reteste com 7 dias de intervalo. Neste subgrupo, a discordância entre os observadores não só foi maior como também indicou tendência do observador 1 de atribuir pontuações maiores do que o observador 2. É possível que a convergência dos observadores possa ser aumentada através de instruções com vistas a ampliar a homogeneidade na aplicação dos itens, particularmente aqueles que mostraram maior influência na concordância, como “banho”, “vestir” e “transferência”. Para ambos os observadores, o instrumento indicou maior coerência interna no subgrupo retestado no mesmo dia. Os níveis do coeficiente alfa de Cronbach alcançados podem ser tomados como evidência empírica da validade do constructo independência nas atividades da vida diária conforme avaliado pela escala. Sua validade de conteúdo pode ser defendida considerando a convergência entre geriatras sobre os elementos componentes do que tem sido chamado de independência nas atividades da vida diária. A validade de critério não foi avaliada diretamente, mas pode ter sido afetada pelas limitações observadas na reprodutibilidade.

Neste trabalho houve grande variabilidade no item banho nas avaliações entre os observadores. Este fato poderia ser explicado pelo sintetismo da escala, levando o respondedor a interpretar os fatos de forma diferente. Um instrumento mais completo, com maior detalhamento, permitiria a escolha de graus intermediários de dependência.

A falta de coincidência nas respostas em outros itens pode ter ocorrido devido ao intervalo de tempo entre as entrevistas, levando o respondedor a fornecer diferentes informações, como já observado por Applegate et al.³⁶ Descarta-se a possibilidade de ter havido modificações na capacidade em realizar o ato, pois no espaço de sete dias, na ausência de intercorrências clínicas, torna-se pouco provável o surgimento de mudanças significativas na capacidade funcional.

Concluimos que o método de Herdman et al. permitiu obter uma versão em português do EIAVD fiel ao original em inglês, pois a retradução se aproximou do original e onde havia diferenças, estas foram corrigidas. A aplicação em campo da versão em português confirmou a funcionalidade da escala original. Apesar disso, há situações que podem gerar dúvidas, necessitando de desdobramentos durante a

aplicação do questionário. Sugerimos um treinamento com exercícios para a completa compreensão do que seja supervisão, orientação ou assistência pessoal ativa, a fim de se identificar corretamente o estado funcional.

Colaboradores

Lino e Pereira participaram do grupo T₁, pesquisa de campo para análise de confiabilidade, seleção dos termos para elaboração final da versão em português e escreveram o artigo.

Camacho realizou o cálculo do tamanho da amostra, a análise da equivalência semântica entre o original e cada uma das retraduições (R1 e R2) e análise da confiabilidade.

Telles e Buksman participaram do grupo T₁, pesquisa de campo para análise de confiabilidade e seleção dos termos para elaboração final da versão em português.

Bibliografia

- 1- Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, Cipullo JP, Martin JFV. Semiologia do idoso. In: Porto CC, organizador. Semiologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 166-197.
- 2- Chaimovicz F. Envelhecimento populacional brasileiro. Belo Horizonte: Postgraduate; 1998. p. 33-42.
- 3- Grundy EMD. Epidemiology of aging. In: Tallis RC, Fillit HM, editors. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003. p. 3-20.
- 4- Evans BC; Crogan NL. Building a scientific base for nutrition care of Hispanic nursing home residents. Geriatr Nurs 2006; 27(5): 273-9
- 5- Einarsson U; Gottberg K; Fredrikson S; von Koch L; Holmqvist LW. Activities of daily living and social activities in people with multiple sclerosis in Stockholm County. Clin Rehabil 2006; 20(6):543-51.
- 6- Esbensen BA; Osterlind K; Hallberg IR. Quality of life of elderly persons with cancer: a 3-month follow-up. Cancer Nurs 2006;29(3):214-24; quiz 225-6.
- 7- Avila-Funes JA; Garant MP; Aguilar-Navarro S. Relationship between determining factors for depressive symptoms and for dietary habits in older adults in Mexico. Rev Panam Salud Publica 2006;19(5):321-30.

8- von Heideken Wågert P; Gustavsson JM; Lundin-Olsson L; Kallin K; Nygren B; Lundman B; Norberg A; Gustafson Y. Health status in the oldest old. Age and sex differences in the Umeå 85+ Study. *Aging Clin Exp Res* 2006;18(2):116-26.

9- Denny SD; Kuchibhatla MN; Cohen HJ. Impact of anemia on mortality, cognition, and function in community-dwelling elderly. *Am J Med* 2006;119(4):327-34.

10- Hill J; Fillit H; Thomas SK; Chang S. Functional impairment, healthcare costs and the prevalence of institutionalisation in patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Pharmacoeconomics* 2006;24(3):265-80.

11- Katz S, Chinn AB, Cordrey LJ, Grotz RC, Newberry, WB. Multidisciplinary studies of illness in aged persons II. A new classification of functional status in activities of daily living. *J Chr Dis* 1959; 9: 55-62.

12- Katz S, Ford A, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. 1963. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 12 (21): 914-919.

13- Dowd S, Davidhizar R. Opening up to the Katz Index. *Elder Care* 1999; 11 (1): 9-12.

14- Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira, ZMA. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Públ* 1993; 27(2): 87-94.

15- Asberg KH, Sonn U. The cumulative structure of personal and instrumental ADL. A study of elderly people in a health service district. *Scand J Rehab Med* 1989; 21 (4): 171-7.

16- Brorsson B, Asberg KH. Katz index of independence in ADL. Reliability and validity in short-term care. *Scand J Rehab Med* 1984; 16 (3): 125-32.

17- Veras RP.. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994

18- Fundação João Pinheiro. População idosa em Minas Gerais e políticas de atendimento. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 1993

19- Rassi EPM. Indicadores de saúde em idosos: o papel da unidade básica de saúde. *Gerontol* 1994; 2 (2): 75-81.

20- Moraes CL, Reichnheim ME. Cross - cultural measurement equivalence. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Rev Saúde Públ* 2002; 18 (3): 783-96.

- 21- Hilton A, Strutkowiski M. Translating instruments into other languages: development and testing processes. *Cancer Nursing* 2002; 25 (1): 1-7.
- 22- Ferraz MB, Oliveira LM, Araújo PMP, Atra E, Tugwell P. Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. *J. Rheumatol* 1990; 17: 813-7
- 23- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 1417-32.
- 24- Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento "Abuse Assessment Screen" para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saúde Públ* 2000; 34 (6): 610-616.
- 25- Herdman M, Rushby JF, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7: 323-335.
- 26- Katz S, Akpom CA. A measure of primary sociobiological functions. *Int J Health Serv* 1976; 6 (3): 493-508.
- 27- Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 1960; 20:37-46.
- 28- Cohen J. Weighted kappa: nominal scale agreement with provisions for scales disagreement of partial credit. *Psychological Bulletin*, 1968; 70:213-20.
- 29- Landis JR & Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-174
- 30- Abramson JH, Gahlinger PM (2001) Computer programs for epidemiologists: PEPI version 4. Sagebrush Press: Salt Lake City.
- 31- Ferrell BA, Stein WM, Beck JC. The Geriatric Pain Measure: validity, reliability and factor analysis. *Journal of American Geriatric Society* 2000; 48 (12):1669-73.
- 32- Rubin CD, Sizemore MT, Loftis PA, De Mola NL. A randomized, controlled trial of outpatient geriatric evaluation and management in a large public hospital. *JAGS* 1993; 41 (10):1023-8.
- 33- Reuben DB, Siu AL, Kimpau S. The predictive validity of self-report and performance-based measures of function and health. *J Gerontol* 1992; 47 (4): M106-10.
- 34- Ware Jr JE, Keller SD, Gandek B, Brazier, JE, Sullivan M. Evaluating translations of health status questionnaires. *Internat J Technol Assess Health Care* 1995; 11 (3): 525-551.

35- Elola-Olasco CM, Rei E, Rodriguez, Artalejo F, Locke III GR, Diaz-Rubio M. Adaptation and validation of gastroesophageal reflux questionnaire for use on a Spanish population. Rev Esp Enferm Dig 2002; 94 (12): 752-758.

36- Applegate WB, Blass JP & Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. N Engl J Med 1990: 1207-1214

Tabela 1 – Avaliação da equivalência entre o original e cada uma das retraduições sob a perspectiva do significado referencial dos termos

Julgamento do avaliador	T ₁ / R ₁	T ₂ / R ₂
	Nº de itens (%)	Nº de itens (%)
Inalterado	18 (39,1)	38 (82,6)
Pouco alterado	18 (39,1)	7 (15,2)
Muito alterado	10 (21,8)	1 (2,2)
Completamente alterado	0	0

Quadro 1- Itens muito alterados selecionados para a versão final

Original	Muito alterado	Pouco alterado / inalterado
Independent in feeding, continence, transferring, going to toilet, dressing and bathing	Independente para alimentar-se, manter a continência, transferir-se, ir ao vaso sanitário, vestir-se e tomar banho.	Independente para se alimentar, se transferir, usar a privada, se vestir, tomar banho e em relação à continência.
Dressing Independent: gets clothes from closets and drawers; puts on clothes, outer garments, braces; manages fasteners; act of tying shoes is excluded Dependente: does not dress self or remains partly undressed	Vestir-se Independente: pega as roupas dos armários e gavetas veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos. Dependente: veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho.	Vestir-se Independente: apanha as roupas de armário e gavetas, veste as roupas, peças externas, suspensório; usa os fechos; o ato de amarrar sapatos é excluído Dependente: não se veste sozinho ou permanece parcialmente vestido
Going to toilet	Uso do vaso sanitário	Uso da privada

<p>Independent: gets to toilet; gets on and of toilet; arranges clothes; cleans organs of excretion (may manage on bedpan used at night only and may or may not be using mechanical supports)</p> <p>Dependent: uses bedpan or commode or receives assistance in getting to and using toilet</p>	<p>Independente: vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso sanitário; ajeita as roupas; faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suporte mecânico)</p> <p>Dependente: usa comadre ou similar controlados por terceiros ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e para usá-lo.</p>	<p>Independente: chega até a privada; senta e se levanta; arruma as roupas; limpa os órgãos de excreção (pode usar o próprio penico só durante a noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos)</p> <p>Dependente: usa penico ou comadre ou recebe ajuda para ir até e usar a privada</p>
<p>Continence</p> <p>Independent: urination and defecation entirely self-controlled</p> <p>Dependent: partial or total incontinence in urination or defecation; partial or total control by enemas, catheters, or regulated use of urinals and/or bedpan</p>	<p>Continência</p> <p>Independente: micção e evacuação inteiramente auto controladas</p> <p>Dependente: incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas, cateteres; uso de urinóis ou comadre controlados por terceiros.</p>	<p>Continência</p> <p>Independente: urinação e defecação inteiramente sob autocontrole</p> <p>Dependente: incontinência total ou parcial na urinação ou defecação; controle total ou parcial por meio de enemas, catéteres, ou uso regulado de urinóis e/ou penicos</p>
<p>Toileting</p> <p>Going to the “toilet room” for bowel and urine elimination; cleaning self after elimination and arranging clothes</p> <p>() goes to the “toilet</p>	<p>Uso do vaso sanitário</p> <p>Ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas</p> <p>() vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se</p>	<p>Uso da privada</p> <p>Ir ao banheiro para eliminação intestinal e de urina; limpar-se após a eliminação e arrumar as roupas</p> <p>() vai ao banheiro, se</p>

<p>room”, cleans self, and arranges clothes without assistance (may used object for support such as a cane, walker or wheelchair and may manage night bedpan or commode, emptying same in morning)</p> <p><input type="checkbox"/> receives assistance in going to “toilet room” or in cleansing self or in arranging clothes after elimination or in use of night bedpan or commode</p> <p><input type="checkbox"/> doesn’t go to room termed “toilet”for the elimination process</p>	<p>e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite esvaziando-o de manhã.</p> <p><input type="checkbox"/> recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação e micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite</p> <p><input type="checkbox"/> não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p>	<p>limpa e arruma as roupas sem assistência (pode usar objeto de apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar penico noturno ou comadre, esvaziando-o de manhã)</p> <p><input type="checkbox"/> recebe assistência para ir ao banheiro, ou se limpar, ou arrumar as roupas, após a eliminação, ou para usar o penico noturno ou comadre</p> <p><input type="checkbox"/> não vai ao quarto chamado “banheiro” para o processo de eliminação</p>
--	--	---

Tabela 2: Pontuação na escala de Katz obtida por dois observadores independentes no mesmo dia e com 7 dias de intervalo.

Intervalo		Observador 2								
reteste	Pontuação	6	7	8	9	10	11	12	Total	
mesmo dia	Observador	6	12	2					14	
	1	7		6	1				7	
		8			1	1	2		4	
		9			1	1			2	
		10					2	1	3	
		11					2	9	1	12
		12						1	14	15
		Total	12	8	3	2	6	11	15	57
7 dias	Observador	6	7	2	2				11	
	1	7	10	4		1			15	
		8	1		5	1	1	1	9	
		9		5	1	2			8	
		10		2	4	4	11	3	1	25
		11	1				7	14		22
		12						2	7	9
		Total	19	13	12	8	19	20	8	99

Tabela 3: Concordância simples e corrigida para o acaso (índice Kappa) entre observadores independentes, no mesmo dia ou com 7 dias de intervalo, por item da escala de Katz.

Item	Concordância		Kappa	
	mesmo dia	7 dias	mesmo dia	7 dias
Alimentação	0,98	0,96	0,96	0,80
Continência	0,96	0,84	0,92	0,66
Transferência	0,91	0,91	0,82	0,81
Sanitário	0,93	0,91	0,86	0,81
Vestir	0,91	0,82	0,81	0,50
Banho	0,98	0,70	0,96	0,40

CAPÍTULO V

ARTIGO 2

Avaliação do apoio social a idosos de baixo nível socioeconômico, residentes em uma região violenta do município do Rio de Janeiro, Brasil

Lino VTS, Portela MC, Camacho LAB, Atie S, Lima MJB

INTRODUÇÃO

As bases biológicas que estabelecem uma relação entre o meio social e a saúde estão bem estabelecidas em laboratório. A socialização em fases precoces da vida animal pode aumentar a sensibilidade e a eficiência de sistemas neuroendócrinos mediadores da resposta a estímulos, enquanto o isolamento social por um longo período acarreta comprometimento do sistema límbico, levando a alterações comportamentais e fisiológicas.¹

Em humanos, as características do meio social também influenciam o padrão de reatividade neuroendócrina. Estes efeitos parecem ser sensíveis à qualidade dos relacionamentos e à estabilidade da ordem social que, quando satisfatórios, atenuam as respostas de ativação do sistema nervoso autônomo e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, associadas ao aumento da pressão arterial, obesidade, hipercortisolemia e dislipidemia.² Na ausência de um meio social acolhedor ocorre aumento da reatividade daqueles sistemas, podendo surgir conseqüências deletérias para a saúde e longevidade.³

As relações interpessoais são uma forma importante de enfrentamento de problemas de saúde, contribuindo para um maior senso de controle pessoal, assim como para prevenção de doenças e suas seqüelas. Elas também protegem contra os efeitos patogênicos de eventos estressantes, ao fornecerem recursos, melhor acesso ao setor de saúde e controle de hábitos, como consumo de álcool e tabaco.⁴⁻⁶

O funcionamento das redes sociais proporciona o alcance das necessidades emocionais básicas de integração social, garantia de valor pessoal e de intimidade com outros, ocorrendo através do processo interativo de suporte ou apoio social (AS).⁷ Este conceito abrange simultaneamente a estrutura da rede de relacionamentos sociais e a adequação de sua função mas, acima de tudo, o grau de satisfação da pessoa com o suporte de que usufrui. A diferença entre rede e AS é que a primeira refere-se ao

conjunto de relacionamentos de uma pessoa, enquanto a segunda enfoca a qualidade das interações e como estas são avaliadas pelo indivíduo.⁸

Até recentemente, a aferição de AS era dificultada, em virtude de haver mais de 20 instrumentos descritos na literatura, com formas de avaliação muito diferentes entre si.⁹ Além disso, muitos artigos de revisão concluíram que as propriedades psicométricas da maioria dos instrumentos não foram convincentemente documentadas.¹⁰ Esses problemas foram solucionados parcialmente com a definição de dimensões que compõem o constructo. A categorização, além de possibilitar a averiguação de desfechos de intervenções e a comparação entre diferentes estudos, é didática. Identificam-se, assim, as seguintes dimensões: apoio material, que se refere ao auxílio das pessoas em caso de necessidade, com provisão de acesso a serviços, recursos materiais, incluindo a ajuda em dinheiro; apoio afetivo, que envolve expressões de amor e afeição; apoio emocional, relacionado à empatia, confiança, estima e interesse; apoio de informação, que diz respeito ao acesso dos indivíduos a aconselhamentos, sugestões e orientações; e interação social positiva, referente à disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar.¹¹

O questionário de apoio social do *Medical Outcomes Study* (MOS) é um instrumento validado em um estudo com quase 3000 doentes crônicos, acompanhados por diferentes serviços de saúde dos EUA. Ele abrange as cinco dimensões de AS referidas anteriormente e apresenta 19 perguntas relacionadas à disponibilidade de pessoas para satisfazer às necessidades de cada dimensão, havendo cinco opções de resposta passíveis de pontuação: 1 (nunca); 2 (raramente); 3 (às vezes); 4 (quase sempre) e 5 (sempre).¹¹ No Brasil, a versão em português da escala demonstrou boa consistência interna, estabilidade e validade de constructo, sendo considerada adequada para uso em estudos de associação entre AS e desfechos relacionados à saúde.^{5,12} O MOS também mostrou sua aplicabilidade em idosos com baixa escolaridade de uma região rural no estado de São Paulo.¹³

A relação entre AS e estado conjugal, autoavaliação de saúde (AVS) e doenças crônicas está bem estabelecida. Pessoas casadas relatam menos eventos estressantes e apresentam uma chance maior de terem contatos sociais mais frequentemente do que solteiros.^{5,11,14} Idosos com melhor AVS referem maior AS.¹⁵ E a ocorrência de doenças como diabetes, doença arterial coronariana (DAC), câncer e acidente vascular cerebral, também é modificada pelo nível de apoio e redes sociais.^{16,17}

Além das investigações relacionando a presença de redes sociais com redução de mortalidade, sua importância em idosos tem sido evidenciada principalmente no campo da saúde mental.^{18,19}

Com o envelhecimento, experimentam-se diferentes tipos de perdas, incluindo aposentadoria e morte de familiares e amigos. Em virtude da redução das funções física e cognitiva, a habilidade para lidar com tais perdas torna-se reduzida, acarretando uma maior influência do AS na saúde de idosos.²⁰

Um dos problemas de saúde mais comuns de idosos é a depressão, cuja prevalência pode chegar a 37% nos serviços de atenção primária.²¹ Esta condição se relaciona a uma redução da qualidade de vida, maior número de comorbidades e elevadas taxas de mortalidade. O AS protege o indivíduo das consequências devastadoras da depressão, ao aliviar os efeitos negativos de estressores psicossociais, observando-se uma relação inversa entre a ocorrência de sintomas depressivos e o tamanho das redes sociais.¹³

Considerando-se a importância do AS como condicionante de saúde, torna-se evidente a necessidade da identificação de idosos em situação de vulnerabilidade decorrente de AS deficiente. O uso de instrumentos de fácil manuseio possibilita à equipe de saúde diagnosticar e intervir, oportunamente, através da organização de redes de apoio e ações individualizadas, podendo resultar em reflexos positivos sobre as condições de vida dos idosos.

Este estudo teve como objetivo avaliar o AS entre idosos assistidos em uma unidade de saúde de atenção primária, localizada em uma região pobre e violenta do município do Rio de Janeiro. Adicionalmente, buscou-se verificar a sua associação com depressão, autoavaliação de saúde (AVS), estado conjugal e doenças crônicas.

MÉTODO

O estudo, do tipo transversal, com amostra de conveniência, foi realizado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), unidade de atenção primária da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, que atende aos moradores da região de Manguinhos. Nessa região, iniciativas voltadas para a redução da violência têm enfrentado obstáculos, em virtude da ação de narcotraficantes que exercem suas atividades no local²²

Os idosos, usuários do CSEGSF com 60 ou mais anos de idade, foram encaminhados, por solicitação dos pesquisadores, pelos médicos e enfermeiros da

Estratégia de Saúde da Família, ou pelos clínicos do centro de saúde, para o ambulatório de geriatria.

O tamanho da amostra foi calculado a partir das prevalências de dois agravos comuns em idosos, como demência e depressão, estimadas em 20%.^{21,23} O nível de significância foi estabelecido em 5% e o intervalo de confiança em 95%. Utilizando-se o programa Winpepi 2009, versão 9.2, calculou-se o número de voluntários necessários em 180.

A coleta dos dados ocorreu no período de junho a dezembro de 2010, em uma única consulta, onde diversas funções foram examinadas pela geriatra, importando para este estudo a autoavaliação de saúde e o humor, além do apoio social. Registros referentes a doenças e dados sociodemográficos foram coletados do prontuário.

Foram incluídos os voluntários que concordaram em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido e que apresentaram capacidade de entender as perguntas do questionário. Excluíram-se aqueles com déficit visual ou auditivo graves não corrigidos, ou demência.

A autoavaliação de saúde foi feita com a seguinte pergunta: “Comparando-se com outras pessoas de sua idade, como acha que está a sua saúde atualmente?” As respostas possíveis eram: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim.²⁴

Para o diagnóstico de depressão maior foi realizada a "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV- Versão Clínica" (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Clinician Version*),²⁵ que tem sido largamente utilizada, mostrando-se um instrumento útil para o diagnóstico daquela doença. Ela segue o roteiro de uma entrevista e é voltada para a aplicação na prática clínica, já tendo sua confiabilidade verificada no Brasil.²⁶

A aferição do AS foi feita com uma parte da versão brasileira da escala de apoio social do MOS.⁵ A redução do instrumento tornou exequível a avaliação do nível de AS juntamente com as outras funções em uma única consulta. Considerando-se a importância do apoio material, emocional e da interação social na vida dos idosos, tais dimensões foram selecionadas para inclusão na avaliação geriátrica ampla. Esta estratégia se caracteriza por uma abordagem multidimensional destinada a examinar as diferentes funções do indivíduo.

O uso de uma escala com aquelas três dimensões também se baseou na verificação da associação de apoio afetivo com interação social positiva e de apoio emocional com informativo, através de análise fatorial, no estudo brasileiro de validação do MOS.⁵

A escala adaptada continha quatro questões para cada tipo de apoio, perfazendo um total de 12 perguntas, com respostas variando de nunca (1 ponto) a sempre (5 pontos). O somatório de todas as repostas determinou o escore de AS, que variou de 12 a 60 pontos (anexo1). Verificou-se melhor compreensão por parte dos idosos com o desmembramento da frase inicial em duas perguntas. Assim, perguntou-se inicialmente sobre a existência de alguém com quem o idoso poderia contar nas diferentes situações para, em seguida, interrogar-se sobre a frequência do apoio.

A variável focalizada neste estudo foi apoio social, categorizado em satisfatório, para pontuação igual ou superior a 48, já que tais indivíduos dispunham de apoio quase sempre (4 pontos) ou sempre (5 pontos) em todas as situações apresentadas, e AS insatisfatório, para pontuação igual ou inferior a 47 pontos.

Buscou-se identificar a associação de AS com: sexo; idade (faixa etária 60-74/ 75 e mais anos); autoavaliação de saúde – respostas agrupadas nas categorias boa (muito boa/boa), regular e ruim (muito ruim/ruim); depressão; estado conjugal (casado/morando junto e solteiro/viúvo/divorciado); e as doenças crônicas DAC, hipertensão arterial, DM2 e osteoartrose.

Calcularam-se as medianas de AS, segundo as categorias de AVS, depressão, estado conjugal e doenças crônicas, a fim de se avaliar a distribuição de AS satisfatório e insatisfatório, de acordo com essas variáveis.

A significância estatística das diferenças das medianas de AS e AVS foi analisada com o teste para amostras não-paramétricas de Kruskal-Wallis, em virtude das três categorias possíveis de resposta; e entre AS e as outras variáveis, que permitiam apenas dois tipos de resposta, usou-se o teste Mann-Whitney.

O Qui-quadrado de Pearson foi usado para verificar a significância estatística da associação entre AS e estado conjugal, depressão, osteoartrose e diabetes. Como a variável AVS apresenta três categorias de ordenação, verificou-se a possibilidade de aumento do AS com a melhora da AVS pelo Qui-quadrado de tendência à linearidade.

Por meio de regressão logística com análise multivariada, verificou-se a associação entre AS e depressão, AVS, estado conjugal e doenças crônicas, ajustando-se os efeitos simultâneos de múltiplas covariáveis.

O *software* SPSS for Windows (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 13 foi usado nas análises.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ (parecer nº 126/10). Em atendimento à

Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi anexado ao questionário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que os idosos pudessem autorizar sua participação voluntária no estudo.

RESULTADOS

Cento e oitenta e cinco idosos foram encaminhados para a pesquisa. Destes, dois foram retirados devido a déficit visual grave e três por demência avançada. Durante a aplicação do questionário de AS, um idoso não conseguiu entender as perguntas e não foi incluído nas análises.

A aplicação da escala de AS gastou, em média, cinco minutos, sendo aplicada ao final da avaliação geriátrica.

O grupo do estudo se caracterizou por forte predomínio do sexo feminino e por baixa escolaridade, havendo uma proporção discretamente maior de indivíduos não casados. Apesar de a grande maioria perceber seu nível de AS como satisfatório e avaliar sua saúde como boa ou regular, quase um terço dos idosos tiveram diagnóstico de depressão maior. Em relação às doenças crônicas, destaca-se a alta prevalência de hipertensão arterial. A estatística descritiva é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Características dos participantes do estudo (N=180)

Variável	Média	DP
Idade	73	[6,9]
Escolaridade	3	[2,9]
	n	(%)
Mulheres	132	(73,3)
Estado conjugal		
Casado	81	(45,0)
Solteiro/viúvo/separado	99	(55,0)
Hipertensão arterial	150	(83,3)
Diabetes	57	(31,7)
DAC	18	(10,0)
Osteoartrose	77	(42,8)
Apoio Social *		
Satisfatório	134	(74,4)
AVS*		
Boa	100	(55,0)
Regular	60	(33,3)
Ruim	20	(11,1)
Depressão*	52	(27,8)

AVS- Autoavaliação de saúde; DAC- doença arterial coronariana; DP- Desvio-padrão; * N=179 (1 caso sem informação nestas variáveis)

A distribuição da pontuação obtida na variável AS mostra valores mais altos nos não-deprimidos e naqueles com AVS boa e regular, cujos escores foram maiores do que 48, limite estabelecido para AS satisfatório, havendo diferença significativa entre os grupos. Para as outras variáveis, embora tenha havido diferença significativa nas distribuições das duas categorias de AS em diabetes, osteoartrose e estado conjugal, o ponto de corte de 48 para AS satisfatório não foi observado. (Tabela 2).

Tabela 2. Mediana de apoio social de acordo com depressão, autoavaliação de saúde, estado conjugal e doenças crônicas

Variável	N= 179	Mediana AS (min-máx)	<i>p</i>
Depressão			
Não	127	60 (20-60)	< 0,0001*
Sim	52	48 (23-60)	
Autoavaliação de saúde			
Boa	99	60 (24-60)	0,003**
Regular	60	59 (20-60)	
Ruim	20	48 (23-60)	
Estado conjugal			
Casado	81	60 (20-60)	0,014*
Solteiro/ viúvo/separado	98	54 (23-60)	
Diabetes			
Não	122	57 (20-60)	0,048*
Sim	57	60 (24-60)	
DAC			
Não	161	58 (20-60)	0,649*
Sim	18	58,5 (29-60)	
Hipertensão arterial			
Não	30	56 (28-60)	0,424*
Sim	149	59 (20-60)	
Osteoartrose			
Não	102	60 (27-60)	0,009*
Sim	77	54 (20-60)	

* Teste Mann-Whitney; **Teste Kruskal-Wallis; DAC- doença arterial coronariana

A associação entre AS e transtorno de humor foi evidenciada na análise multivariada. Os deprimidos tiveram uma probabilidade de receberem AS insatisfatório 2,32 vezes maior do que os não deprimidos, independentemente de outros fatores. Entretanto, a associação entre AS e AVS, estado conjugal e artrose desapareceu quando se procedeu ao mesmo tipo de análise, revelando a presença de depressão como fator de confundimento. As doenças crônicas não se associaram a AS.(Tabela 3)

Tabela 3

Associação entre apoio social satisfatório e sexo, faixa etária, depressão, autoavaliação de saúde, estado conjugal e doenças crônicas (N=179)

Variável	AS satisfat. n (%)	AS insat. n (%)	Análise bivariada		Análise multivariada	
			p- valor	OR bruta (IC)	p- valor	OR ajustada (IC)
Sexo- masculino	37 (77,1)	11 (22,9)	0,68	1,05 (0,87-1,26)	--	--
feminino	96 (73,3)	35 (26,7)				
Idade 60-74	71 (53,4)	31 (67,4)	0,10	0,55 (0,27-1,12)	--	--
≥75	62 (46,6)	15 (32,6)				
AVS						
MB/Bom	78 (58,6)	21 (21,2)	0,039*	3,04 (1,11- 8,30)	0,26	1,88 (0,62- 5,68)
Regular	44 (33,1)	16 (26,7)		2,25 (0,78- 6,43)	0,39	1,61 (0,53- 4,91)
MR/Ruim	11 (11,0)	9 (45,0)		1,0		1,0
Depressão						
Não	102 (76,7)	25 (54,3)	0,005**	2,76 (1,36- 5,59)	0,03	2,32 (1,07- 5,02)
Sim	31 (23,3)	21 (45,7)		1,0		1,0
Estado conjugal						
Casado	66 (49,6)	15 (32,6)	0,04**	2,03 (1,00-4,11)	0,08	1,92 (0,92- 3,97)
Sol./ viúvo/ sep	67 (50,4)	31 (67,4)		1,0		1,0
Artrose						
Não	81 (60,9)	20 (43,5)	0,04**	2,02 (1,02- 3,99)	--	--
Sim	52 (39,1)	26 (56,5)		1,0		
Diabetes						
Não	89 (66,9)	34 (73,9)	0,37**	1,41 (0,66- 2,96)	--	--
Sim	44 (33,1)	12 (26,1)		1,0		
Hipert. Arterial						
Não	21 (15,8)	8 (17,4)	0,79**	0,89 (0,36- 2,17)	--	--
Sim	112 (84,2)	38 (82,6)		1,0		
DAC						
Não	121 (91)	40 (87,0)	0,43**	1,52 (0,53- 4,29)	--	--
Sim	12 (9,0)	6 (13,0)		1,0		

AVS- autoavaliação de saúde; DAC- doença arterial coronariana; IC- Intervalo de Confiança; MB- muito bom; MR- muito ruim; OR- *Odds Ratio*; *Qui-quadrado de tendência linear; **Qui- quadrado

DISCUSSÃO

A despeito dos baixos níveis de escolaridade e renda, e de residirem em uma região violenta do município do Rio de Janeiro, os indivíduos apresentaram elevada proporção de AS satisfatório (74,4%). Este resultado é semelhante ao encontrado em outros estudos envolvendo a mesma faixa etária, tanto de contexto cultural semelhante, de países em desenvolvimento, como daqueles desenvolvidos.²⁷ No Brasil, Pinto *et al*¹³ aplicaram o MOS em idosos de baixo nível socioeconômico, residentes em uma região rural do Brasil e também encontraram médias elevadas nos escores de AS.

A redução no tamanho do instrumento viabilizou sua aplicação em uma consulta na rede de atenção primária de saúde, cujo tempo de atendimento costuma ser exíguo. A utilização de perguntas referentes a apenas três dimensões parece não ter prejudicado a avaliação do AS aos idosos, haja vista a forte associação entre AS insatisfatório e

depressão. A facilidade de aplicação por parte do profissional e a compreensão pelos idosos, após o desdobramento das perguntas, demonstram a aplicabilidade do instrumento naquele contexto.

A existência das cinco diferentes dimensões do constructo AS identificadas no MOS nem sempre tem sido evidenciada. Sherbourne e Stewart¹¹ encontraram quatro categorias distintas, ao passo que Shyu *et al*²⁸ e Westaway *et al*,²⁹ identificaram apenas apoio emocional e material em parentes que cuidavam de pacientes com câncer em Taiwan e em negros diabéticos sul-africanos, respectivamente. A alta correlação entre os itens das dimensões sugere que um número menor de categorias e/ou perguntas possa dar conta de avaliar o AS.

A utilização de um ponto de corte para categorizar AS em satisfatório ou insatisfatório foi adequada para as análises da distribuição em relação aos outros agravos. Esta estratégia também é usada em outro instrumento, o Inventário de Suporte Social do *Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients* (ENRICH). Multidimensional como o MOS, mas com apenas cinco questões, ele permite a geração de um escore, a partir do qual os indivíduos se tornam elegíveis para as intervenções.³⁰ De forma semelhante, a adoção do ponto de corte 48, com a utilização da escala aplicada em nosso estudo, poderá facilitar o diagnóstico do nível de apoio do indivíduo, proporcionando maior agilidade na tomada de decisões durante uma consulta.

Relação entre AS e depressão

Os escores médios de AS observados neste trabalho são coerentes com outros que demonstram menor probabilidade de ocorrência de depressão em pessoas com elevados níveis de AS, quando comparadas àquelas com baixo AS.³¹⁻³³ Em negros americanos hipertensos, AS foi um preditor significativo de depressão, juntamente com estresse e idade.³⁴ Na Coreia, usando uma versão local do MOS, Shin *et al*³⁵ diagnosticaram depressão três vezes mais no grupo de baixo AS, enquanto na Tailândia a associação entre depressão e incapacidade funcional foi modificada pelo nível de AS oferecido.³⁶ Ideação suicida, comum em deprimidos graves, ocorreu com maior frequência em idosos australianos com AS precário.³⁷

De uma forma geral, os estudos apontam para a existência de uma clara associação entre depressão e baixo AS. Considerando-se este aspecto como um fator de risco modificável, a realização de estudos voltados para a prevenção de declínio ou melhora do AS, são propícias para redução de sintomas depressivos e manutenção da saúde mental de idosos.

Relação entre AS e AVS

A saúde autorreferida é um indicador consistente do estado de saúde global, sendo considerada uma medida de risco independente, tanto de morbidade quanto de mortalidade, mesmo quando se controlam outros fatores de risco clínicos e psicossociais.³⁸ Ela reflete a percepção integrada do indivíduo das dimensões biológica, psicológica e social da saúde.³⁹

Na presente investigação, 55% das pessoas referiram AVS boa ou muito boa, taxa inferior à de países europeus, principalmente daqueles mais desenvolvidos, onde pode ultrapassar 80%.²⁷ Isto não é surpreendente, visto que aspectos coletivos relacionados ao ambiente onde se vive, como desigualdade de renda e infraestrutura de serviços, e os referentes ao indivíduo, como hábitos de vida, escolaridade e idade, influenciam a AVS.⁴⁰

A associação entre AS e AVS já foi relatada em diferentes estudos,⁴¹⁻⁴³ inclusive no Brasil, por Lima-Costa *et al*, que verificaram um aumento de duas a quatro vezes na probabilidade dos idosos avaliarem a sua saúde como ruim quando havia insatisfação com a rede social, principalmente nos grupos mais empobrecidos.⁴¹ Em outra pesquisa, os menores escores no MOS se associaram a maiores chances de má percepção de saúde em mulheres de baixa renda.⁴² E em uma amostra de mais de 5000 australianos, tanto o tamanho da rede social como a satisfação com o apoio recebido, mostraram-se associados à AVS.⁴³

Neste trabalho, a associação entre AVS e AS desapareceu quando se procedeu à análise multivariada, demonstrando-se a forte influência da depressão como fator de confundimento. Uma possível explicação para o resultado encontrado é o tamanho da amostra, que pode ter sido insuficiente. Mesmo assim, este achado sugere ser necessário o controle para distúrbio de humor quando se analisar a associação entre AVS e AS.

Relação entre AS, estado conjugal e doenças crônicas

Embora a relação entre estado conjugal e AS tenha sido relatada por diferentes autores,^{5,11,14,44} aqui também houve desaparecimento da associação quando se realizou a análise multivariada, identificando o mesmo confundimento com depressão.

Em relação à diabetes, pode ser que tanto o suporte oferecido para lidar com o estresse emocional, como as informações relacionadas à doença, ambos providos pela rede social, expliquem a associação entre a doença e AS.⁴⁵ A maioria dos estudos que se

referem a esse assunto é voltada para o controle da doença,⁴⁶⁻⁴⁸ explicação que também se aplica à associação entre AS e hipertensão arterial.⁴⁹ Como nosso estudo não abordou aspectos relacionados ao manejo das doenças, é possível que esse fato tenha sido determinante na ausência de ligação entre AS e aquelas doenças.

Com relação à osteoartrose, a associação com AS deveu-se, em grande parte, à presença de depressão, permanecendo uma significância marginal após o ajuste. Como os sintomas mais proeminentes de osteoartrose (OA) são a dor e a incapacidade física, ambos determinantes de declínio da qualidade de vida, não é de se estranhar a ocorrência de depressão nesses pacientes. O AS pode reduzir o estresse e atenuar os efeitos negativos da doença, incluindo a depressão, resultando em maior satisfação com a vida e melhor capacidade para lidar com a osteoartrose. Luger *et al.*, utilizando o MOS, demonstraram que o AS se relacionou ao bem-estar em pacientes com OA⁵⁰ e sugeriram o aumento das relações sociais como parte da estratégia terapêutica.

A associação esperada entre AS e DAC não foi encontrada ($p=0,649$), provavelmente porque a prevalência desse agravo está subestimada, havendo apenas 18 prontuários (10%) com registros da doença. A baixa prevalência reflete, também, possivelmente, o menor acesso a métodos complementares de diagnóstico disponíveis na atenção primária.

CONCLUSÃO

A despeito do aumento da prevalência de doenças crônicas na atualidade, observa-se que uma melhora do nível de desenvolvimento na sociedade pode reduzir a incapacidade decorrente desses agravos.⁵¹ O apoio social insatisfatório é uma condição semelhante a uma doença crônica e deve ser identificado na consulta de atenção primária, possibilitando a realização de intervenções que contribuam para a melhora do nível de funcionalidade do indivíduo.

Idosos deprimidos são mais propensos a disporem de baixo apoio social e deveriam receber atenção especial. Estratégias de baixo custo, voltadas para a melhora do AS, podem contribuir para o tratamento da doença.

A escala de apoio social do MOS, em sua forma abreviada com apenas três dimensões, é um instrumento útil para uso com idosos de baixa escolaridade, de fácil aplicabilidade, que pode ser inserida em uma consulta rotineira. A utilização de um ponto de corte é adequada para a classificação do nível de AS, agilizando a tomada de decisões.

Em virtude de esta pesquisa ter sido realizada em uma unidade de saúde e a maior proporção de mulheres na amostra, pode haver uma limitação da generalização dos resultados. Também não se pôde estabelecer uma relação causal entre depressão e baixo AS.

CONTRIBUIÇÕES

Valéria TS Lino participou de todas as etapas do trabalho. Luiz AB Camacho e Margareth C. Portela colaboraram nas análises e na revisão do artigo. Nesta etapa, participaram também, Soraya Atie e Maria José B. Lima.

BIBLIOGRAFIA

1. Sanchez MM, Aguado F, Toscano FS, Saphier D. Effects of prolonged social isolation on responses of neurons in the bed nucleus of the stria terminalis, preoptic area, and hypothalamic paraventricular nucleus to stimulation of the medial amygdale. *Psychoneuroendocrinology* 1995; 20 (5): 525-541.
2. Makaya MT, Kato N, Chishaki A, Takeshita A, Tsutsui H. Anxiety and Poor Social Support are Independently Associated With Adverse Outcomes in Patients With Mild Heart Failure. *Circ J* 2009; 73: 280 – 287.
3. Seeman TE, & Mc EBS. Impact of Social Environment Characteristics on Neuroendocrine Regulation. *Psychosomatic Medicine* 1996; 58:459-471.
4. Sherbourne CD. The role of social supports and life stress events in use of mental health services. *Med Care* 1988; 27: 1393-1400.
5. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad.Saúde Pública* 2005, 21 (3):703-714.
6. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias* 2002; 7: 156-175.
7. Shye D, Mullooly JP, Freeborn DK and Pope CR. Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41; 7: 935-947.
8. Roth P. Family social support. In: Bomar PJ, org. *Nurses and family health promotion: concepts, assessment, and interventions*. Baltimore: Willians & Wilkins; 1989. p. 90-102.
9. Heitzmann CA & Kaplan RM. Assessment Methods for Measuring Social Support. *Health Psychology* 1988; 7 (1): 75-109.

10. Griep RH. Confiabilidade e Validade de Instrumentos de Medida de Rede Social e de Apoio Social Utilizados no Estudo Pró-Saúde [tese de doutorado]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2003. 128 p.
11. Sherbourne CD & Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci. Med* 1991; 32 (6): 705-714
12. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19: 625-34.
13. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):753-764.
14. Rosa TEC, Benício MHD, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(12): 2982-2992.
15. Sun W, Watanabe M, Tanimoto Y, Shibutani T, Kono R, Saito M, Usuda K , Kono K. Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2007, 7:297.
16. Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 245- 251.
17. Vogt TM, Mullooly JP, Ernst D, Pope CR, Hollis JF. Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. *J. Clin. Epidemiol* 1992, 45: 659-
18. Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Schoenbach VJ, Grimson R, et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983; 117:521-537.
19. Auslander GK. Social networks, social support, and self-ratings of health of the elderly. *J Aging Health* 1991; 3: 493-510.
20. Blazer DG. Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epidemiol* 1982;115:684-694.
21. Li C, Friedman B, Conwell Y, Fiscella K. Validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *JAGS* 2007; 55: 596-602.

22. Souza ER, Ribeiro AP, Atie S, Souza AC, Marques CC. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(4): 1153-1163.
23. Herrera Jr E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Psiq Clin 1998; 25:70-73.
24. Santos SM; Chor D; Werneck GL; Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e autoavaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 (11): 2533-2554.
25. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders- clinician version (SCID-CV) Washington (DC): American Psychiatry Press; 1997.p. 84.
26. Del- Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2001, 23; (3): 156-159. Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica” traduzida para o português.
27. Knesebeck O and Geyer S. Emotional support, education and self-rated health in 22 European Countries. *BMC Public Health* 2007; 7:272.
28. Shyu YI, Tang WR, Liang J, Weng LJ. Psychometric testing of the social support survey on a Taiwanese sample. *Nurs Res.* 2006; 55 (6): 411- 7.
29. Westaway MS, Seager JR, Rheeder P & Van Zyl DG. The effects of social support on health, well-being and management of diabetes mellitus. *Ethnicity & Health* 2005; 10 (1): 73-89.
30. Mitchel PH, Powell L, Blumenthal J, Norten J, Ironson G, Pitula CR et al. Short Social Support Measure for Patients Recovering From Myocardial Infarction: THE ENRICHED SOCIAL SUPPORT INVENTORY. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2003; 23:398-403
31. Dalgard S, Bjrck S, Tambs K. Social support, negative life events, and mental health. *Brit J Psychiatry* 1995;166(1):29–34.
32. Hagerty B, Williams R. The effects of sense of belonging, social support, conflict, and loneliness on depression. *Nursing Research* 1999;48(4):215–219.
33. Brummett B, Barefoot J, Vitaliano P, Siegler I. Associations among social support, income, and symptoms of depression in an educated sample: the UNC alumni heart study. *International J Behavioral Medicine* 2003;10 (3): 239–250.

34. Dennis JP, Markey MA, Johnston KA, Wal JSV, Artinian NT. The Role of Stress and Social Support in Predicting Depression Among a Hypertensive African American Sample. *Heart Lung*. 2008 ; 37(2): 105–112.
35. Shin JK, Kim KW, Park JH, Lee JJ, Huh Y, Lee SB, Choi EA, Lee DY, Woo JI. Impacts of Poor Social Support on General Health Status in Community-Dwelling Korean Elderly: The Results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging. *Psychiatry Invest* 2008; 5:155-162
36. Suttajit S, Punpuing S, Jirapramukpitak T, Tangchonlatip K, Darawuttimaprakorn N, Stewart R, Dewey ME, Prince M, Abas MA. Impairment, disability, social support and depression among older parents in rural Thailand. *Psychological Medicine* 2010; 40: 1711–1721.
37. Vanderhorst RK & McLaren S. Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging & Mental Health* 2005; 9(6): 517–525.
38. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21–37.
39. Jylhä M, Gurainik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998; 53: S144-52.
40. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23 (11): 2533-2554.
41. Lima-Costa MF, Firmo JOAF, Uchôa E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:830-9.
42. Surkan PJ, O’Donnell EM, Berkman LF, Peterson KE. Ties in Relation to Health Status of Low-Income Brazilian Women. *Journal of Women’s Health* 2009; 18 (12): 2049-2056.
43. McLaughlin D, Vagenas D, Pachana NA, Begum N, Dobson A. Gender differences in social network size and satisfaction in adults in their 70s. *J Health Psychol*. 2010;15 (5): 671-9.
44. Sousa AI, Silver LD, Griep RH. Apoio social entre idosos de uma localidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(5): 625-31.
45. Van Dam HA, Van Der HFG, Knoop L, Ryckman RM, Crebolder HFJM, Van Den BBHW. Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention

studies. *Patient Education and Counseling* 2005; 59: 1–12

46. Trento M, Passera P, Tomalino M, Bajardi M, Pomero F, Allione A, Vaccari P, Molinatti GM, Porta M. Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes: a 2-year follow-up. *Diabetes Care* 2001;24:995–1000.

47. Keyserling TC, Samuel-Hodge CD, Ammerman AS, Ainsworth BE, Henriquez-Roldan CF, Elasy TA, Skelly AH, Johnston LF, Bangdiwala SI. A randomized trial of an intervention to improve self-care behaviors of African-american women with type 2 diabetes: impact on physical activity. *Diabetes Care* 2002; 25:1576–83.

48. Gildea JL, Hendryx MS, Clar S, Casia C, Singh SP. Diabetes support groups improve health care of older diabetic patients. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40:147–50.

49. Wirtz PH, Von KR, Mohiyeddini C, Emini L, Ruedisueli K, Groessbauer S, Ehlert U. Low Social Support and Poor Emotional Regulation Are Associated with Increased Stress Hormone Reactivity to Mental Stress in Systemic Hypertension. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91: 3857–3865

50. Luger T, Cotterb KA, Shermanc AM. It's all in how you view it: Pessimism, social relations, and life satisfaction in older adults with osteoarthritis. *Aging Ment Health*. 2009;13 (5): 635–647

51. Leskinen MR, Laatikainen TK, Tuomilehto JO, Nissinen MA, Peltonen M, Koistinen PO, Antikainen RL. Trends in health status and the use of services among the 80-84-year-old Finnish war veterans during 1992 and 2004. *Scand J Public Health*. 2010; 38(4): 434-41.

Anexo 1. Instrumento adaptado com as dimensões de apoio material, emocional e interação social positiva da escala de apoio social do *Medical Outcomes Study*.

“Se você precisar, você conta com alguém...?”					
“Com que frequência conta com essa(s) pessoa(s) para...?”					
	1-nunca	2-raramente	3-às vezes	4-quase sempre	5-sempre
Material					
Que o ajude, se ficar de cama?					
Para levá-lo ao médico?					
Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?					
Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?					
Emocional					
Para ouvi-lo, quando você precisar falar?					
Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?					
Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
Que compreenda seus problemas?					
Interação social positiva					
Com quem fazer coisas agradáveis?					
Com quem distrair a cabeça?					
Com quem relaxar?					
Para se divertir junto?					

Escala original com cinco dimensões- Sherbourne & Stewart;¹¹ adaptação e validação para o português- Griep *et al.*⁵

CAPÍTULO VI

ARTIGO 3

Triagem de Problemas de Saúde de Idosos na Atenção Primária com um Instrumento Multidimensional

Lino VTS, Portela MC, Camacho LAB, Atie S, Lima MJB

Introdução

As transições demográfica e epidemiológica por que passa o Brasil, atualmente, acarretam um envelhecimento populacional extremamente rápido, associado a uma maior mortalidade pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Esses agravos, que atingem proporções epidêmicas¹, ocasionam aumento da prevalência de incapacidade, ocasionada, no mundo, principalmente por demência, depressão, alterações motoras e cegueira.² Em decorrência disso, altera-se a demanda por políticas públicas, fazendo-se necessária a elaboração de indicadores de saúde capazes de identificar condições que induzam ao risco de perda funcional.³ O planejamento de ações de promoção da saúde e de manutenção da capacidade funcional dos idosos depende dessa reorientação das políticas de saúde.

As afecções que acometem os idosos são múltiplas e incluem aspectos clínicos, psicológicos e sociais que interagem entre si, modificando a exteriorização das doenças e requerendo uma abordagem diferenciada.⁴

A avaliação geriátrica baseia-se no exame da capacidade funcional, indicador de saúde e bem-estar mais completo do que a morbidade, que se relaciona diretamente com a qualidade de vida e mede a habilidade do indivíduo para realizar o autocuidado e viver independentemente. A detecção precoce de modificações no estado funcional, associada à intervenção sobre as condições passíveis de correção, pode prevenir o declínio funcional.⁵

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é um termo utilizado para descrever o exame das diversas funções do paciente idoso. Este conceito se apoia no conhecimento da complexa variedade de fatores médicos, psicossociais e ambientais relacionados à saúde, constituindo-se num processo de diagnóstico multidimensional e estabelecimento de um plano terapêutico de longo prazo.^{6,7}

Para o idoso não institucionalizado, a atenção primária é o espaço adequado para a implementação da AGA, resultando em melhora do estado funcional, interação social,

cognição, humor e também em redução do número de consultas.⁴ Isto acontece porque a atenção primária propicia uma abordagem holística da saúde, tornando a prevenção tão importante quanto a cura, numa continuidade de cuidado que se estende ao longo da vida. Por isso, quando se comparam países em estado de desenvolvimento semelhante, aqueles cujo sistema de saúde é organizado a partir da atenção primária, apresentam um nível mais elevado de saúde para a mesma quantidade de recursos investidos.⁸

Entretanto, a AGA requer um longo tempo de administração e, como a demanda por atendimentos é elevada, esse tipo de abordagem deve ser direcionado para um grupo específico de idosos, com maior risco de incapacidade.

Assim, uma das medidas adotadas para a adequação da atenção aos idosos é o rastreamento de problemas de saúde, possibilitando a identificação de pacientes que necessitam de intervenções específicas. Realizado numa etapa prévia ao exame médico, com instrumentos de aplicação rápida, o rastreamento de transtornos nos níveis físico, mental e social propicia maior eficiência à consulta com aquele profissional.

Embora se perceba a necessidade de avaliação global dos idosos, não são muitos os instrumentos capazes de realizar a triagem de várias funções em um único momento. É possível identificar na literatura abordagens por telefone⁹ e questionários de autoavaliação,¹⁰ estratégias de eficácia questionável em regiões com predomínio de pobreza e baixa escolaridade, onde o exame objetivo pelo profissional de saúde teria mais utilidade.

O instrumento elaborado por Moore *et al.*,¹¹ cuja validação teve como padrão-ouro a avaliação geriátrica, destina-se ao exame de oito funções e foi recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com pequenas modificações, como uma das estratégias para implantação dos princípios do Centro de Saúde Amigo do Idoso em diversos países (anexo 2).¹² O Brasil participou do estudo piloto multicêntrico realizado por aquela entidade. Nesse trabalho, profissionais de nível médio e superior realizavam uma triagem inicial com a ferramenta e, em seguida, encaminhavam os idosos com alteração para uma consulta médica, onde eram aplicados os protocolos clínicos determinados pela OMS. Evidenciou-se, assim, a aplicabilidade do instrumento no âmbito da atenção primária. Entretanto, embora o estudo não tenha sido desenhado para avaliar a sensibilidade, os médicos observaram, durante o grupo focal realizado após o trabalho de campo, que alguns itens com triagem positiva, como depressão e memória, acarretavam a aplicação dos protocolos clínicos desnecessariamente. Por outro lado, a orientação para realização do teste de visão com o cartão de Snellen apenas nos

indivíduos que relatassem dificuldades visuais no cotidiano não foi suficiente para identificar aqueles com problemas visuais avançados (Relatório técnico da experiência desenvolvida na ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro; não referenciado, veja “Notas”).

Assim, os resultados do estudo piloto, aliados ao fato daquele instrumento utilizar testes não validados em nosso meio, prejudicaram a plena recomendação da ferramenta da OMS.

O objetivo deste estudo foi avaliar um instrumento de triagem de problemas de idosos, para uso em serviços de atenção primária, a partir da incorporação de testes e escalas já existentes. Adicionalmente, verificaram-se as propriedades psicométricas de três pequenos questionários para triagem de humor, apoio social e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs).

Métodos

Desenho do estudo e amostra

A avaliação do instrumento de triagem impôs a realização de uma consulta para avaliação geriátrica, considerada padrão-ouro, e outra para aplicação da ferramenta, por um profissional de saúde não- médico, com escolaridade de nível superior. Uma entrevista com um informante foi necessária para identificação de declínio cognitivo.

O estudo, do tipo transversal, com amostra de conveniência, foi realizado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), unidade de atenção primária da Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz, que atende aos moradores da região de Manguinhos.

Os idosos, com 60 ou mais anos de idade, usuários do CSEGSF, foram encaminhados, por solicitação dos pesquisadores, pelos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, ou pelos clínicos do centro de saúde, para o ambulatório de geriatria.

O tamanho da amostra foi calculado a partir das prevalências de demência e depressão,^{13,14} estimadas em 20%, percentual que abrange a maioria dos problemas de saúde dos idosos. O nível de significância foi estabelecido em 5% e o intervalo de confiança em 95%. Utilizando-se o programa Winpepi 2009, versão 9.2¹⁵, calculou-se o número de voluntários necessários em 180.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos homens e mulheres que dispunham de informante com quem convivessem há pelo menos dez anos.

Excluíram-se aqueles que apresentaram redução no nível de vigília no momento da avaliação, demência avançada, com dificuldade de manutenção da coerência durante conversação, cegueira, surdez ou impossibilidade de locomoção, além daqueles que não dispunham de um informante adequado.

Procedimentos

Uma geriatra realizou a primeira consulta, enquanto a triagem foi feita por uma assistente social ou uma psicomotricista, ambas treinadas no uso do instrumento durante um encontro de três horas com a pesquisadora principal e com os conhecimentos gerontológicos básicos preconizados pela OMS.¹²

A entrevista com o informante, familiar ou amigo, indicado pelo voluntário, foi feita pessoalmente, ou por telefone, e as informações referentes a doenças prévias foram retiradas de registros do prontuário.

O nível de escolaridade foi determinado pelo número de anos de estudo, não se considerando as repetências. Aqueles que não tinham frequentado escola, mas conseguiam ler a frase “feche os olhos”, eram designados como tendo um ano de escolaridade.

Instrumentos utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

A AGA foi realizada em uma consulta de aproximadamente 60 minutos, com exame físico direcionado e aplicação de testes, perguntas e escalas para as seguintes funções: atividades básicas e instrumentais de vida diária, cognição, humor, continência urinária, mobilidade, estado nutricional, visão, audição, força, apoio social, quedas e estado de saúde autorreferido. Os instrumentos utilizados no estudo são apresentados nos Quadros 1 e 2. A avaliação cognitiva seguiu a recomendação do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento, da Academia Brasileira de Neurologia.¹⁶

Para diagnóstico de síndrome demencial, usaram-se os critérios da Associação Americana de Psiquiatria, definidos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV)⁴² que determina a ocorrência de declínio da memória e outra

função cognitiva, com interferência no funcionamento social e ocupacional do indivíduo.

O diagnóstico de Doença de Alzheimer foi realizado com base nos critérios do *National Institute of Neurological Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association*,⁴³ o qual considera como provável Doença de Alzheimer: demência diagnosticada por exame clínico e documentada por um exame neuropsicológico, com declínio de memória e de pelo menos outra área da cognição por mais de 12 meses, evidência de atrofia em exame de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética e ausência de doenças ou medicamentos que possam justificar o declínio cognitivo.

A informação sobre declínio cognitivo, provida por um informante capaz de relatar mudanças na capacidade funcional e cognitiva dos idosos nos dez anos anteriores, foi realizada com o *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE).⁴⁴ A entrevista foi realizada separadamente, usando-se uma versão em Português,⁴⁵ pessoalmente ou por telefone. O escore é calculado de acordo com o julgamento nas 26 questões, usando-se uma escala *Likert*, que pode variar de muito melhor (1 ponto) a muito pior (5 pontos). Ao final, divide-se o somatório pelo número de itens respondidos. Utilizou-se o ponto de corte de 3,41, identificado por Bottini *et al* como “alteração considerável da cognição”.⁴⁶

Quadro 1. Funções e instrumentos usados na AGA

Função		
Teste/Escala/Instrumento	Descrição	Interpretação
AVDs Katz (EIAVD) ^{17,18}	6 itens medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado.	Independência- realização das funções sem ajuda pessoal ou supervisão.
AIVDs <i>Functional Activities Questionnaire</i> (Pfeffer) ^{19,20}	11 itens com pontuação variando entre zero (capaz) a três (incapaz).	Dependência- obtenção de seis ou mais pontos.
Mobilidade <i>Timed Up and Go</i> ²¹	O paciente levanta-se de uma cadeira, caminha três metros e retorna à mesma. Tempo cronometrado em segundos.	Pontos de corte- 10, 20 e 30 segundos para definir independência, comprometimento leve e significativo da mobilidade.
Humor Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV ²²	Questionário com onze perguntas relacionadas ao DSM-IV, havendo duas questões consideradas principais.	Comprometimento em pelo menos uma das perguntas principais e mais quatro das secundárias.
Visão Teste de Snellen ²³	Cartão colocado a 5,5m de distância	Comprometimento- visão menor que 20/40, estando o indivíduo munido de seus óculos.

Audição Teste do sussurro ²⁴ e uma pergunta de autoavaliação. ²⁵	Teste do sussurro- a 30cm da orelha testada, faz-se uma pergunta sussurrada, cobrindo-se a orelha contralateral. Repete-se do outro lado; pergunta objetiva: “Você sente que está tendo uma diminuição da audição?”	Comprometimento- resposta positiva à pergunta ou ausência de resposta a uma pergunta sussurrada, em pelo menos uma orelha.
Quedas Pergunta objetiva	“O(a) Sr(a) caiu duas ou mais vezes nos últimos 12 meses?”	Indivíduo considerado <i>Caidor</i> em caso de resposta afirmativa. ²⁶
Incontinência urinária Duas perguntas ¹¹	“Nos últimos 12 meses o(a) sr(a) deixou escapar urina alguma vez e ficou molhado?” Em caso positivo: “Nos últimos sete dias o(a) Sr(a) deixou escapar urina?”	Indivíduo considerado incontinente se as duas respostas forem afirmativas.
Força de preensão palmar	Realizaram-se duas aferições com a mão designada pelo voluntário como a mais forte, registrando-se a medida mais alta com cronômetro Crown®	Força definida como normal, de acordo com os critérios de Fried <i>et al</i> , ²⁷ de acordo com o sexo e o IMC (Anexo 1).
Autoavaliação de saúde Pergunta objetiva ²⁸	“Comparando-se com outras pessoas de sua idade, como acha que está a sua saúde atualmente?”	Respostas possíveis: “muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim”. Para as análises, agruparam-se os dois primeiros e os dois últimos nas categorias “bom” e “ruim”, respectivamente.
Nutrição IMC e MAN- triagem ²⁹	MAN- escore de risco de desnutrição; IMC (peso, em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura)	Triagem MAN- escore máximo igual a 14 pontos; ausência de risco- 12 ou mais pontos. IMC < 22 Kg/m ² SC- baixo peso; >27Kg/m ² SC- sobrepeso. ³⁰
Apoio social Versão brasileira abreviada do questionário de apoio social do <i>Medical Outcomes Study</i> ^{31,32}	Avaliação das dimensões de apoio material, emocional e interação social positiva. Cada item contém 4 questões, com respostas que variam de nunca (1 ponto) a sempre (5 pontos)-pontuação- 12 a 60 pontos.	Apoio social satisfatório - 48 pontos ou mais.

Quadro 2. Instrumentos utilizados na avaliação cognitiva

Função	Teste/Escala/Instrumento	Descrição	Interpretação
Triagem global	Mini-Exame do Estado Mental ³³	30 questões- orientação, atenção, cálculo, memória, linguagem e praxia	Pontos de corte de acordo com os anos de estudo: analfabetos- 19; 1 a 7 anos- 23; 8 ou mais anos- 26. ^{34,35}
Memória	Teste de Evocação da Lista de Palavras do CERAD ^{36,37} - Evocação livre, evocação tardia e reconhecimento	São apresentadas 10 palavras, com evocação espontânea após o término da leitura, por 3 vezes (e. livre) e, também, após um intervalo (e.tardia). Ao final, as 10 palavras são misturadas a 10 outras, para distração, devendo o indivíduo reconhecer as originais.	Evocação livre- escore= soma das palavras evocadas nas 3 tentativas. (máximo de 30); ponto de corte- 14. Evocação tardia (máximo de 10); ponto de corte- 3. Reconhecimento- escore calculado pela subtração de 10 do número de respostas corretas (máximo de 20); ponto de corte- 8.

<p>Memória para informações recentes (MIR)- Quatro perguntas do CAMCOG^{39,40}</p>	<p>MIR- o indivíduo deve dizer os nomes dos presidentes da República atual e anterior, além do governador em exercício. Em seguida, uma pergunta sobre uma notícia das duas últimas semanas.</p>	<p>MIR*</p>
<p>Atenção Extensão de dígitos¹⁶</p>	<p>O idoso deve repetir uma sequência crescente de dígitos imediatamente após o examinador, inicialmente na ordem de apresentação e, posteriormente, na ordem inversa.</p>	<p>São consideradas anormais sequências menores que 5 na ordem direta e menores que 3 na ordem indireta.</p>
<p>Linguagem <i>Nomeação</i>- Teste de Nomeação de Boston (TNB)- versão utilizada no CERAD.³⁷ <i>Escrita</i>- frase do MEEM.³³ <i>Compreensão</i>: resposta verbal do CAMCOG⁴⁰ <i>Expressão</i>: definição de palavras do CAMCOG^{39,40}</p>	<p><i>Nomeação</i>- são apresentadas 15 figuras para nomeação. <i>Escrita</i>- pede-se ao indivíduo para escrever uma frase, não se levando em conta erros de ortografia. <i>Compreensão</i>- são realizadas três perguntas objetivas, cujas respostas devem ser afirmativas ou negativas. <i>Expressão</i>- pede-se ao indivíduo para descrever a função de um martelo, dizer o nome do local onde se compram medicamentos, dar as definições das palavras “opinião” e “ponte”.</p>	<p><i>Nomeação</i>- TNB- a pontuação é obtida pelo número de figuras nomeadas corretamente; ponto de corte-11. <i>Escrita</i>- 1 ponto se a frase apresenta sujeito e predicado. <i>Compreensão e expressão</i>*</p>
<p>Função executiva Fluência verbal para animais⁴¹</p>	<p>Pede-se ao indivíduo que fale todos os animais que conseguir lembrar. Um minuto é contado. Quando são lembrados animais cuja denominação de gênero é semelhante (ex: gato e gata), um deles não é pontuado, mas quando a denominação é diferente (ex: cavalo e égua), ambos são pontuados. Pontua-se a denominação genérica de subcategorias de animais (ex: peixe), mas, apenas quando não seguida por exemplos da classe.</p>	<p>O escore corresponde ao número de animais lembrados nesse período; pontos de corte de acordo com escolaridade: menor que 8 anos= 9; > 8 anos= 13.¹⁶</p>
<p>Abstração Teste de similaridades (CAMCOG).³⁹</p>	<p>Solicita-se que o indivíduo identifique a semelhança entre uma maçã e uma banana (frutas), uma camisa e um vestido (roupas), uma mesa e uma cadeira (móveis), uma planta e um animal (seres vivos).</p>	<p>Teste de similaridades*</p>
<p>Percepção Visual Reconhecimento de pessoas famosas (CAMCOG).³⁹</p>	<p>Apresentam-se as fotos do Pelé e do Papa para reconhecimento, não sendo necessário o nome completo.</p>	<p>Reconhecimento*</p>
<p>Cálculo Soma e subtração de pequena quantia.³⁹</p>	<p>Mostram-se uma nota de 10 reais e duas de 1 real, perguntando-se a quantia apresentada. Em seguida, solicita-se que diga qual o valor de uma compra que tenha sido paga com uma nota de 50 reais, cujo troco fosse igual ao valor apresentado.</p>	<p>Cálculo*</p>

* Teste sem normatização. A avaliação foi realizada objetivando a comparação do desempenho entre indivíduos que não apresentaram declínio cognitivo ou funcional e aqueles com declínio; CERAD (*Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*); CAMCOG (*Cambridge Cognitive Examination*); MEEM- Mini-Exame do Estado Mental.

Declínio cognitivo leve sem demência foi diagnosticado em idosos que não apresentaram alterações no IQCODE ou no Questionário de Atividades Funcionais (*Functional Assessment Questionnaire- FAQ*),^{19,20} mas com desempenho em testes abaixo do esperado.⁴⁷

Triagem

Realizada sete a quinze dias após a AGA, a triagem não incluiu a cognição, em virtude da disponibilidade do MEEM, instrumento amplamente utilizado para rastreamento cognitivo global, com normatização para indivíduos com baixa escolaridade, em nosso meio^{34,35}.

Instrumentos idênticos aos da avaliação geriátrica foram usados na investigação de alterações de visão, mobilidade, força, incontinência urinária, quedas e estado de saúde autorreferida. Quanto à audição, apenas repetiu-se a pergunta sobre déficit auditivo. Verificou-se a ocorrência de problemas de humor, capacidade funcional e apoio social com as ferramentas discriminadas abaixo.

As AVDs foram examinadas com os dois itens de maior complexidade da Escala de Katz– tomar banho e vestir-se– primeiras funções a serem comprometidas quando o indivíduo começa a apresentar declínio cognitivo.¹⁸

Para compor a escala de AIVDs utilizaram-se, além da capacidade de realizar o controle financeiro, as habilidades para fazer compras, cuidar de medicamentos, preparar uma refeição e usar meio de transportes. Estes quatro itens identificaram corretamente mais de 97% dos indivíduos dependentes no estudo de Roehrig *et al*, cujo objetivo foi identificar os itens de escalas de AVDs e AIVDs necessários para uma triagem.⁴⁸ A incapacidade de realizar sozinho qualquer atividade foi considerada como dependência.

Para triagem de depressão, utilizou-se o *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2),⁴⁹ um instrumento com duas questões sobre a frequência de humor deprimido ou anedonia (perda da sensação de prazer na realização de atos antes prazerosos) nas duas semanas anteriores. Os escores variam de zero (nenhum dia) a três (quase todos os dias), havendo aumento da severidade da depressão na medida em que a pontuação aumenta. No estudo original, um escore igual ou maior que 3 revelou sensibilidade de 83% e especificidade de 92% para depressão maior. Neste trabalho usou-se a versão adaptada para a língua portuguesa.⁵⁰ Entretanto, um pré-teste revelou maior compreensão das perguntas quando se interrogava sobre a existência de sintomas nas duas semanas

anteriores para, em seguida, inquirir-se sobre sua frequência, dando origem a quatro perguntas, em vez de duas, como no original.

O rastreamento de risco de desnutrição foi realizado com o cálculo do IMC, associado a uma pergunta sobre perda de peso não intencional nos últimos seis meses. Relato de perda de peso não intencional de 10% em seis meses, ou IMC menor do que $22\text{Kg/m}^2\text{SC}$ no ato da triagem, foi considerado como alteração significativa.³⁰

A triagem de apoio social foi realizada com um pequeno teste construído com quatro perguntas da versão brasileira do questionário de apoio social do *Medical Outcomes Study*,^{31,32} selecionando-se questões que apresentavam elevada correlação item-escala dentro das dimensões apoio emocional, material e interação social positiva. Em virtude da elevada prevalência de incapacidade entre idosos, acarretando necessidade de cuidados pessoais, a dimensão apoio material foi contemplada com duas perguntas, em vez de apenas uma. Assim, o instrumento passou a conter as seguintes questões: “Se você precisar, com que frequência você conta com alguém: a) em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? b) com quem fazer coisas agradáveis? c) que o ajude se ficar de cama? d) para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?” As respostas possíveis a essas perguntas são: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, sendo pontuadas de 1 a 5, respectivamente. Apoio insatisfatório foi considerado quando o indivíduo respondeu “nunca”, “raramente” ou “às vezes” em algum item, obtendo menos de 16 pontos no somatório. Um pré-teste revelou maior compreensão das perguntas quando elas eram desmembradas. Assim, perguntou-se, inicialmente, sobre a disponibilidade de alguém para apoiar o idoso, para, em seguida, inquirir-se sobre a frequência com que o indivíduo pensava dispor de tal apoio.

Ao término da investigação, as duas entrevistadoras foram interrogadas sobre a aplicabilidade do uso da ferramenta e sobre as dificuldades encontradas durante o estudo, por meio de questões objetivas.

Análise estatística

A verificação da sensibilidade e especificidade dos três instrumentos utilizados na triagem de humor, apoio social e capacidade funcional teve como padrões ouro, respectivamente, a entrevista clínica de depressão, a versão abreviada de 12 perguntas do MOS e a escala de Pfeffer.

A confiabilidade dos instrumentos usados na AGA e na triagem foi determinada através do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), para as variáveis contínuas, e a

estatística *Kappa* para as categóricas, ajustando-se para a prevalência com a técnica PABAK.¹⁵ A classificação do grau de confiabilidade seguiu a recomendação de Landis e Koch,⁵¹ segundo a qual, um *Kappa* maior que 0,75 representa uma excelente concordância além do acaso, enquanto abaixo de 0,40 a concordância é pobre, e entre 0,40 e 0,70 ela é intermediária a boa. Adotou-se regra semelhante para o coeficiente de correlação intraclasse.

O pacote estatístico utilizado nas análises foi o SPSS versão 13.⁵²

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ (parecer nº 126/10). Em atendimento à Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi anexado ao questionário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que os idosos e seus informantes pudessem autorizar sua participação voluntária no estudo. As duas entrevistadoras também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

No período de junho a dezembro de 2010, 185 idosos foram encaminhados para avaliação geriátrica, cuja duração média foi de 60 minutos. Destes, dois foram retirados devido a déficit visual grave e três por demência avançada. Durante a aplicação do questionário de AS, um idoso não conseguiu entender as perguntas e não foi incluído na análise dessa condição.

Retornaram para a triagem, que teve duração média de 16 minutos, 165 idosos (91,7%). Entre os 15 que faltaram, três não puderam ser contatados por falta de telefone e um desistiu de continuar. Os 11 restantes faltaram duas vezes e justificaram suas ausências como decorrentes de esquecimento ou de outros compromissos nas datas das consultas, que não puderam ser remar cadas, em virtude do período de tempo delimitado para realização da triagem, após a AGA.

A entrevista com o IQCODE foi feita com 160 informantes (88,9%), dos quais: quatro foram considerados inadequados, em virtude de tempo de convívio insuficiente com os idosos; dois se recusaram a participar; um era parente do idoso que saiu da pesquisa; e 13 faltaram à entrevista e não foram encontrados por telefone.

As características sociodemográficas dos idosos que faltaram à triagem, ou dos que tiveram as informações pelo IQCODE ausentes, eram semelhantes às dos outros participantes da pesquisa e não prejudicaram as análises.

O grupo se caracterizou por forte predomínio do sexo feminino e por baixa escolaridade, havendo 40 analfabetos (22,2%) e 36 pessoas consideradas com um ano de escolaridade (20,0%). Uma proporção discretamente maior de solteiros ou viúvos também foi evidenciada. Apesar de a grande maioria perceber seu nível de AS como satisfatório, ou ser independente para AIVDs, ou avaliar sua saúde como boa ou regular, quase um terço dos idosos tiveram diagnóstico de depressão maior. Em relação às doenças crônicas, destaca-se a alta prevalência de hipertensão arterial. A estatística descritiva é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e problemas de saúde dos idosos (N=180)

Variável	Média (DP)
Idade	73,1 (7,0)
Escolaridade	3,0 (2,9)
Mobilidade-TUG*	12,5 (9,2)
IMC	28,7 (5,4)
	n (%)
Sexo- Mulheres	132 (73,3)
Estado conjugal- Casados	81 (45,0)
Cognição	
Normal	63 (35,0)
Declínio cognitivo leve	68 (37,8)
Demência	49 (27,2)
Humor- Depressão	53 (29,4)
Capacidade funcional	
AVD- dependentes	9 (5,0)
AIVD- dependentes	50 (27,8)
Quedas	42 (23,3)
Nutrição- Risco desnutrição- triagem MAN	59 (32,8)
Audição - Hipoacusia	81 (45,0)
Visão- Snellen < 0,5 ambos os olhos	82 (45,5)
Força abaixo do valor referência	
Mulheres	37 (28,2)
Homens	20 (41,7)
Incontinência urinária	40 (22,2)
AVS	
Boa	100 (55,0)
Regular	60 (33,3)
Ruim	20 (11,1)
Apoio social insatisfatório**	46 (25,6)
Doenças crônicas	
Hipertensão arterial	151 (83,9)
DAC	18 (10,0)
Diabetes	56 (31,1)
DPOC	21 (11,7)
Asma	13 (7,2)
Osteoartrose	78 (43,3)

AVS- autoavaliação de saúde; AIVD- atividades instrumentais de vida diária; AVD- atividades de vida diária; DAC-doença arterial coronariana; DP- desvio-padrão; DPOC- doença pulmonar obstrutiva crônica;

IMC- índice de massa corporal; MAN- Mini-Avaliação Nutricional; TUG- *Timed Up and Go** (N=177); **a avaliação de apoio social considerou as respostas de 179 idosos.

A Tabela 2 apresenta as propriedades psicométricas dos instrumentos de rastreamento de depressão, apoio social e capacidade funcional (AIVDs), tendo-se considerado apenas as respostas dos indivíduos não dementes. O PHQ-2 e as perguntas sobre apoio social apresentaram sensibilidade e especificidade adequadas, ao contrário do questionário de AIVDs.

Tabela 2. Propriedades psicométricas do PHQ-2 e das questões de triagem de capacidade funcional e apoio social em indivíduos não dementes (N=131)

Instrumento	Sensibilidade	Especificidade
PHQ-2	0,78	0,71
Apoio Social	0,68	0,80
Capacidade funcional-AIVD	0,52	0,81

A confiabilidade entre os aferidores para os itens força muscular, visão, IMC e mobilidade (TUG), foi excelente, ao contrário do que ocorreu com incontinência urinária, AVS e perda de audição, mesmo quando examinadas em indivíduos não dementes. Já para o item quedas, a confiabilidade foi satisfatória (Tabela 3).

Tabela 3. Confiabilidade dos itens da triagem e da AGA

Variável (n)	CCI (IC)	<i>Kappa</i> (IC)	<i>Kappa</i> ajustado	Concordância simples (%)
Força (161)	0,89 (0,85- 0,92)			
AVS (165)		0,48 (0,36- 0,60)	0,54 (0,40-0,68)*	71,0
TUG (157)	0,81 (0,68- 0,88)			
Quedas (165)		0,60 (0,46- 0,75)	0,72	92,1
IMC (129)	0,94 (0,92- 0,96)			
I. urinária (165)		0,49 (0,34- 0,65)	0,62	81,2
Audição (164)		0,54 (0,42- 0,67)	0,55	77,4
Visão (165)	0,87 (0,82-0,91)			

AVS- autoavaliação de saúde-**Kappa* ponderado; CCI- Coeficiente de Correlação Intraclasse; IC- Intervalo de Confiança; IMC- Índice de Massa Corporal; TUG- *Timed Up and Go*

A despeito da média elevada de IMC do grupo, o questionário de triagem de risco de desnutrição do MAN, aplicado durante a AGA, indicou necessidade de avaliação adicional para 1/3 dos indivíduos. Entretanto, o IMC de risco foi encontrado

em apenas 7,8% da amostra. Na etapa de aplicação do instrumento de rastreamento não houve muita variação em relação ao IMC, apesar de 36,4% terem relatado emagrecimento de forma não intencional nos seis meses anteriores à consulta sem, no entanto, quantificarem a perda.

Segundo as entrevistadoras, a triagem foi considerada exequível e útil para que se tenha informação global a respeito dos pacientes. Entretanto, a interpretação da frequência de sintomas do PHQ-2 foi difícil para muitos idosos, que não conseguiam entender a diferença entre algumas opções de resposta, como por exemplo: “vários dias”, “mais da metade dos dias”, “quase todos os dias”. Nesse mesmo questionário, o uso do termo “perspectiva” também gerou dificuldade de compreensão. E nas questões sobre apoio social, verificou-se que alguns homens entendiam a pergunta sobre “disponibilidade de alguém com quem fazer coisas agradáveis” como a possibilidade de ter uma companhia para realização de atividade sexual.

Discussão

Embora a incapacidade seja comum em idosos, a avaliação do desempenho funcional ainda não é amplamente utilizada no exame desses indivíduos. Além do desconhecimento da importância desse tipo de abordagem, o rastreamento de determinados problemas tem sido questionado, em virtude da ausência de evidências dos benefícios clínicos decorrentes da triagem, como no caso da recomendação da Força Tarefa Americana para Serviços de Prevenção (USPSTF), em relação à visão.⁵³ Entretanto, observa-se, em alguns casos, que isso se deve à ausência de soluções para os problemas identificados, como ocorre com a triagem de demência, de acordo com as diretrizes daquela organização, segundo a qual “... a exequibilidade do tratamento na prática clínica de rotina... é desconhecida.”⁵⁴

Uso de instrumentos multidimensionais

A triagem de múltiplas funções tem sido recomendada por organizações e serviços que cuidam de idosos. O instrumento recomendado pela OMS, em sua iniciativa para a implantação do Centro de Saúde Amigo do Idoso, demonstrou necessidade de ajustes após a realização do estudo piloto. No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza a utilização da Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa (AMRPI), descrita no Caderno de Atenção Básica, contendo 12 itens de rastreamento funcional e um de segurança domiciliar.⁵⁵ Nesta ferramenta, as questões referentes a

visão, memória e humor são semelhantes às do instrumento da OMS, já tendo sido demonstrada dificuldade com as mesmas durante o estudo piloto mencionado anteriormente. As AVDs são triadas com duas questões, uma das quais se refere à transferência, função perdida tardiamente no processo de demência, uma das doenças mais incapacitantes dos idosos. Neste caso, tomar banho é a primeira função a requerer assistência, devendo ser investigada quando poucos itens forem utilizados para o exame das AVDs.¹⁸ Outro item, cuja triagem torna-se pouco viável com a AMPRI, é a identificação de dificuldades na esfera sexual, com uma única pergunta sobre “problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais.” Questões de foro tão íntimo precisam ser abordadas durante uma consulta, reservando-se um tempo adequado o assunto.

Além das questões mencionadas anteriormente, a utilização de instrumentos de rastreamento de problemas de saúde sem avaliação formal de desempenho em nosso meio, prejudica a validade de todo o processo.

Uma área onde instrumentos multidimensionais têm sido utilizados é a oncologia, pois, em pacientes com câncer, leva-se em conta o risco de vulnerabilidade na tomada de decisões sobre tratamentos invasivos ou quimioterápicos. Como a AGA contribui de forma valiosa na estratificação daquele risco, a seleção dos indivíduos a serem submetidos a essa abordagem deve ser criteriosa.⁵⁶

Overcash *et al*⁵⁷ elaboraram a “AGA abreviada” (AGA-a), destinada ao “pré-rastreamento” de problemas de saúde, contendo 19 itens de instrumentos tradicionais de avaliação de AVDs (3), AIVDs (4), depressão (4) e cognição (8). Kellen *et al*⁵⁸ também testaram o instrumento e identificaram sua praticidade de uso. Hurria *et al*⁵⁹ utilizaram um questionário de autoavaliação de capacidade funcional, humor, estado nutricional, apoio social e comorbidades. Dos 250 idosos, 245 responderam às questões em 15 minutos, sendo que 78% não necessitaram de auxílio para preencherem o questionário.

Os estudos acima demonstram a viabilidade de rastreamento funcional também em ambientes de atenção terciária, com pacientes mais comprometidos do que os usuários da atenção primária.

O *Geriatric Postal Screening Survey* (GPSS)⁶⁰ também é um questionário de autoavaliação aplicado via correio, contendo 10 itens para rastreamento de depressão, declínio cognitivo, incontinência urinária, quedas e capacidade funcional. Com base nas respostas, os indivíduos são classificados como alto ou baixo risco. A boa acurácia (0,71-0,78) na identificação de sintomas de depressão, quedas e incontinência urinária

levou os autores a concluir pela adequação da estratégia na seleção de pacientes indicados para a AGA. Neste mesmo estudo, as pessoas classificadas como alto risco tiveram um número maior de internações hospitalares e em instituições geriátricas do que as de baixo risco.

Assim como os trabalhos mencionados acima, o uso de um instrumento de triagem multidimensional possibilitou o rastreamento de problemas nos idosos de nossa pesquisa. Ao ser aplicado por um entrevistador, contornou a dificuldade de abordagem de uma população, cujo nível de escolaridade impossibilitaria o preenchimento de um questionário de autoavaliação. E, ainda que tais indivíduos dispusessem de alguém para auxiliar com as questões, a freqüente mudança de endereço em comunidades carentes, como aquela investigada neste estudo, dificultaria a realização de uma pesquisa via correio. Além disso, o manuseio da ferramenta por profissionais de áreas diferentes sugere ser possível o uso dessa estratégia por qualquer membro da equipe de saúde, com nível superior, que tenha recebido capacitação prévia. E, ao rastrear múltiplos problemas de saúde, o instrumento atende às recomendações da OMS e do Ministério da Saúde para os cuidados com os idosos. A média de 16 minutos para execução da triagem é exequível nos serviços de saúde, onde os ambulatórios de clínica geral ou de medicina da família sofrem pressão de grandes demandas de atendimento.

Validade dos testes de triagem de depressão, apoio social e capacidade funcional

Depressão

Em nossa amostra, quase 30% dos idosos apresentaram depressão, percentual semelhante ao descrito para serviços de atenção primária, nos quais a prevalência chega a 37%.¹⁴

O rastreamento de depressão com instrumentos muito reduzidos tem sido recomendado apenas quando se dispõe de uma segunda etapa de triagem, em virtude da baixa acurácia desse tipo de abordagem. Revisando 75 estudos de forma sistemática, com metanálise, Mitchell e Coyne⁶¹ identificaram sensibilidade global de 32% e especificidade de 97% para testes com apenas uma pergunta. Para os instrumentos com duas ou três questões, aqueles índices foram de 73,7% e 74,7%, respectivamente.

O PHQ-2 foi validado originalmente em uma amostra de adultos com idade média de 46 anos, usuários de serviços de atenção primária e de ginecologia, sendo testado no Brasil em um grupo semelhante. Nos dois estudos, o ponto de corte de 3 foi adequado para o diagnóstico de depressão maior, com sensibilidades e especificidades

de 0,83/0,92 e 0,97/0,88, respectivamente. Entretanto, em um estudo com idosos, usuários de serviço de cardiologia, o mesmo ponto de corte gerou medidas de sensibilidade e especificidade iguais a 0,39 (IC 95% 0,32- 0,46) e 0,92 (IC 95% 0,9-0,94), respectivamente.⁶² Comparados com o nosso, esses trabalhos apresentaram pontos de corte e níveis de sensibilidade/especificidade desproporcionais, fato que poderia desestimular o uso do PHQ-2 em idosos. Entretanto, Phelan *et al*,⁶³ examinando 71 idosos de clínicas americanas de atenção primária, identificou sensibilidade e especificidade semelhantes àsquelas do nosso estudo, com valores de 0,75 (IC 95% 0,43-0,93) e 0,67(IC 95% 0,63- 0,70), respectivamente, mas com ponto de corte igual a dois. A diferença entre as nossas amostras se deu na escolaridade, equivalente ao ensino médio completo, no grupo americano, e inferior ao fundamental, no brasileiro. Esta pode ser a explicação para os diferentes pontos de corte dos dois estudos, pois, conforme relato das nossas entrevistadoras, houve dificuldade para entendimento das opções de resposta apresentadas no PHQ-2, acarretando sensibilidade e especificidade de 0,78/0,71 para escores a partir de um. Assim, pode-se esperar que qualquer resposta diferente de zero (sintomas depressivos ausentes nas duas semanas anteriores) represente a ocorrência de sintomas depressivos em vários dias.

Apoio social (AS)

A despeito dos baixos níveis de escolaridade e de renda e de residirem em uma região violenta do município do Rio de Janeiro, mais de 70% dos indivíduos apresentaram AS satisfatório. Este resultado é semelhante ao encontrado em outros estudos envolvendo a mesma faixa etária, tanto de contexto cultural semelhante, de países em desenvolvimento, como em países desenvolvidos.⁶⁴ No Brasil, Pinto *et al*⁶⁵ aplicaram o MOS em idosos de baixo nível socioeconômico, residentes em uma região rural, e também encontraram médias elevadas nos escores de AS.

A classificação de AS em satisfatório e insatisfatório, de acordo com a elaboração de pontos de corte, foi analisada anteriormente, demonstrando-se adequada para esse fim. A adoção de escores também é utilizada em outro instrumento breve, o Inventário de Suporte Social (ISS) do *Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients* (ENRICH). Como o MOS, ele é multidimensional, apresentando apenas cinco questões, cujas respostas, variando de nunca a sempre, geram um escore, a partir do qual, os indivíduos se tornam elegíveis para as intervenções.⁶⁶

Com o desmembramento das perguntas, o questionário de triagem aqui avaliado foi bem compreendido pelos idosos. A sensibilidade, entretanto, pode ser considerada baixa para um teste dessa natureza (0,68), apesar da boa especificidade (0,80). Moore *et al* identificaram níveis próximos a esses na triagem de nutrição (0,65/ 0,87) e visão (0,67/0,86), justificando a manutenção dos testes na triagem alegando a não existência, até aquele momento, de instrumentos padronizados simples para uso em ambulatório. Os clínicos deveriam estar cientes da possibilidade de falsos negativos ao utilizarem aqueles testes.¹¹ Sob esta ótica, o questionário de triagem de AS avaliado neste estudo pode ser considerado apropriado para rastreamento de problemas ligados ao suporte social. Além disso, a abordagem aqui proposta é mais ampla do que aquela recomendada pelo MS. Relacionadas apenas ao apoio material, as questões buscaram identificar a pessoa que poderia auxiliar o idoso em caso de doença, incapacidade física ou cognitiva.

Capacidade funcional

A baixa ocorrência de dependência em AVDs era esperada, em virtude dos critérios de exclusão do estudo. Em relação às AIVDs, observa-se que a prevalência de dependência aqui encontrada foi semelhante àquela do estudo SABE,²⁰ em que 26,6% dos idosos do município de São Paulo relataram dificuldades com as AIVDs.

Apesar da boa especificidade, a baixa sensibilidade inviabiliza o uso das questões de AIVDs para triagem de capacidade funcional, índices bem diferentes daqueles encontrados em outros estudos. Para Roehrig *et al*,⁴⁸ as funções “fazer compras” e “preparar uma refeição” identificaram corretamente 97,4% dos 325 usuários de um serviço de oncologia submetidos a uma triagem funcional. Quando associaram “cuidar das próprias roupas”, “controle dos medicamentos” e “uso de transportes”, a sensibilidade da abordagem chegou a 100%, sugerindo a possibilidade de uso de um instrumento com apenas cinco itens. Kellen *et al* testaram a AGA-a em 113 indivíduos e verificaram sensibilidade e valor preditivo negativo iguais a 92% e 82%, respectivamente, em relação à Escala de Lawton, estabelecendo a utilidade das questões relacionadas às funções “fazer compras”, “preparo de refeições”, “realização de trabalhos domésticos” e “cuidado com as próprias roupas” na triagem de AIVDs.⁵⁸

Uma possível explicação para a diferença de sensibilidade entre nosso estudo e os mencionados acima é novamente a baixa escolaridade do grupo, dificultando o entendimento das perguntas. Apesar da facilidade e rapidez do uso de respostas do tipo

“sim” ou “não,”⁶⁸ um maior detalhamento, a exemplo do utilizado no FAQ, com quatro possibilidades de resposta para cada pergunta, permitiria ao indivíduo uma melhor classificação de seu estado funcional. Já mencionamos anteriormente a necessidade de desdobramento dos questionários de triagem de apoio social e depressão durante o pré-teste, ambos contendo múltiplas opções de respostas. O mesmo procedimento poderá ser adotado para as respostas das questões de capacidade funcional, de modo a melhorar a compreensão por parte de idosos com nível educacional muito baixo.

Ainda que não tenha sido propósito deste estudo validar uma medida de risco de desnutrição, a triagem nutricional com as questões iniciais do MAN merece uma consideração. Verificou-se uma desproporção entre o risco de desnutrição identificado pelo instrumento (32,8%) e o percentual de indivíduos com baixo peso (7,8%). Além disso, o IMC médio da amostra revela um grupo com sobrepeso. Essas observações, aliadas ao fato do MAN apresentar três perguntas subjetivas entre as seis questões de triagem, sugerem a necessidade de uma avaliação formal do desempenho dessa medida.

Confiabilidade dos testes utilizados na AGA e na triagem

A concordância entre os itens da AGA e da triagem foi satisfatória para visão, IMC, mobilidade (TUG) e força, porém insatisfatória para incontinência urinária, AVS e perda auditiva. Uma possível explicação para tais diferenças é o fato de que as primeiras funções foram examinadas de forma objetiva, enquanto as últimas basearam-se em questões dependentes da opinião do entrevistado, cuja compreensão pode ter sido prejudicada pelo nível de escolaridade do grupo. Essa dificuldade pode ser respaldada pelo fato de que 30% dos idosos sem declínio cognitivo não conseguiram identificar a semelhança entre uma maçã e uma banana (frutas), tendo previamente recebido um exemplo de similaridade entre macaco e cachorro (animais), durante a avaliação cognitiva.

As diferenças na confiabilidade relatadas acima sugerem uma inadequação do processo de coleta de dados selecionado para a população estudada. Já mencionamos anteriormente a necessidade de adaptação de instrumentos, já validados em nosso meio, por meio do desmembramento de perguntas. É possível que a validação de pequenos questionários, em uma população semelhante à do estudo, resolva os problemas relacionados à compreensão das perguntas e proporcione uma concordância adequada.

No caso do rastreamento de perda auditiva com uma questão única, recomendada por revisões sistemáticas de Valette & Rozenfeld²⁵ (2005) e Chou *et al.*,⁶⁸

verifica-se que os estudos de confiabilidade desse teste foram realizados com amostras de indivíduos com escolaridade superior àquela de nossa amostra.⁶⁹

Diante do exposto, sugerimos o teste do sussurro, cuja acurácia foi confirmada por Chou *et al*,⁶⁸ como forma de rastreamento de perda auditiva, em idosos com baixa escolaridade, desde que haja disponibilidade de um local silencioso para realização do exame.

Quanto à incontinência urinária, o método preconizado para o diagnóstico é a anamnese, onde se verifica a ocorrência, e até o tipo de incontinência, deixando-se o uso de questionários para identificação do impacto desse agravo na qualidade de vida do indivíduo.⁷⁰ Assim, devido à baixa confiabilidade das duas perguntas para rastreamento de incontinência urinária, deve-se considerar, até que se disponham de testes de triagem validados em nosso meio, deixar a investigação do distúrbio para a consulta, cujo ambiente propicia melhor comunicação e menos constrangimento aos idosos.

A AVS também teve a concordância prejudicada, em virtude da existência da opção “regular” nas respostas, sem a qual o *Kappa* ajustado para a prevalência (PABAK) seria igual a 0,86. Esta variação também sugere necessidade de ajustes na abordagem da autopercepção de saúde de idosos com pouca educação formal. O fornecimento de mais informações previamente à pergunta, ou a não utilização da opção “regular” podem contribuir para uma melhora na confiabilidade do instrumento de AVS.

Com relação à pergunta sobre quedas, observamos que este é um evento marcante na vida de uma pessoa idosa, estando associado a medo de novas ocorrências, declínio funcional, restrição de atividades e fraturas.⁷¹ Assim, pode-se esperar uma informação mais precisa a respeito da ocorrência de quedas, mesmo em indivíduos com baixa escolaridade.

Enfim, como o envelhecimento se dá de forma muito heterogênea, faz-se necessário um mecanismo de rastreamento de condições desencadeadoras de declínio funcional, possibilitando um melhor planejamento das ações na área da saúde. Estratégias de avaliação rápida podem examinar uma grande parcela da população, facilitando a referência para os serviços médicos existentes.

A ferramenta testada neste estudo, com algumas modificações, poderia ser aplicada na seleção de indivíduos que se beneficiariam da avaliação geriátrica. Manuseável por membros da equipe de saúde com escolaridade equivalente ao nível

superior e com conhecimentos básicos em geriatria, ela atende às proposições da OMS e do Ministério da Saúde para o rastreamento de problemas de saúde de idosos. Entretanto, enquanto não dispomos de instrumentos validados capazes de captar atributos subjetivos, sugerimos a manutenção de mais itens de avaliação objetiva, a fim de minimizar as variações relacionadas à interpretação por parte do indivíduo examinado.

Esta pesquisa foi realizada com usuários de uma unidade de atenção primária, sem limitações funcionais ou cognitivas avançadas e seus resultados não podem ser generalizados.

Nota

O relatório técnico sobre o estudo piloto do Centro de Saúde Amigo do Idoso, desenvolvido na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/Brasil, entre outubro de 2006 e maio de 2007, é da autoria de Lino VTS, Engstrom EM, Camacho LAB, Fonseca AS. Contém 14 folhas e pode ser localizado na Coordenação de Ensino de Pesquisa do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ ENSP/ Fiocruz, Rio de Janeiro.

Referências Bibliográficas

1. Secretaria de Vigilância à Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 72p.
2. Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2010. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health. (Global Burden of Disease and Injuries Series. Vol. 1). Harvard University Press; 1996.
3. Ramos, LR. Fatores Determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19 (3): 793-798.
4. Reichel W, Arenson C, Scherger JE. Essential Principles in the Care of the Elderly. In: Aronson C; Whitehead JB; Smith KB; O'Brien JG; Palmer MH; Reichel W, editors. Reichel's Care of the Elderly. Clinical Aspects of Ageing. New York: Cambridge University Press; 2009. p. 1-13.

5. Silvestre JA, Kalache A, Ramos LR, Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia* 1996;1: 81-90.
6. Elon R, Phillips C, Loomer J, Denman S, Woods A. General issues and comprehensive approach to assessment of elders. In: Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck, editors. *Comprehensive geriatric assessment*. N. York: Mc Graw Hill; 2000. p. 1-39.
7. Freitas EV & Miranda RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: Freitas EV, Py L, Cansado FAX, Doll J, Gorzoni ML, editores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 900-908.
8. World Health Organization- The world health report 2008: primary health care now more than ever.
9. Rubenstein LZ, Alessi CA, Josephson KR, Hoyl MT, Harker JO, Pietruszka FM. A Randomized trial of screening, case finding, and referral system for older veterans in primary care. *JAGS* 2007; 55: 166-174.
10. Maly RC, Hirsch SH, Reuben DB. The performance of simple instruments in detecting geriatric conditions and selecting community-dwelling older people for geriatric assessment. *Age Ageing* 1997; 26(3): 223- 31.
11. Moore AA, Siu AL. Screening for Common Problems in Ambulatory Elderly: Clinical Confirmation of a Screening Instrument. *The Am J Med* 1996; 100: 438-443.
12. World Health Organization- Family and Community Health Cluster Ageing and Life Course Programme. Follow-up to the Age-friendly Primary Health Care Centre Project: Piloting the Age-friendly Primary Health Care Centre Toolkit, 2006.
13. Herrera Jr E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Psiq Clin 1998; 25:70-73.
14. Li C, Friedman B, Conwell Y, Fiscella K. Validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *JAGS* 2007; 55: 596-602.
15. Abramson, JH. WINPEPI (PEPI-for-Windows): computer programs for epidemiologists, 2009.
16. Nitrini R; Caramelli P; Bottino CM; Damasceno BP; Brucki SM; Anghinah R. Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do

Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq Neuropsiquiatr* 2005; 63 (3A): 720-7.

17. Katz S; Chinn AB; Cordrey LJ; Grotz RC & Newberry WB. Multidisciplinary studies of illness in aged persons II. A new classification of functional status in activities of daily living. *J Chron Dis* 1959; 9: 55-62.

18. Lino VTS; Pereira SRM; Camacho LAB.; Ribeiro Filho ST; Buksman S. Adaptação Transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24 (1): 103-112.

19. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Jr CH, Chance JM, and Filos SF. Measurement of Functional Activities in Older Adults in the Community. *Journal of Gerontology* 1982; 37(3): 323-329.

20. Lebrão ML & Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 127-4.

21. Podsiadlo D & Richardson S. The Timed "Up and Go": A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *JAGS*, 1991; 39: 142-148.

22. Del- Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica" traduzida para o português. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2001; 23(3): 156-159.

23. Mangione CM. Vision. In: Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck J, editors. *Comprehensive geriatric assessment*. New York. Mc Graw Hill; 2000. p. 285-294.

24. Morgan DE. Assessment and treatment of hearing loss among elders. In: Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck J, editors. *Comprehensive geriatric assessment*. New York. Mc Graw Hill; 2000. p. 253- 283.

25. Valete-Rosalino CM, Rozenfeld S. Triagem auditiva em idosos: comparação entre auto-relato e audiometria. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2005; 71(2): 193-200.

26. Buksman S, Vilela ALS, Pereira SRM, Lino VS, Santos VH. Quedas em Idosos: Prevenção. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2008 Outubro. 10p.

27. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J.Gerontol* 2001; 56 (3): M146-56.

28. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção*

para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2010. 116 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

29. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the *MNA*[®] - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 456-465.

30. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994; 21 (1): 55-67.

31. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS. social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 36:705-714.

32. Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21 (2): 379-386.

33. Folstein MF, Folstein, S & Mc Hugh, PR. Mini-mental state exam: a practical method for grading the cognitive state of individuals for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-198.

34. Almeida O. O Mini-Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 1998; 56: 605-612.

35. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci S, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52:1-7.

36. Morris JC, Mohs RC, Rogers H, Fillenbaum G, Heyman A. Consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD) clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Psychopharmacol Bull.* 1988;24(4):641-52.

37. Bertolucci PHF, Okamoto IH, Brucki SMD, Siviero MO, Toniolo Neto J, Ramos LR. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to brazilian elderly. *Arq. Neuro-psiquiatr* 2001; 59 (3A): 532-536.

38. Roth M, Huppert FA, Mountjoy CQ., Tym BK. The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly- revised. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.

39. Bottino CMC, Stoppe AJr, Scalco AZ, Ferreira RCR, Hototian SR, Scalco MZ. Validade e confiabilidade da versão brasileira do CAMDEX. *Arq Neuropsiquiatr* 2001; 59 Suppl 3: 20.

40. Paradela EMP, Lopes CS, Lourenço RA. Adaptação para o português do Cambridge Cognitive Examination-Revised aplicado em um ambulatório público de geriatria. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(12): 2562-2570

41. Strauss E, Sherman EMS, Spreen O. A Compendium of Neuropsychological tests. Administration, norms, and commentary. New York: Oxford; 2006. 1216 pp.
42. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatry Association Press, 1994.
43. McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of the Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984;34:939–944.
44. Jorm AF. A & Jacomb PA. The *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychological Medicine*, 19; 1015- 1022.
45. Sanchez MAS & Lourenço RA. The Informant *Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 (7): 1455-1465.
46. Bottino CMC, Bustamante SEZ, Lopes MA, Azevedo D, Hototian SR, Jacob-Filho W, Litvoc J. Combined Instruments for the Screening of Dementia in Older People with Low Education. *Arq Neuropsiquiatr* 2009;67(2-A):185-190.
47. Petersen RC, Smith G E, Waring SC, Ivnik R J, Tangalos E, Kolmen E. Mild Cognitive Impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology* 1999; 56: 303-308.
48. Roehrig B, Hoeffken K, Pientka L, Wedding U. How many and which items of activities of daily living and instrumental activities of daily living are necessary for screening. *Crit Rev Oncol and Hematol* 2007; 62: 164-171.
49. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-item Depression Screener. *Medical Care* 2003; 41 (11):1284-1292.
50. Patient Health Questionnaire- PHQ ©. Pfizer Inc. All rights reserved 1999.
51. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159.
52. SPSS Statistics 13.0 for windows. IBM Inc. All rights reserved 2004.
53. United States Preventive Services Task Force. Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults. Disponível em:[http:// www.uspreventiveservicestaskforce. org/uspstf/ uspviseld.htm](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspviseld.htm). Acesso em: 14/4/2011.

54. United States Preventive Services Task Force. Screening for Dementia. Disponível em: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsdeme.htm>. Acesso em: 14/ 4/ 2011.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)
56. Rodin MB, Mohile SG. A practical approach to geriatric assessment in oncology. *J Clin Oncol* 2007; 25(14):1936-44.
57. Overcash JA, Beckstead J, Moody L, Extermann M, Cobb S. The abbreviated comprehensive geriatric assessment (aCGA) for use in the older cancer patient as a prescreen: scoring and interpretation. *Crit Rev Oncol Hemat* 2006; 59: 205-210.
58. Kellen E, Bulens P, Deckx L, Schouten H, Van Dijk M, Verdonck I, Buntinx F. Identifying an accurate screening tool in geriatric oncology. *Crit Rev Oncol Hemat* 2010; 75: 243-248.
59. Hurria A, Litchman SM, Gardes J, Li D, Limaye S, Patil S, Zuckerman E, Tew W, Hamlin P. *et al.* Identifying vulnerable older adults with cancer: integrating geriatric assessment into oncology practice. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 1604- 1608.
60. Alessi CA, Josephson KR, Harker JO, Pietruszka PA-C FM, Hoyl MT, Rubenstein LZ. The Yield, Reliability, and Validity of a Postal Survey for Screening Community-Dwelling Older People. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(2): 194-202.
61. Alex J Mitchell and James C Coyne Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *British Journal of General Practice*, February 2007: 144-151.
62. McManus D, Pipkin SS, Whooley MA. Screening for depression in patients with coronary heart disease (data from the Heart and Soul Study). *Am J Cardiol.* 2005; 96: 1076–81.
63. Phelan E, Williams B, Meeker K, Bonn K, Frederick J, LoGerfo J, Snowden M. A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly. *BMC Family Practice* 2010; 11:63. doi: 10.1186/1471-2296-11-63.
64. Knesebeck O and Geyer S. Emotional support, education and self-rated health in 22 European Countries. *BMC Public Health* 2007, 7:272.
65. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):753-764.

66. Mitchel PH, Powell L, Blumenthal J, Norten J, Ironson G, Pitula CR et al. Short Social Support Measure for Patients Recovering From Myocardial Infarction: THE ENRICHD SOCIAL SUPPORT INVENTORY. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2003; 23:398-403.
67. Petra M Boynton, Trisha Greenhalgh. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ* 2004; 328: 1312-1315.
68. Roger Chou, MD; Tracy Dana, MLS; Christina Bougatsos, BS; Craig Fleming, MD; and Tracy Beil, MS. Screening Adults Aged 50 Years or Older for Hearing Loss: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2011;154:347-355
- 69- Nondahl D, Cruickshank KJ, Wiley TL, Tweed TS, Klein R, Klein BEK. Accuracy of self-reported hearing loss. *Audiology* 1998; 37: 295-301.
70. Tamanini JT, Dambros M, D'Ancona CA, Palma PC, Rodrigues Netto N Jr. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese. *Rev Saude Publica.* 2004 Jun;38(3):438-44.
71. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; 2 DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub2.

ANEXO 1

Classificação da força, de acordo com sexo e IMC, segundo critérios de Fried *et al.*²⁷

	IMC (Kg/m ² SC)	Força indicativa de fragilidade (Kgf)
Homens	≤ 24	≤ 29
	≤ 24,1 a 28	≤ 30
	≥ 28	≤ 32
Mulheres	≤ 23	≤ 17
	23,1 a 26	< 17,3
	26,1 a 29	< 18
	> 29	≤ 21

ANEXO 2

Instrumento de triagem dos principais problemas de saúde de idosos recomendado pela OMS

I - Memória

Dê a seguinte Instrução: “Eu vou falar o nome de três objetos. Vou pedir para você repetir os nomes agora e daqui a pouco novamente. Por favor, tente guardá-los na memória: lápis, caminhão, livro.

Anote a resposta após a pergunta sobre capacidade física funcional (item 4)

Todos os três objetos foram lembrados? Sim ___ Não ___

Triagem positiva: não lembrou de todos os três objetos. Encaminhar para “Protocolo clínico de perda de memória”

II - Incontinência urinária

Pergunte: “Nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) deixou escapar urina alguma vez e ficou molhado(a)? Sim ___ Não ___ .

Em caso de “SIM”, pergunte o seguinte: “Nos últimos sete dias o(a) Sr(a) deixou escapar urina?” Sim ___ Não ___

Triagem positiva: respondeu “SIM” a ambas as perguntas. Encaminhar para “Protocolo clínico de incontinência urinária”.

III. Depressão

O(a) Sr(a) se sente triste ou deprimido(a) com frequência? Sim ___ Não ___

Triagem positiva: respondeu “Sim”. Encaminhar para “Protocolo clínico de depressão”

IV. Capacidade física funcional

O(a) Sr(a) consegue:

1. Andar depressa ou correr para pegar um ônibus? Sim ___ Não ___
2. Fazer trabalho pesado dentro de casa, como limpar janela, paredes ou pisos? Sim ___ Não ___
3. Fazer compras de mercado ou roupas? Sim ___ Não ___
4. Ir a lugares onde não possa ir a pé (dirigindo, pegando ônibus)? Sim ___ Não ___
5. Tomar banho de banheira ou de chuveiro? Sim ___ Não ___
6. Vestir-se, como por exemplo: colocar a blusa, abotoar a roupa, fechar o zíper, calçar sapatos? Sim ___ Não ___

Triagem positiva: respondeu “NÃO” a pelo menos um dos 6 itens. É incapaz de fazer ou somente capaz com ajuda de outra pessoa. Encaminhar para “Protocolo clínico de quedas/ problema de mobilidade”.

Peça ao paciente para lembrar as três palavras

Instrução: “Por favor, repita agora as três palavras que eu pedi para o(a) Sr.(a) guardar na memória”. Anote as palavras que o(a) idoso(a) respondeu. 1) _____
2) _____ 3) _____

V. Quedas

O(a) Sr(a) caiu duas vezes ou mais nos últimos 12 meses? Sim ___ Não ___

Se respondeu “NÃO”, então peça para fazer o seguinte: “levante-se da cadeira e dê uma volta em torno dela sem se segurar”.

Conseguiu dar a volta: Sim ___ Não ___ Desequilíbrio: Sim ___ Não ___

Triagem positiva: “SIM” para qualquer uma das duas (não conseguiu dar a volta ou desequilibrou-se). Encaminhar para “Protocolo clínico de quedas/ problema de mobilidade”.

VI. Nutrição

O(a) Sr(a) notou alguma mudança no seu peso nos últimos 6 meses? Sim ___ Não ___
aumento: _____ Kg diminuição: _____ Kg (se houver registro de peso na última consulta)

peso anterior:.....Kg (data da coleta...../...../.....) peso atual.....Kg

Triagem positiva: aumento ou diminuição de 5kg. Encaminhar para “Protocolo clínico da promoção da saúde amiga do idoso”.

VII. Audição

Fique de pé atrás da pessoa e peça para repetir após você, os números: 6,1, 9 (inicialmente em voz baixa e, em seguida, com voz normal). Tape a orelha que não estiver sendo testada no momento.

Voz baixa: orelha direita: Sim ___ Não ___ orelha esquerda: Sim ___
Não ___

Voz normal: orelha direita: Sim ___ Não ___ orelha esquerda: Sim ___
Não ___

Triagem positiva: duas ou mais respostas negativas. Informar ao médico.

VIII. Visão

Pergunte: “Você tem dificuldade de ler ou fazer alguma das suas atividades por causa da visão, mesmo usando óculos?” Sim ___ Não ___

Triagem positiva: respondeu “SIM”. Informar ao médico.

Caso tenha respondido “SIM”, realize o teste de visão com o cartão de Snellen (o idoso deve usar os óculos se os tiver trazido). Olho direito..... Olho esquerdo.....

CAPÍTULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como o envelhecimento se dá de forma muito heterogênea, faz-se necessário um mecanismo de identificação de condições desencadeadoras de declínio funcional. Ao verificar o grau de dependência para as atividades de vida diária e o nível de apoio social de um indivíduo, a Escala de Katz e a escala adaptada do MOS, apresentadas neste estudo, permitem, respectivamente, identificar a limitação imposta por disfunções nas AVDs e no apoio social sobre a capacidade funcional do idoso.

Testes de triagem, devidamente adaptados e validados em nosso meio, tornam exequível o exame de uma grande parcela da população e propiciam um planejamento adequado das ações na área de saúde. O instrumento aqui proposto, com algumas modificações, pode atender a essa proposição. Passível de ser manuseada por membros capacitados da equipe de saúde, com escolaridade equivalente ao nível superior, a ferramenta deve conter mais itens de avaliação objetiva do que subjetiva, estando menos sujeita a variações dependentes do indivíduo examinado. Seu uso atende às recomendações da OMS e do Ministério da Saúde para o rastreamento de problemas de saúde de idosos.

Esta pesquisa foi realizada com usuários de uma unidade de atenção primária, sem limitações funcionais ou cognitivas avançadas e seus resultados não podem ser generalizados.

CAPÍTULO VIII

NOTA

O relatório técnico sobre o estudo piloto do Centro de Saúde Amigo do Idoso, desenvolvido na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/Brasil, entre outubro de 2006 e maio de 2007, é da autoria de Lino VTS, Engstrom EM, Camacho LAB, Fonseca AS. Contém 14 folhas e pode ser localizado na Coordenação de Ensino de Pesquisa do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ ENSP/ Fiocruz, Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chaimovicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2):184-200.
2. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2008. 72p.
3. Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N *et al.* Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/ UERJ; 2000.
4. Lima MJB. Confiabilidade de um instrumento para medir a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. Tese de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública- Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.
5. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, editores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 58-71.
6. Ramos, LR. Fatores Determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (3): 793-798.
7. Reichel W, Arenson C, Scherger JE. Essential Principles in the Care of the Elderly. In: Aronson C; Whitehead JB; Smith KB; O'Brien JG; Palmer MH; Reichel W,

editors. *Reichel's Care of the Elderly. Clinical Aspects of Ageing*. New York: Cambridge University Press; 2009. p. 1-13.

8. Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, Cipullo JP, Martin JFV. *Semiologia do idoso*. In: Porto CC, editor. *Semiologia Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 166-197.

9. Silvestre JA, Kalache A, Ramos LR, Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia* 1996; 1: 81-90.

10. Elon R, Phillips C, Loomer J, Denman S, Woods A. General issues and comprehensive approach to assessment of elders. In: Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck, editors. *Comprehensive geriatric assessment*. N. York: Mc Graw Hill; 2000. p. 1-39.

11. Freitas EV & Miranda RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: Freitas EV, Py L, Cansado FAX, Doll J, Gorzoni ML, editores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 900-908.

12. Brodaty H & Green A. Family carers for people with dementia. In: O'Brien J, Ames D, Burns A, editors. *Dementia*. London: Arnold; 2000

13. Harwood RH, Sayer AA & Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bulletin of the World Health Organization*; April, 2002, 82 (4).

14. Murray C, Lopez A, editors. *The Global Burden of Disease, volume 1*. Boston: Harvard University Press; 1996.

15. Tas U, Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SMA, Odding E, Koes BW. Prognostic factors of disability in older people: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 2007; 57: 319-323.

16. Leigh JP, and Fries JF. Education, gender, and the compression of morbidity. *International Journal of Aging and Human Development* 1994; 3 (39): 233-46.

17. Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadik G, et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. *NEJM*.1995; 332 (20): 1345-1350.

18. Katz S; Chinn AB; Cordrey LJ; Grotz RC & Newberry WB. Multidisciplinary studies of illness in aged persons II. A new classification of functional status in activities of daily living. *J Chron Dis* 1959; 9: 55-62.

19. Lino VTS; Pereira SRM; Camacho LAB.; Ribeiro Filho ST; Buksman S. Adaptação Transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24 (1): 103-112.
20. Katz S, Ford A, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 12 (21): 914-919.
21. Mahoney FI & Barthel D. Functional Evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 14: 56-61.
22. Paixão Jr. CP & Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública*, 2005; 21(1):7-19.
23. Lawton MP. Scales to measure competence in everyday activities. *Psychopharmacology Bulletin* 1988; 24 (4): 609-614.
24. Ducal GFD, Silva MC, Hallall PC. Disability in relation to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(5): 1-9.
25. Hamilton BB, Laughlin JA, Granger CV, Kayton RM. Interrater agreement of the seven- level Functional Independence Measure (FIM). *Arch Phys Med Rehabil* 1991; 72:790
26. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Jr CH, Chance JM, and Filos SF. Measurement of Functional Activities in Older Adults in the Community. *Journal of Gerontology* 1982 37(3):323-329.
27. Nitrini R; Caramelli P; Bottino CM; Damasceno BP; Brucki SM; Anghinah R. Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq Neuropsiquiatr* 2005; 63 (3A): 720-7.
28. Lebrão ML & Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2):127-41
29. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34:119-26
30. Mathias S, Nayak USL, Isaacs B. Balance in Elderly Patients: the Get Up and Go Test. *Arch Phys Med Rehabil* 1986; 67: 387-389.

31. Podsiadlo D & Richardson S. The Timed “Up and Go”: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *JAGS*, 1991; 39:142-148
32. Pereira LSM & Gomes GC. Avaliação funcional. In: Guimarães RM, Cunha UGV, editores. *Sinais e Sintomas em Geriatria*. São Paulo. Atheneu; 2004. p. 17-30.
33. Herrera Jr E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Psiq Clin 25:70-73, 1998.
34. Almeida OP, Forlenza OV, Lima NKC, Bigliane V, Arcuri SM, Gentile M et al, Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting- report from a survey in São Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry* 12:728-736,1997.
35. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatry Association Press, 1994.
36. Folstein MF, Folstein, S & Mc Hugh, PR. Mini-mental state exam: a practical method for grading the cognitive state of individuals for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-198.
37. Laks J, Baptista E, Rubim M, Contino ALB *et al*. Mini-Mental State Examination norms in a community-dwelling sample of elderly with low schooling in Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23 (2): 315-319.
38. Almeida O. O Mini-Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 1998; 56: 605-612.
39. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4):712-9.
40. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, & Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994; 52:1-7.
41. Collins LG, Rovner BN, Marenberg MM. Evaluation and Management of Dementia. In: Aronson C; Whitehead JB; Smith KB; O’Brien JG; Palmer MH; Reichel W, editors. *Reichel’s Care of the Elderly*. New York. Cambridge University Press; 2009. p. 1-13.
42. Milne A, Culverwell A, Guss R, Tuppen J, Whelton R. Screening for dementia in primary care: a review of use, efficacy and quality of measures. *International Psychogeriatrics* 2008; 20 (5):911-926.

43. Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA, Grafman JH. Clock drawing in Alzheimer's Disease. A novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37 (8): 725-729.
44. Lourenço RA, Ribeiro- Filho ST, Moreira IF, Paradelo EM, Miranda AS. The Clock Drawing Test: performance among elderly with low educational level. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(4): 309-15.
45. Lorentz WJ, Scanlan JM, Borson S. Brief screening tests for dementia. *Can J Psychiatry*. 2002 Oct;47(8):723-33.
46. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Hardin L, Berman K, Huppert FA. The *GPCOG*: a new screening test for dementia designed for general practice. *JAGS* 2002; 50: 530-534.
47. Buschke H; Kuslansky G, Katz M, Stewart W, Sliwinski MJ, Eckholdt HM, Lipton RB. Screening for dementia with the *Memory Impairment Screen*. *Neurology* 1999; 52(2):231-238.
48. Borson S, Scanlan J, Brush M et al. *The Mini-Cog*: a cognitive "vital signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 1021-7.
49. Lourenço RA & Filho Ribeiro ST. The accuracy of the *Mini-Cog* in screening low- educated elderly for dementia. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(2): 376-7; author reply 377- 8.
50. Brodaty H, Low L, Gibson L & Burns K. What is the best dementia screening instrument for general practioners to use? *Am J Ger Psychiatry* 2006; 14: 391-400.
51. Jorm AF. A & Jacomb PA. The *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychological Medicine*, 19; 1015- 1022.
52. Sanchez MAS & Lourenço RA. The *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 (7): 1455-1465.
53. Perroco TR; Bustamante SE; Moreno Mdel P; Hototian SR; Lopes MA; Azevedo D; Litvoc J; Filho WJ; Bottino CM. Perfomance of Brazilian long and short IQCODE on the screening of dementia in elderly people with low education. *Int Psychogeriatr* 2009; 21(3):531-8.
54. Teng EL, Hasegawa K, Homma A, Imai Y, Larson E, Graves A, Sugimoto K, Yamaguchi T, Sasaki H, Chiu D, White LR. The *Cognitive Abilities Screening*

Instrument (CASI): a practical test for cross-cultural epidemiological studies of dementia. Int Psychogeriatrics 1994; 6: 45-58.

55. Ostrosky-Solis F; Ardila A; Roselli M. NEUROPSI: A brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *JINS 1999; 5(5): 413-33.*

56. Gomes, JA. Avaliação Neuropsicológica nas fases inicial e moderada da demência do tipo Alzheimer. Tese de Doutorado. Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1999.

57. Roth M, Tym BK, Mountjoy CQ, Huppert FA, Hendrie H, Verma S *et al.* CAMDEX: a standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br J Psychiatry 1986; 149: 698-709.*

58. Roth M, Huppert FA, Mountjoy CQ, Tym BK. *The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly- revised.* Cambridge: Cambridge University Press; 1998.

59. Bottino CMC, Stoppe AJr, Scalco AZ, Ferreira RCR, Hototian SR, Scalco MZ. Validade e confiabilidade da versão brasileira do CAMDEX. *Arq Neuropsiquiatr 2001; 59 Supl 3: 20.*

60. Paradela EMP, Lopes CS, Lourenço RA. Adaptação para o português do Cambridge Cognitive Examination-Revised aplicado em um ambulatório público de geriatria. *Cad. Saúde Pública 2009; 25(12): 2562-2570.*

61. Moreira IFH, Lourenço RA, Soares C, Engelhardt E, Laks J. *Cambridge Cognitive Examination: desempenho de idosos brasileiros saudáveis com baixa escolaridade* *Cad. Saúde Pública 2009; 25(8):1774-1780.*

62. Morris JC, Mohs RC, Rogers H, Fillenbaum G, Heyman A. Consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD) clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Psychopharmacol Bull. 1988;24(4):641-52.*

63. Bertolucci PHF, Okamoto IH, Brucki SMD, Siviero MO, Toniolo Neto J, Ramos LR. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to brazilian elderly. *Arq. Neuro-psiquiatr 2001; 59 (3A): 532-536.*

64. Li C, Friedman B, Conwell Y, Fiscella K. Validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *JAGS, 2007; 55: 596-602.*

65. Barcelos-FR, Pinto JA, Nakano EY, Steffens DC, Litvoc J, Bottino CMC. Clinically Significant Depressive Symptoms and Associated Factors in Community Elderly Subjects From Sao Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2009; 17 (7):582-590.
66. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983;17(1):37-49.
67. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública*, 2005; 39 (6): 918-23.
68. Radloff LS. The CES-D Scale. A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1977; 1(3):385-401.
69. Silveira D, Jorge M. Propriedades psicométricas da Escala de Rastreamento para Depressão, CES-D, em populações clínica e não clínicas de adolescentes e adultos jovens. *Rev Psiquiatr Clin*. 1997;25(5):251-61.)
70. Spitzer RL; Kroenke K; Williams JBW. Validation and utility of a self- report version of Prime-MD. The PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999; 282: 1737-1744.
71. Spitzer RL; Williams JBW; Kroenke K; Linzer M; de Gruy III, FV; Hahn, SR, Brody D; Johnson JG. Utility of a procedure for diagnosing in primary care: The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1994; 272: 1749-1756.
72. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-613.
73. Wittkamp KA, Naeije L, Schene AH, Huyser J, van Weert HC. Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 2007; 29: 388-395.
74. Osório FL, Mendes AV, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Car* 2009; 45 (3): 216-227.
75. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-item Depression Screener. *Medical Care* 2003; 41 (11):1284-1292.
76. Mangione CM. Vision. In: Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck J, editors. *Comprehensive geriatric assessment*. New York. Mc Graw Hill; 2000. p. 285-294.
77. Morgan DE. Assessment and treatment of hearing loss among elders. In: Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck J, editors. *Comprehensive geriatric assessment*. New York. Mc Graw Hill; 2000. p. 253- 283.

78. Guimarães RM, Camargo EF. A avaliação do velho doente. In: Guimarães RM, Cunha UGV, editores. *Sinais e Sintomas em Geriatria*. São Paulo. Atheneu; 2004. p. 7-16.
79. Ventry I, Weinstein B. The *Hearing Handicap Inventory* for the elderly: a new tool. *Ear and Hear* 1982; 83: 128-134.
80. Valete-Rosalino CM, Rozenfeld S. Triagem auditiva em idosos: comparação entre auto-relato e audiometria. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2005; 71 (2): 193-200.
81. Maciel AC. Sinais e Sintomas em Urologia Geriátrica. In: Guimarães RM, Cunha UGV, editores. *Sinais e Sintomas em Geriatria*. São Paulo. Atheneu; 2004. p. 219-27.
82. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:1374-9.
83. Avery K, Donovan J, Abrams P. Validation of a new questionnaire for incontinence: the *International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ)*. Abstract nº 86 of the International Continence Society 31st annual meeting. Seoul, Korea. *Neurourol. Urodynamics* 2001; 20: 510-1.
84. Tamanini JTN, Dambro M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Rodrigues Netto N. Validação para o português do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)* *Rev Saúde Pública* 2004; 38(3): 438-44
85. Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega N, Rodrigues Netto N. Tradução, confiabilidade e validade do *King's Health Questionnaire* para a língua portuguesa em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública* 2003; 37: 203-11.
86. Marucci MFN, Barbosa AR. Estado nutricional e capacidade física. In: Lebrão ML, Duarte YAO, Eds. *Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003: 95-117
87. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994; 21 (1): 55-67.
88. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the *MNA*® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006;10:456-465.
89. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the *Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. *J. Geront* 2001; 56A: M366-377.

90. Roth P. Family social support. In: Bomar PJ, org. Nurses and family health promotion: concepts, assessment, and interventions. Baltimore: Willians & Wilkins; 1989. p. 90-102.
91. Lubben JE Gironda M. Social support networks. In: Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC, editors. Comprehensive Geriatric Assessment. New York: Mc Graw Hill; 2000. p. 121-138.
92. Lubben J, Blozik E, Gillmann G et al. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist* 2006; 46(4): 503-506.
93. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 36:705-714.
94. Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21 (2): 379-386.
95. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):753-764.
96. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*.1980;20 (6):649-55.
97. Scavufca M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002 Mar; 24 (1): 12-7.
98. Vitaliano PP, Russo J, Young HM, Becker J, Maiuro RD. *The Screen for Caregiver Burden*. *The Gerontologist* 1991; 31 (1): 76-83.
99. Hirschman KB, Shea JA, Xie SX, Karlawish JHT. The development of a rapid screen for caregiver burden. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52 (10): 1724-1729.
100. Reis M, Nahmiash D. Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen. *The Gerontologist* 1998; 38 (4): 471-480.
101. Straus MA. Measuring intra-familial conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales. *J Marriage Fam* 1979; 41:75-88.
102. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)* utilizado para identificar a violência entre casais. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:163-75.

103. Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Sengstock MC, Stahl C. Validation of the *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*. *J Appl Gerontol* 1991; 10 (4): 406-418.
104. World Health Organization- The world health report 2008: primary health care now more than ever.
105. Rubenstein LZ, Alessi CA, Josephson KR, Hoyl MT, Harker JO, Pietruszka FM. A Randomized trial of screening, case finding, and referral system for older veterans in primary care. *JAGS* 2007; 55: 166-174.
106. Maly RC, Hirsch SH, Reuben DB. The performance of simple instruments in detecting geriatric conditions and selecting community-dwelling older people for geriatric assessment. *Age Ageing* 1997; 26(3): 223- 31.
107. Overcash JA, Beckstead J, Moody L, Extermann M, Cobb S. The abbreviated geriatric assessment (aCGA) for use in the older cancer patient as a prescreen: scoring and interpretation. *Crit Rev Oncol Hematol* 2006; 59 (3): 205-210.
108. The yield, reliability, and validity of a postal survey for screening community-dwelling older people. *J Am Geriatr Soc* 2003;51 (2): 194-202.
109. Moore AA, Siu AL. Screening for Common Problems in Ambulatory Elderly: Clinical Confirmation of a Screening Instrument. *The Am J Med* 1996; 100: 438-443.
110. World Health Organization- Family and Community Health Cluster Ageing and Life Course Programme. Follow-up to the Age-friendly Primary Health Care Centre Project: Piloting the Age-friendly Primary Health Care Centre Toolkit, 2006.
111. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica, n. 19, 2006. 92p.
112. Moraes CL, Reichnheim ME. Cross - cultural measurement equivalence. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Rev Saúde Públ* 2002; 18 (3): 783-96.
113. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 1417-32.
114. Herdman M, Rushby JF, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7: 323-335.

CAPÍTULO IX

ANEXOS

Anexo 9.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a pesquisa de adaptação transcultural de Escala de Katz.

Prezado(a) Senhor(a):

Estamos realizando um estudo que tem como objetivo adaptar para a língua portuguesa um instrumento de informações sobre o estado de independência de idosos, na execução do autocuidado. Os profissionais envolvidos são médicos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia- Seção Rio de Janeiro e da Fundação Oswaldo Cruz.

Para esse estudo, o(a) Sr(a) será questionado(a) sobre a independência na realização de atividades como tomar banho, vestir-se etc do(s) idoso(s) sob seus cuidados. A entrevista terá duração de aproximadamente cinco minutos para o preenchimento de cada questionário, com um questionário.

Seu nome não será divulgado, sendo mantida a confidencialidade das informações aqui prestadas.

Sua participação é voluntária e o(a) Sr(a) poderá desistir de participar a qualquer momento.

O benefício deste estudo será a possibilidade de utilização, em nosso meio, de um instrumento de avaliação de atividades de vida diária completamente adaptado para o português.

Em caso de dúvida, o(a) Sr(a) poderá ligar para Dra Valéria Lino, responsável pelo estudo, no telefone 3872-5112.

Eu, _____, declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados.

Assinatura _____

Valéria Lino (coordenadora) _____

Data _____

Anexo 9.2. Instrumento de triagem de problemas de saúde de idosos

Data: __/__/__ Hora início:
 Nome: _____ Sexo: M() F() Prontuário: _____ Idade: _____

Capacidade Funcional**Atividades de Vida Diária**^{1,2}

Para cada área de funcionamento listada abaixo, assinale a descrição que se aplica (a palavra “ajuda” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal). I – independente D – dependente

1. Para tomar banho (leito, banheira ou chuveiro), o (a) Sr(a):

() não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). (I)

() recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). (I)

() recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho. (D)

Este item avalia se o indivíduo pega roupas nos armários e gavetas, inclusive peças íntimas e manuseia fechos (inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas).

2. Para vestir-se, o(a) Sr(a):

() pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda. (I)

() pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. (I)

() recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa. (D)

Marque com um X em caso de triagem positiva (D- para qualquer uma das questões): []

Atividades Instrumentais de Vida Diária^{3,4}

O(a) Sr(a) é capaz de:

3. Fazer compras sozinho (por exemplo: de comida ou roupas)? Sim ___ Não ___

4. cuidar do seu próprio dinheiro? Sim ___ Não ___

5. Ir a lugares onde não possa ir a pé (dirigindo, pegando ônibus)? Sim ___ Não ___

6. Preparar comida? Sim ___ Não ___

7. Cuidar dos seus próprios medicamentos? Sim ___ Não ___

Marque com um X em caso de triagem positiva (Não para qualquer uma das questões): []

Incontinência urinária

Pergunte: “Nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) deixou escapar urina alguma vez e ficou molhado(a)?

9. Sim ___ Não ___ .

Em caso de “SIM”, pergunte o seguinte: “Nos últimos sete dias o(a) Sr(a) deixou escapar urina?”

10. Sim ___ Não ___

Marque com um X em caso de triagem positiva (Sim para as duas questões): []

Depressão- PHQ-2⁵

11. Durante as duas últimas semanas, você sentiu pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas? Sim() não().

12. Com que frequência?

(0)nenhuma vez (1)vários dias (2)mais da metade dos dias (3)quase todos os dias

13. Durante as duas últimas semanas, você se sentiu “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva?

Sim() não()

(14. Com que frequência? 0)nenhuma vez (1)vários dias (2)mais da metade dos dias (3)quase todos os dias

Some a pontuação obtida nos dois itens= _____

Mobilidade (TUG)⁶

Entrevistador: o teste começa com o indivíduo sentado em cadeira com braço, tendo o assento 46cm de altura. Ele deve se levantar, andar uma distância de 3 metros e retornar à cadeira. Deve usar o calçado habitual. A marcação do tempo começa quando o examinador fala “vá” e termina quando ele encosta na cadeira. Deve ser feito um treino antes para o indivíduo se familiarizar com o teste.

15. Anote o tempo: _____ segundos

Marque com um X em caso de triagem positiva (tempo maior que 20 segundos) []

Quedas

16. O(a) Sr(a) caiu duas vezes ou mais nos últimos 12 meses? Sim Não
 Marque com um X em caso de triagem positiva (respondeu “**Sim**”) []

Nutrição

17. O(a) Sr(a) perdeu peso sem estar fazendo dieta nos últimos 6 meses? Não Sim
 em caso positivo: diminuição de _____ Kg (_____ %)
 18. Calcule o IMC _____ (peso atual em Kg / altura, em metros, ao quadrado).
 Marque com um X em caso de triagem positiva (diminuição de 10% ou $IMC \leq 22$) []

Audição

19. “Você sente que está tendo uma diminuição da audição?”
 Marque com um X em caso de triagem positiva (respondeu “**Sim**” à pergunta)

Visão

Realize o teste de visão com o cartão de Snellen (o idoso deve usar os óculos se os tiver trazido e se posicionar a 6m do cartão. Teste um olho de cada vez e depois os dois juntos).

20. Olho direito..... 21. Olho esquerdo..... 22. ambos os olhos.....

Marque com um X em caso de triagem positiva (não conseguiu ler a partir da quinta linha em diante com pelo menos um dos olhos) []

Força

21. Pergunte qual a mão mais forte e peça para realizar o teste de preensão palmar. Faça duas tentativas, sem zerar o instrumento, e considere aquela em que houver o melhor desempenho. Anote: _____ Kgf.

Apoio social (material, emocional e interação social)⁷

“Se você precisar, conta com alguém”...

em caso positivo, pergunte: “Com que frequência você conta com alguém”...

22. Que o ajude, se ficar de cama? 1()nunca 2()raramente 3()às vezes 4()quase sempre 5()sempre
 23. Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente? 1()nunca 2()raramente 3()às vezes 4()quase sempre 5()sempre
 24. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? ()nunca 2()raramente 3()às vezes 4()quase sempre 5()sempre
 25. Com quem fazer coisas agradáveis? 1()nunca 2()raramente 3()às vezes 4()quase sempre 5()sempre

Autoavaliação de Saúde

26. Comparando com outras pessoas de sua idade, como o(a) Sr(a) considera a sua saúde atualmente?
 1() muito boa 2()boa 3()regular 4()ruim 5()muito ruim

hora do final da triagem _____

Nome do entrevistador: _____

1- Katz S *et al.* J Chron Dis 1959, 9: 55-62; 2- Lino VTS *et al.* Cad Saúde Publica, 2008; 24 (1): 103-112; 3- Pfeffer RI *et al.* J Gerontol 1982 37(3):323-329; 4-Lebrão ML & Laurenti R. Rev Bras Epidemiol 2005 8(2):127-41; 5- (PHQ© 1999 Pfizer Inc. All rights reserved) 6- Podsiadlo, D & Richardson, S. JAGS, 1991; 39:142-148. 7- Andrade CR *et al.* Cad. Saúde Pública 2005, 21; 2: 379-386.

Anexo 9.3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o idoso participante da pesquisa de triagem de problemas de saúde na atenção primária

Termo de consentimento livre e esclarecido

O(a) Sr(a) está sendo convidado a participar de um estudo em que vai ser criado um instrumento de avaliação rápida da saúde de pessoas idosas para rastreamento de problemas. Este estudo será realizado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/CSEGSF/ENSP da Fundação Oswaldo Cruz.

Os profissionais envolvidos e a coordenação do projeto são profissionais capacitados que pertencem à equipe do CSEGSF.

Para esse estudo, o(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para responder a um questionário e a ser examinado, em dois momentos diferentes, por um médico geriatra e por outro profissional da equipe.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todos que participarem das entrevistas.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento. Contudo, ressaltamos a importância de sua contribuição.

Não há riscos quanto à sua participação. Você terá como benefício, a garantia de acompanhamento e de cuidado dos problemas de saúde identificados. Alguns problemas poderão ser resolvidos aqui no CSEGSF e outros problemas mais complexos, poderão necessitar que o(a) Sr(a) seja encaminhado para outra unidade de saúde. As informações do estudo vão beneficiar, ainda, o aperfeiçoamento de ações de saúde voltadas para o atendimento ao idoso nesse centro de saúde. Tais informações serão utilizadas apenas neste estudo.

Em caso de qualquer dúvida, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a coordenadora do projeto Dra Valéria Lino na sala de pesquisa clínica ou pelo telefone 2598-2525, no horário das 9 às 12 horas, ou com o Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública pelo telefone (0xx) (21) 25982863.

Dra. Valéria Lino - Coordenadora da Pesquisa

Eu, _____, declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados.

ASSINATURA _____

Data: _____

Anexo 9.4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para informante participante da pesquisa de triagem de problemas de saúde na atenção primária.

O(a) Sr(a) está sendo convidado a participar de um estudo em que vai ser criado um instrumento de avaliação rápida da saúde de pessoas idosas. Este estudo será realizado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/CSEGSF/ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz.

Os profissionais envolvidos e a coordenação do projeto são profissionais capacitados que pertencem à equipe do CSEGSF.

Para esse estudo, o(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para responder a um questionário sobre o estado de saúde do seu parente ou conhecido.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todos que participarem das entrevistas.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento. Contudo, ressaltamos a importância de sua contribuição.

Não há riscos quanto à sua participação. O seu tratamento de saúde no CSEGSF continuará a ser realizado normalmente.

As informações fornecidas por você serão utilizadas apenas neste estudo.

Em caso de qualquer dúvida, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a coordenadora do projeto Dra Valéria Lino na sala de pesquisa clínica ou pelo telefone 2598-2525, no horário das 9 às 12 horas, ou com o Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública pelo telefone (0xx) (21) 25982863.

Dra. Valéria Lino - Coordenadora da Pesquisa

Eu, _____, declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados.

ASSINATURA _____

Data: _____

Anexo 9.5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o profissional de saúde participante da pesquisa de triagem de problemas de saúde de idosos na atenção primária.

Você está sendo convidado a participar de um estudo em que vai ser criado um instrumento de avaliação rápida da saúde de pessoas idosas. Este estudo será realizado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/CSEGSF/ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz.

Os profissionais envolvidos e a coordenação do projeto são profissionais capacitados que pertencem à equipe do CSEGSF.

Para esse estudo, você está sendo convidado(a) para realizar a aplicação do RAPIDO, instrumento de rastreamento de problemas de idosos. Além disso, você participará de um grupo focal, onde sua opinião será gravada, para avaliar a aplicabilidade do RAPIDO em nosso meio.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todos que participarem do estudo.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que você terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento. Contudo, ressaltamos a importância de sua contribuição.

Não há riscos quanto à sua participação. As informações fornecidas por você serão utilizadas apenas neste estudo.

Em caso de qualquer dúvida, você poderá entrar em contato com a coordenadora do projeto Dra Valéria Lino na sala de pesquisa clínica ou pelo telefone 2598-2525, no horário das 9 às 12 horas, ou com o Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública pelo telefone (0xx) (21) 25982863.

Dra. Valéria Lino - Coordenadora da Pesquisa

Eu, _____, declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados.

ASSINATURA _____

Data: _____

Anexo 9.6. Protocolo de avaliação geriátrica do Estudo de Triagem de Problemas de Saúde de Idosos

QUESTIONÁRIO NÚMERO _____

Nome do entrevistado:

Número do prontuário:

data

telefone:

hora:

Nome do entrevistador:

INFORMAÇÕES GERAIS

1. Sexo do entrevistado:
 - 1- Masculino
 - 2- Feminino
2. Quantos anos o(a) Sr.(a) tem? _____ Data de nascimento _____
3. Em que país o (a) Sr.(a) nasceu?
 - 1- Brasil
 - 2- Outros países (especifique) _____
4. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever? (se responder *NÃO*, passe para a questão 6)
 - 1- Sim
 - 2- Não
 - 8-N.S./N.R.
5. Por quantos anos você estudou? _____ (número de anos)
(Entrevistador: escolaridade completa em anos de estudo, sem repetição)
6. Atualmente qual é o seu estado conjugal? Entrevistador: marque apenas uma alternativa
 - 1- Casado/morando junto
 - 2-Viúvo(a)
 - 3-Divorciado(a)/separado(a)
 - 4-Nunca casou
 - 5-N.S./N.R.

AVALIAÇÃO COGNITIVA

MEMÓRIA- Teste de Lista de Palavras do CERAD

entrevistador: leia a lista de palavras e peça para ele(a) repetir em seguida. Repita o procedimento 3 vezes. No segundo e terceiro ensaios, modifique a ordem de apresentação das palavras. Anotar o número de evocações:

Manteiga	Braço	Praia	Carta	Rainha	Cabana
Poste	Bilhete	Erva	Motor		

7. primeiro ensaio _____
8. segundo ensaio _____
9. terceiro ensaio _____
10. evocação total _____ (máximo de 30 pontos)

MEEM (sem item de memória)

11. Em que dia da semana nós estamos?
 - 1- Correto
 - 2- Errado
 - 8- NS/ NR
12. Qual é a data de hoje? Dia do mês
 - 1- Correto

- 2- Errado
8- NS/ NR
13. Em que ano nós estamos?
1- Correto
2- Errado
8- NS/ NR
14. Em que estação do ano nós estamos?
1- Correto
2- Errado
8- NS/ NR
15. Em que mês nós estamos?
1- Correto
2- Errado
8- NS/ NR
16. Você poderia me dizer onde estamos agora? Por exemplo, em que estado nós estamos?
1- Correto
2- Errado
8- NS/ NR
17. Qual o nome desta cidade?
1- Correto
2- Errado
8- NS/ NR
18. Diga o nome de uma rua principal perto daqui (*se não souber, peça para dizer nome de 2 ruas principais perto da casa dele*).
1- Correto
2- Errado
8- NS/ NR
19. Em que andar deste prédio nós estamos?
1- Correto
2- Errado
8- NS/ NR
20. Qual o nome deste lugar?
1- Correto
2- Errado
8- NS/ NR

MEMÓRIA: evocação

Evocação tardia da lista de palavras do CERAD

21. "Você pode me dizer todas aquelas palavras que nós falamos há pouco?" Anote o número de palavras evocadas sem auxílio. _____

Memória: reconhecimento

Agora peça para identificar as palavras que foram ditas, dentre todas as que vai falar. Use a lista de palavras para reconhecimento.

Igreja Rainha Café Montanha Aldeia Praia Corda
Cabana Manteiga Chinelo Motor Cinco Bilhete Carta

Dólar Poste Braço Erva Hotel Tropa

22. número de palavras reconhecidas corretamente (máximo de 20) _____
 23. *calcule o escore de reconhecimento* (número de palavras reconhecidas corretamente – 10)=
 _____ (resposta: máximo de 10)

LINGUAGEM-repetição (MEEM)

24. Repita comigo esta frase: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.
 1- Correto
 2- Errado
 8-NS/ NR

Compreensão motora

“Por favor, pegue esta folha com a mão esquerda, dobre-a ao meio, e coloque-a no seu colo”.
Marque 1 ponto para cada etapa correta.

25. Total _____

Nomeação

26. *Mostre um lápis: “Qual o nome disto?” Mostre um relógio de pulso: “Qual o nome disto?” Anote o número de itens identificados corretamente Total _____*
 Compreensão escrita

27. *Mostre a frase: “feche os olhos”.* Assinale correto se obedeceu ao comando.
 1- Correto
 2- Errado
 8- NS/ NR

Escrita

28. *Peça para escrever uma frase ou uma mensagem, que deve ter sujeito e predicado.*
 1- Correto
 2- Errado
 8- NS/ NR

Cópia

29. *Peça para copiar a figura dos dois pentágonos. Considere certo se a interseção for um quadrilátero.*
 1- Correto
 2- Errado
 8- NS/ NR

MEMÓRIA PARA INFORMAÇÕES RECENTES (CAMCOG)

30. Qual é o nome do atual Presidente da República? (Lula)
 1- Correto
 2- Errado
 8- NS/ NR
31. Quem o antecedeu? Era antes dele? (Fernando Henrique Cardoso)
 1- Correto
 2- Errado
 8- NS/ NR

32. Qual é o nome do atual Governador do Estado? (Sérgio Cabral)
- 1- Correto
 - 2- Errado
 - 8- NS/ NR
33. Você poderia me dizer alguma coisa que foi notícia nas últimas duas semanas? *Se uma resposta geral for dada, i.e. 'guerra', pergunte por detalhes*
- 1- Correto
 - 2- Errado
 - 8- NS/ NR

FUNÇÕES EXECUTIVAS

Fluência verbal

34. “Agora me diga o nome de quantos animais você puder lembrar. Você tem um minuto para isto.”
Somente se o indivíduo pedir esclarecimento, explique que entre os animais estão incluídos pássaros, peixes, insetos, humanos, etc. Se este estiver hesitante, tente encorajá-lo. Registre o número correto em um minuto (repetições não são consideradas. Liste todos os itens no espaço abaixo). TOTAL _____

LINGUAGEM

Compreensão: resposta verbal:

“Vou fazer algumas perguntas e gostaria que você respondesse sim ou não”

35. Este lugar é um hotel?
- 1- Correto
 - 2- Errado
 - 8- NS/ NR
36. Os bairros são maiores do que as cidades?
- 1- Correto
 - 2- Errado
 - 8- NS/ NR
37. Existia rádio neste país antes da televisão ser inventada?
- 1- Correto
 - 2- Errado
 - 8- NS/ NR
- Expressão: definições (CAMCOG)
38. O que você faz com um martelo? *(Bater não é suficiente. Algum outro detalhe deve ser mencionado sem dicas).*
- 1- Correto
 - 2- Errado
 - 8- NS/ NR
39. Onde as pessoas geralmente compram remédios?
- 1- Correto (drogaria, farmácia)
 - 2- Errado
 - 8- NS/ NR
40. O que é uma ponte?
- 1- Correto (atravessar o rio)
 - 2- Errado
 - 8- NS/ NR
41. O que é uma opinião?
- 1- Correto (uma idéia pessoal sobre algo, o que você pensa)
 - 2- Errado
 - 8- NS/ NR

ABSTRAÇÃO- Similaridades (CAMCOG)

As próximas questões investigam a capacidade de pensar de forma abstrata. Exemplos são dados ao lado de cada pontuação. Se o indivíduo disser: 'Eles não são semelhantes', diga: 'Eles são semelhantes de alguma maneira.'

“Eu vou lhe dizer o nome de duas coisas e gostaria que você me dissesse de que maneira elas são semelhantes, em que se parecem, o que têm em comum. Por exemplo, um cachorro e um macaco são semelhantes porque são animais”.

42. De que maneira uma maçã e uma banana se assemelham? O que têm em comum?
Registre a resposta _____
- 1- correto (são frutas; resposta aproximada aceitável (alimentos, têm casca, germinam)
 - 2- Errado
 - 8- NS/ NR
43. De que maneira uma camisa e um vestido se assemelham? Registre a resposta _____
- 1- Correto (Roupa, vestimenta; resposta aproximada aceitável (Para vestir, feito de pano, mantém você aquecido)
 - 2- Errado
 - 8-NS/ NR
44. De que maneira uma mesa e uma cadeira se assemelham? Registre a resposta _____
- 1- Correto (Móveis; resposta aproximada aceitável- usado para refeições)
 - 2- Errado
 - 8-NS/ NR
45. De que maneira uma planta e um animal se assemelham? Registre a resposta _____
- 1- Correto (Seres vivos; resposta aproximada aceitável (Crescem, precisam de comida, são da natureza)
 - 2- Errado
 - 8-NS/ NR

ATENÇÃO- extensão de dígitos

46. Ordem direta: *Solicite ao idoso que ele repita a sequência de dígitos da linha A imediatamente após você. Se não conseguir repetir uma sequência, fale os dígitos com a mesma extensão da linha B, antes de retornar à linha A para falar a sequência seguinte. Caso não consiga repetir, interrompa o procedimento e registre o número de dígitos repetidos corretamente _____*

A	2-8	3- 9-5	0-7- 1-9	3-8- 6-1	5-3- 1-6-9-0	8-1-3-6- 9-2-7
B	5-1	8- 5-7	3-1- 9-2	4-9- 0-2	0-7- 6-4-1-5	7-2-9-3- 1-8-6

Ordem inversa:

47. *Solicite ao idoso que ele repita a sequência de dígitos da linha A, na ordem inversa, imediatamente após você falar na ordem direta. Se não conseguir repetir uma sequência, fale os dígitos com a mesma extensão da linha B, antes de retornar à linha A. Caso não consiga repetir, interrompa o procedimento e registre o número de dígitos repetidos corretamente _____*

PERCEPÇÃO VISUAL

Reconhecimento de pessoas famosas (CAMCOG)

Mostre “Reconhecimento de pessoas famosas no livreto”.

48. Quem é? (Pelé)
- 1- Correto
 - 2- Errado

8- NS/ NR

49. Quem é? (Papa)
 1- Correto
 2- Errado
 8- NS/ NR

LINGUAGEM

Nomeação de 15 figuras (CERAD)

50. *Apresente as figuras do CERAD e solicite que o indivíduo nomeie cada item. Anote o número total de itens corretos* _____

MEEM: registro de 3 palavras, atenção e evocação

Registro

51. “Eu vou dizer o nome de três palavras. Depois você vai repetir. Guarde na memória, porque eu vou perguntar novamente em alguns minutos”. *Diga as três palavras levando 1 segundo para dizer o nome de cada uma: vaso, carro, janela. Assinale os itens corretos na primeira tentativa e registre o número de itens corretos. TOTAL* _____

Atenção

52. peça para subtrair $100 - 7$ e continuar subtraindo 7 até completar uma sequência de 5 subtrações. Caso erre, corrija e continue. Pontue apenas as subtrações corretas (máximo de 5 pontos). Alternativamente, peça para soletrar “mundo” de trás para a frente. TOTAL _____

Evocação

53. peça para lembrar das palavras que pediu para registrar há poucos minutos. TOTAL _____

CÁLCULO- CAMCOG

(Um cálculo mental é solicitado agora, papel e lápis não são permitidos).

Mostre uma nota de R\$10,00 e duas notas de R\$1,00 e pergunte:

54. *Quanto dinheiro tem aqui?* Registre a resposta _____
 1- Correto
 2- Errado
 8- NS/ NR
55. *Se alguém lhe der esta quantia de dinheiro como troco para 50 reais, quanto você gastou?* Registre a resposta (38 Reais) _____
 1- Correto
 2- Errado
 8- NS/ NR

ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA- KATZ

Para cada área de funcionamento listada abaixo, assinale a descrição que se aplica (a palavra “ajuda” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal). 1 – independente 2 – dependente

56. Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro).
 (1) não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho).
 (1) recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna).
 (2) recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.

57. Vestir-se:

Pega roupas nos armários e gavetas, inclusive peças íntimas e manuseia fechos (inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas).

(1) pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda.

(1) pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos.

(2) recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa.

58. Uso do vaso sanitário

Ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas.

(1) vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando- o de manhã).

(2) recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou

para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite.

(2) não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas.

59. Transferência

(1) deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)

(2) deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda.

(2) não sai da cama.

60. Continência:

(1) controla inteiramente a micção e a evacuação. (I)

(2) tem “acidentes” ocasionais. (D)

(2) necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente. (D)

61. Alimentação:

(1) alimenta-se sem ajuda. (I)

(1) alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão. (I)

(2) recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos. (D)

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA- PFEFFER (versão estudo SABE)

62. Você é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita de ajuda

3 = Não é capaz

63. Você é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e de roupa)?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita de ajuda

3 = Não é capaz

64. Você é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita de ajuda

3 = Não é capaz

65. Você é capaz de preparar uma comida?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita de ajuda

3 = Não é capaz

66. Você é capaz de manter-se em dia com os acontecimentos e do que se passa na vizinhança?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita de ajuda

3 = Não é capaz

67. Você é capaz de prestar atenção em um programa de rádio, televisão ou artigo de jornal e discutí-lo?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita de ajuda

3 = Não é capaz

68. Você é capaz de lembrar-se de compromissos e acontecimentos familiares?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita de ajuda

3 = Não é capaz

69. Você é capaz de cuidar dos seus próprios medicamentos?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita de ajuda

3 = Não é capaz

70. Você é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita de ajuda

3 = Não é capaz

71. Você é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita de ajuda

3 = Não é capaz

72. Você é capaz de ficar sozinho em casa sem problema?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita de ajuda

3 = Não é capaz

73. Pontuação total do questionário de Pfeffer (soma dos resultados de 64 a 74) = _____

74. Avaliação de AIVD _____

0= sem comprometimento AIVDs (fez menos de 6 pontos)

1= presença de comprometimento de AIVDs

ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO MAIOR

“ Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre o seu humor.”

No mês passado:

75. Houve um período em que você se sentia deprimido ou triste a maior parte do dia, quase todos os dias? (Como era isso?)

1- NÃO

2- SIM

Se sim: quanto tempo isso durou (pelo menos duas semanas?) _____

76. E quanto a perder o interesse ou o prazer em coisas das quais você geralmente gostava?

1- NÃO

2- SIM

Se sim: isso acontecia quase todos os dias? Quanto tempo durou (pelo menos duas semanas?)

Se nem 75 ou 76 tiverem resposta SIM, avalie a presença dos episódios ao longo da vida, perguntando as mesmas frases, porém iniciando por “Você já teve?”

Para as seguintes questões, focalize no pior período de duas semanas

77. Você perdeu ou ganhou peso (Quanto? Estava tentando emagrecer?) Se não: como estava o seu apetite? Você teve que se forçar a comer? Comia (mais/menos) do que o habitual?

1- NÃO

2- SIM

78. Como estava o seu sono? (Dificuldade em pegar no sono, despertar frequentemente, dificuldade em se manter dormindo, acordar cedo demais? Isso ocorria quase todos os dias?)

1- NÃO

2- SIM

79. Você estava tão agitado ou impaciente que era incapaz de ficar quieto? (Era tão intenso que as pessoas percebiam?)

1-NÃO

2-SIM

80. Como estava a sua disposição? (Cansado o tempo todo? Quase todos os dias?)

1- NÃO

2- SIM

81. Como você se sentia sobre você mesmo? (inútil? Quase todos os dias?)

1- NÃO

2- SIM

Se não: e quanto a se sentir culpado por coisas que deixou de fazer?

82. Você teve dificuldades em se concentrar ou pensar?

1- NÃO

2- SIM

Se não: era difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas?

83. As coisas estavam tão ruins que você pensava muito na morte, ou que seria melhor morrer? E quanto a pensar em se matar?

1- NÃO

2- SIM

Se sim: Você fez alguma coisa para se matar?

84. Pelo menos 5 questões de 75 - 83 são codificadas como “sim” e pelo menos um destes itens é o item 75 ou 76.

1- NÃO
2- SIM (DEPRESSÃO)

Se não estiver claro:

85. A depressão atrapalhou seu trabalho, os cuidados com a sua casa ou o seu relacionamento com outras pessoas?

1- NÃO
2- SIM

86. Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente? (estava tomando algum remédio?) obs: doenças que causam depressão maior: Parkinson, AVC, hipo ou hipertireoidismo, certos tipos de câncer, hepatite, HIV. Substâncias que causam depressão: álcool, sedativos, ansiolíticos, corticóides, anticolinérgicos...

1- NÃO
2- SIM

87. Isso começou logo após alguém que lhe era próximo ter morrido? (Obs: luto até dois meses não pode ser considerado depressão)

1- NÃO
2- SIM

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

88. *Pergunte:* “Nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) deixou escapar urina alguma vez e ficou molhado(a)?

1- NÃO
2- SIM

89. *Em caso de “SIM”, pergunte o seguinte:* “Nos últimos sete dias o(a) Sr(a) deixou escapar urina?”

1- NÃO
2- SIM

MOBILIDADE

Entrevistador: o teste começa com o indivíduo sentado em cadeira com braço. Ele deve se levantar, andar uma distância de 3 metros e retornar à cadeira. Deve usar o calçado habitual. A marcação do tempo começa quando o examinador fala “vá” e termina quando ele encosta na cadeira. Deve ser feito um treino antes para o indivíduo se familiarizar com o teste.

90. *Anote o tempo:* ____ segundos

QUEDAS

91. O(a) Sr(a) caiu duas vezes ou mais nos últimos 12 meses?

1- NÃO
2- SIM
8-NS/NR

NUTRIÇÃO

- 92- Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição severa da ingestão

1 = diminuição moderada da ingestão

2 = sem diminuição da ingestão

- 93- Perda de peso nos últimos meses

0 = superior a três quilos

1 = não sabe informar

2 = entre um e três quilos

3 = sem perda de peso

94- Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas

1 = deambula mas não é capaz de sair de casa

2 = normal

95. Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim

2 = não

96. Problemas neuropsicológicos

0 = demência ou depressão graves

1 = demência leve

2 = sem problemas psicológicos

97. Índice de massa corpórea (IMC = peso [kg] / estatura [m]²)

0 = IMC < 19

1 = $19 \leq \text{IMC} < 21$

2 = $21 \leq \text{IMC} < 23$

3 = IMC > 23

98. MAN- escore da triagem (subtotal, máximo de 14 pontos). Anote a pontuação _____

1= normal (12 pontos ou mais normal; desnecessário continuar a avaliação)

2= risco aumentado (11 pontos ou menos possibilidade de desnutrição; continuar a avaliação)

AUDIÇÃO

PERGUNTA SOBRE DEFICIT AUDITIVO

99. “Você sente que está tendo uma diminuição da audição?”

1-NÃO

2-SIM

8-NS/ NR

Teste do sussurro

Fique de pé atrás da pessoa, a 30 cm de distância, e peça para responder às perguntas que forem feitas. Tape a orelha que não estiver sendo testada no momento. Pergunte com voz sussurrada.

100. Orelha direita: “Qual o seu nome?” Respondeu corretamente?

1-SIM

2-NÃO

101. Orelha esquerda: “Qual a sua idade?” Respondeu corretamente?

1-SIM

2-NÃO

VISÃO

Realize o teste de visão com o cartão de Snellen (o idoso deve usar os óculos se os tiver trazido e se posicionar a 5m do cartão. Teste um olho de cada vez e depois os dois juntos).

102. Olho direito.....

103. Olho esquerdo.....

104. Ambos os olhos.....

FORÇA

105. Pergunte qual a mão mais forte e peça para realizar o teste de preensão palmar. Faça duas tentativas, sem zerar o instrumento, e considere aquela em que houver o melhor desempenho.

Anote: _____ Kgf.

APOIO SOCIAL-nas questões 104 a 108 anote a pontuação de cada dimensão de apoio social

106.material- _____

107.emocional- _____

108.interação social positiva _____

Apoio social					
“Se você precisar, você conta com alguém para...?”					
“Com que frequência você conta com essa(s) pessoa(s) para...?”					
	1- nunca	2- raramente	3- às vezes	4-quase sempre	5-sempre
Material					
Que o ajude, se ficar de cama?					
Para levá-lo ao médico?					
Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?					
Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?					
Emocional					
Para ouvi-lo, quando você precisar falar?					
Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?					
Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
Que compreenda seus problemas?					
Interação social positiva					
Com quem fazer coisas agradáveis?					
Com quem distrair a cabeça?					
Com quem relaxar?					
Para se divertir junto?					

109.Autoavaliação de saúde

Comparando-se com outras pessoas de sua idade, como acha que está a sua saúde atualmente?

- a. Muito boa
- b. Boa
- c. Regular
- d. Ruim
- e. Muito ruim

Exame físico

110.F.olho- catarata (que dificulte a visualização do FO)

- 1-NÃO
2-SIM

111.Otoscopia- rolha?

- 1-NÃO
2-SIM
8. N.Aplica

112.Audiometria

	5 00	1 000	2 000	4 000
a.Ouvido direito	(1)sim/ (2)não	(1)sim/ (2)não	(1)sim/ (2)não	(1)sim/ (2)não
b.Ouvido esquerdo	(1)sim/ (2)não	(1)sim/ (2)não	(1)sim/ (2)não	(1)sim/ (2)não

S.NERVOSO

113-Parkinsonismo

- 1- NÃO
2- SIM

114-Plegia / paresia

- 1- NÃO
2- SIM

115 -Incoordenação

- 1- NÃO
2- SIM

116-Desequilíbrio

- 1- NÃO
2- SIM

Doenças descritas em prontuário.

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------|
| 117. Hipertensão arterial | 118. Insuficiência cardíaca | 119. DAC |
| 120. Dislipidemia | 122. DPOC | 123. Asma |
| 121. Diabetes | | |
| 124. Artrose | | |
| 125. Depressão | 126. Demência | 127.Outra _____ |

FIM da avaliação com o idoso- anote a hora: _____

128- minutos gastos na avaliação _____

129- IQCODE- Escore _____

IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly)

Data

Nós queremos que você se lembre como o seu familiar estava há 10 anos atrás, e compare com o estado em que ele(a) está agora. As questões abaixo são situações nas quais esta pessoa usa sua memória, ou inteligência e nós queremos que você indique se estas situações melhoraram, pioraram ou se permaneceram do mesmo jeito, nos últimos dez anos. Por exemplo, se há 10 anos atrás esta pessoa sempre se esquecia onde guardava suas coisas, e ainda se esquece, isto seria considerado como “não muito alterado”.

Entrevistador: assinale a resposta apropriada. Se a pessoa nunca fez determinada função ou tarefa, marque “não se aplica”. Se o familiar não tem certeza ou desconhece alguma informação, marque “não sabe”.

Comparada há 10 anos atrás, como essa pessoa está em:	Muito melhor	Melhor	Não Muito alterado	Pior	Muito pior	Não se aplica	Não sabe
1. Reconhecer familiares e amigos	1	2	3	4	5		
2. Lembrar-se do nome dos familiares e amigos	1	2	3	4	5		
3. Lembrar-se de coisas sobre os familiares	1	2	3	4	5		
4. Lembrar-se de coisas que aconteceram há pouco tempo	1	2	3	4	5		
5. Lembrar-se de conversas dos últimos dias	1	2	3	4	5		
6. Esquecer o que ele(a) queria dizer no meio da conversa	1	2	3	4	5		
7. Lembrar-se do seu endereço e telefone	1	2	3	4	5		
8. Lembrar-se em que dia e mês estamos	1	2	3	4	5		
9. Lembrar onde as coisas são guardadas usualmente (ex. roupa, talheres, etc)	1	2	3	4	5		
10. Lembrar onde achar coisas que foram guardadas em lugar diferente do de costume (ex. óculos, dinheiro, chaves)	1	2	3	4	5		
11. Adaptar-se a mudanças em sua rotina diária	1	2	3	4	5		
12. Saber usar aparelhos domésticos que já conhece	1	2	3	4	5		
13. Aprender a usar um aparelho doméstico novo	1	2	3	4	5		
14. Aprender novas coisas em geral	1	2	3	4	5		
15. Lembrar-se de coisas que aconteceram quando ele (a) era jovem	1	2	3	4	5		
16. Lembrar-se de coisas que ele(a) aprendeu quando era jovem	1	2	3	4	5		
17. Entender o significado de palavras pouco comuns	1	2	3	4	5		
18. Entender artigos de revista e de jornal	1	2	3	4	5		
19. Acompanhar uma história em um livro ou na televisão (ex. novelas, seriados, filmes)	1	2	3	4	5		
20. Escrever uma carta para amigos ou para negócios	1	2	3	4	5		
21. Conhecer fatos históricos importantes do passado	1	2	3	4	5		
22. Tomar decisões em questões do dia-a-dia	1	2	3	4	5		
23. Lidar com dinheiro para fazer compras	1	2	3	4	5		
24. Lidar com suas finanças, por exemplo, pensão, coisas de banco	1	2	3	4	5		
25. Lidar com outros problemas concretos do dia-a-dia, como por exemplo, saber quanta comida comprar, quanto tempo transcorreu entre as visitas de familiares ou amigos	1	2	3	4	5		

26. Compreender o que se passa a sua volta.	1	2	3	4	5		
Total (multiplicar o sub-total de cada coluna pelo número indicado)	X 1=	X 2=	X 3=	X 4=	X 5=		
Total geral (soma dos resultados das 5 colunas)							

OBS: Nas colunas “Não se aplica” ou “Não sabe”, o sub-total não deve ser multiplicado por nenhum valor e, portanto, é igual ao total. Faça os cálculos com calma, depois de ter terminado a entrevista.

O cálculo do Escore final do IQCODE deve ser feito dividindo o total geral pelo número de perguntas respondidas (excluindo-se as questões assinaladas como “Não se aplica” ou “Não sabe”):

Escore IQCODE = *Total geral*

ESCORE FINAL IQCODE

Número de itens respondidos