

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Curso de Enfermagem

Karen Lumie Sato

**PERFIL E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS COM DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL**

São Paulo
2024

Karen Lumie Sato

**PERFIL E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS COM DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Profa. Dra. Acácia Maria Lima de Oliveira Devezas, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira.

São Paulo

2024

Ficha catalográfica elaborada pelas Bibliotecas São Camilo

Sato, Karen Lumie

Perfil e capacidade funcional de pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em situação de vulnerabilidade social / Karen Lumie Sato. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2024.

41 p.

Orientação de Acácia Maria Lima de Oliveira Devezas.

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (Graduação), Centro Universitário São Camilo, 2024.

1. Doença crônica 2. Idoso fragilizado 3. Vulnerabilidade social I. Devezas, Acácia Maria Lima de Oliveira II. Centro Universitário São Camilo III. Título

CDD: 610.7365

Karen Lumie Sato

**PERFIL E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS COM DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL**

São Paulo, 05 de dezembro de 2024.

Professor Orientador (Acácia Maria Lima de Oliveira Devezas)

Professor examinador

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho para a minha família, sem eles nada seria possível.

AGRADECIMENTOS

A jornada até aqui foi difícil, árdua e com diversos obstáculos no caminho, e foi com a minha família que consegui passar por tudo isso. Obrigada por cuidarem de mim nos piores e melhores dias da minha vida, obrigada pelas risadas, obrigada pelas palavras de ensinamentos, obrigada pelas comidas gostosas que sempre aquecem meu coração, obrigada pelos abraços e beijos, obrigada por confiarem em mim mesmo quando eu mesma não confiava, obrigada por estarem aqui.

Ao meu namorado, Vinícius, que sempre me apoia e me ama com todo seu coração.

À Deus, que me guia e cuida de mim.

Aos meus bichinhos de estimação, que com seu amor sempre me faziam sorrir.

A todas as docentes do Centro Universitário São Camilo que me fizeram ser a enfermeira que sou hoje.

À minha professora maravilhosa, Acácia Maria Lima de Oliveira, que me escolheu entre tantos alunos, para ser sua pesquisadora. A senhora não foi apenas uma docente para mim, mas uma inspiração e uma amiga. Obrigada por correr comigo nessa longa jornada da graduação. Nunca irei esquecê-la e sempre serei eternamente grata.

A mim, que escolheu viver e lutar.

RESUMO

A capacidade funcional aparece como um componente útil no contexto do envelhecimento, porque envelhecer mantendo todas as funções, não deve significar problema para o indivíduo ou sociedade. Portanto, o comprometimento da capacidade funcional da pessoa idosa, tem implicações para a família, comunidade, sistema de saúde e a própria pessoa, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência, contribuindo para a diminuição do bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa. Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas com DCNT's; Avaliar a capacidade funcional das pessoas idosas atendidas em um Centro Social do município de São Paulo. Estudo descritivo, quantitativo e transversal, composto por pessoas idosas atendidas no Centro Social Nossa Senhora do Rosário. Foram incluídos participantes com idade igual ou superior a 60 ano, que assinaram o TCLE. Foram excluídas pessoas idosas com problemas cognitivos avançados e/ou psiquiátricos diagnosticados. Variáveis dependentes: doenças crônicas pulmonares, cardíacas; endócrinas; A capacidade funcional foi avaliada pelo Índice de Katz (ABVD's) e Escala Lawton & Brody (AIVD's). Variáveis independentes: características demográficas, arranjo familiar, escolaridade e dados antropométricos. Os dados foram analisados e apresentados com estatística descritiva. O projeto foi aprovado pelo CEP do Centro Universitário São Camilo (CAAE 72834923.0.0000.0062). A amostra contou com 36 participantes, predomínio de mulheres 77,78%, idade média de 76,8 anos; sendo 38,89% viúvas; 27,78%, se autodeclararam brancas, 63,89%; escolaridade entre cinco ou mais anos de estudo 69,44% e 72,22% moram com familiares. A média de IMC para mulheres foi (24,95kg/m²) e homens (25,06kg/m²); circunferência média da cintura das mulheres foi 89,27cm (VR> 80cm) e homens 89,87cm (VR>90cm). Exames laboratoriais: glicemia de jejum > 126mg/dL em 27,78%; hemoglobina glicada > 6,5% em 25%, compatíveis com perfil glicêmico para diabetes mellitus; LDL (> 130mg/dL) em 33,33%, indicando predisposição para doenças cardiovasculares. Predominou doenças cardiovasculares em 94,44%, manifestadas por hipertensão arterial 55,56%, dislipidemia 30,56%, IC 5,56% e DAOP em 2,78%; dentre as comorbidades endócrinas, a diabetes mellitus foi relatada em 38,88%; artrose em 16,67%, artrite reumatoide em 11,11%; as doenças respiratórias foram relatadas em 8,34% como bronquite/asma e 5,56% enfisema pulmonar. Quanto ao tratamento farmacológico, 41,67% usam mais de cinco medicações simultaneamente. A capacidade funcional avaliada pelo Índice de Katz, mostrou que a maioria dos é independente para as ABVD's, 2,78% dependência moderada e 2,78% considerado totalmente dependente. A Escala de Lawton e Brody classificou a maioria como independentes para as AIVD's, 19,44% como dependência leve e 11,12% dependência moderada a grave. Dados do IBGE mostram atualmente aumento da parcela de pessoas idosas na população. As doenças cardiovasculares são consideradas como fator de impacto no custo de internações hospitalares no país. As doenças cardiovasculares prevaleceram na maioria das pessoas idosas, seguida de dislipidemia, diabetes mellitus, artrose e doenças respiratórias. Na avaliação da capacidade funcional, foi observado independência maioria das pessoas idosas para as ABVD's e AIVD's. A capacidade funcional declina com a idade, sendo necessário planejar ações de promoção à saúde, bem-estar e controle de DCNT's.

Palavras-chave: idoso fragilizado; doença crônica; vulnerabilidade social.

ABSTRACT

Functional capacity emerges as a valuable component in the context of aging, as growing older while maintaining all functions should not pose a problem for the individual or society. Therefore, the impairment of functional capacity in the elderly has implications for the family, community, healthcare system, and the individual, as disability leads to greater vulnerability and dependence, contributing to a decrease in the well-being and quality of life of older people. To describe the sociodemographic and clinical profile of elderly people with NCDs (Noncommunicable Chronic Diseases); to assess the functional capacity of elderly people treated at a Social Center in the city of São Paulo. This is a descriptive, quantitative, and cross-sectional study, involving elderly people treated at the Nossa Senhora do Rosário Social Center. Participants aged 60 years or older who signed the Informed Consent Form (ICF) were included. Elderly people with advanced cognitive and/or diagnosed psychiatric problems were excluded. Dependent variables: chronic pulmonary, cardiac, and endocrine diseases. Functional capacity was assessed using the Katz Index (ADLs) and the Lawton & Brody Scale (IADLs). Independent variables: demographic characteristics, family arrangement, education, and anthropometric data. The data were analyzed and presented with descriptive statistics. The project was approved by the Ethics Committee of Centro Universitário São Camilo (CAAE 72834923.0.0000.0062). The sample included 36 participants, with a predominance of women (77.78%), an average age of 76.8 years; 38.89% were widowed; 27.78% self-identified as white, 63.89%; 69.44% had five or more years of education, and 72.22% lived with family members. The average BMI for women was 24.95kg/m² and for men 25.06kg/m²; the average waist circumference for women was 89.27cm (reference value >80cm) and for men 89.87cm (reference value >90cm). Laboratory tests: fasting glucose >126mg/dL in 27.78%; glycated hemoglobin >6.5% in 25%, consistent with a glycemic profile for diabetes mellitus; LDL (>130mg/dL) in 33.33%, indicating a predisposition to cardiovascular diseases. Cardiovascular diseases predominated in 94.44%, manifested by hypertension (55.56%), dyslipidemia (30.56%), heart failure (5.56%), and PAD (2.78%); among endocrine comorbidities, diabetes mellitus was reported in 38.88%; osteoarthritis in 16.67%, rheumatoid arthritis in 11.11%; respiratory diseases were reported in 8.34% as bronchitis/asthma and 5.56% as emphysema. Regarding pharmacological treatment, 41.67% used more than five medications simultaneously. The functional capacity assessed by the Katz Index showed that most were independent in ADLs, 2.78% had moderate dependence, and 2.78% were considered totally dependent. The Lawton & Brody Scale classified the majority as independent in IADLs, 19.44% with mild dependence, and 11.12% with moderate to severe dependence. Data from IBGE currently show an increase in the proportion of elderly people in the population. Cardiovascular diseases are considered an impactful factor in the cost of hospital admissions in the country. Cardiovascular diseases predominated among the elderly, followed by dyslipidemia, diabetes mellitus, osteoarthritis, and respiratory diseases. In the evaluation of functional capacity, most elderly people were observed to be independent in ADLs and IADLs. Functional capacity declines with age, making it necessary to plan health promotion actions, well-being, and control of NCDs.

Keywords: frail elderly; chronic disease; social vulnerability.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	15
2.1 GERAL	15
2.2 ESPECÍFICO	15
3 MÉTODO	16
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	16
3.2 LOCAL DE ESTUDO	16
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	16
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	17
3.5 VARIÁVEIS DEPENDENTES	17
3.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES	18
3.7 PERÍODO DE COLETA DE DADOS	18
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	19
3.9 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	19
4 RISCOS E BENEFÍCIOS	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
6 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICES	37
ANEXOS	39

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem envelhecido, haja vista que em 2023, existirão 33 milhões de idosos (representando 15% do total). Para 2100, as projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) indicam 185 milhões de habitantes, 73 milhões de idosos (representando 40% do total). Portanto, haverá uma enorme transformação da estrutura etária brasileira¹.

Se por um lado o envelhecimento populacional trouxe benefícios, maior longevidade, também aumentou o perfil de morbimortalidade, que é caracterizado por um aumento das doenças crônico-degenerativas. A preocupação com as condições de saúde do idoso, tem motivado o desenvolvimento de estudos sobre o envelhecimento humano.

Desta forma, evidencia-se que o contingente de pessoas idosas, requer demandas diversificadas de serviços e cuidados, em decorrência das peculiaridades próprias do envelhecimento orgânico, psíquico e do conjunto de doenças que acometem preferencialmente essa faixa etária. Nesse cenário, observa-se que na velhice as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) têm maior incidência ². Estas são definidas como morbidades de longo curso clínico, irreversíveis, comumente associadas à fragilidade orgânica natural dos indivíduos, acometendo principalmente idosos².

O plano de ações do Ministério da Saúde mostra que entre as DCNT mais prevalentes, citam-se doenças circulatórias como hipertensão arterial, insuficiência cardíaca; endócrinas (diabetes mellitus), respiratórias e o câncer. Estas estão associadas a alguns fatores sociais que contribuem para o seu desenvolvimento, como a desigualdade social, dificuldade no acesso aos bens e serviços, acesso as informações de saúde, baixo nível de escolaridade e fatores de riscos ambientais modificáveis como: tabagismo, uso abusivo de álcool, falta de exercícios físicos, alimentação inadequada, além de obesidade. Assim, as morbidades crônicas não-transmissíveis agregadas ao avanço dos anos, acrescida aos fatores sociais que contribuem para o seu desenvolvimento, promovem em nível nacional, problema de saúde de maior magnitude correspondendo aproximadamente a 70% das causas das mortes².

Pesquisas são essenciais no direcionamento de políticas públicas que atendam à faixa etária idosa da população, mesmo porque o atual sistema de saúde brasileiro precisa ser ajustado e organizado para os diferentes perfis demográficos e epidemiológicos, decorrentes do aumento da expectativa de vida. Os serviços de medicina suplementar, necessitam atender de forma eficientemente essa população, uma vez que a prevenção de doenças e dependência de tratamentos onerosos evita gastos futuros para o próprio governo³.

Estudo sobre implicações DCNTs em idosos dependentes, concluiu que todos os participantes faziam tratamento com uso de medicamentosa, as doenças cardiocirculatórias prevaleceram sobre as demais. As implicações das doenças crônicas se manifestaram no uso de medicamentos, também considerados como fator de risco; condição da dependência e convivência com doenças crônicas e maior uso dos serviços de saúde; alto impacto econômico para as famílias e para o Estado; e na precariedade da renda familiar, que condicionam os idosos a contarem com poucos dispositivos de apoio social e comunitário⁴.

A prioridade na atenção à saúde das pessoas idosas, deve estar direcionada para estratégias que possibilitem uma vida mais saudável, além da monitorização dos indicadores capazes de avaliar a morbidade, impacto da doença e/ou incapacidade na qualidade de vida das pessoas idosas⁵.

Muitas pessoas ou até grupos, são considerados física e mentalmente vulneráveis. Especialmente crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiências. Uma visão mais ampla de vulnerabilidade, compreende os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais, relacionados ao lugar onde trabalham ou vivem essas pessoas ou grupos⁶.

O ser humano vulnerável, é aquele que, conforme conceito compartilhado pelas áreas da saúde e assistência social, não sofrerá danos, mas está a eles mais suscetível, pois possui desvantagens para a mobilidade social, não alcançando patamares mais elevados de qualidade de vida em sociedade em função de sua cidadania fragilizada. Desta maneira, o ser humano vulnerável, pode possuir ou ser apoiado para criar as capacidades necessárias para a mudança de sua condição⁷.

A reflexão crítica baseada nos estudos sobre vulnerabilidade, seguridade social e cidadania nas áreas da saúde e da assistência social, mostra pontos de convergência bastante sinérgicos quanto à ideia de um conceito que representa múltiplas determinações que incidem sobre os contextos de cidadãos que vivenciam frágil acesso a direitos⁷.

Com o avançar da idade, acontecem mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas que abrangem todo o organismo e determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade⁸.

A avaliação das pessoas idosas, deve incluir não apenas o diagnóstico das morbidades, mas também uma compreensão quanto aos aspectos funcionais que envolvem saúde física e mental, condições socioeconômicas e de capacidade de autocuidado, que irão revelar o grau de independência funcional das pessoas idosas. Diante disso, a avaliação da capacidade funcional é essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional dos idosos⁸.

Neste contexto, a capacidade funcional aparece como um novo componente e particularmente útil no contexto do envelhecimento, porque envelhecer mantendo todas as funções, não significa problema para o indivíduo ou sociedade. O problema ocorre, quando as funções começam a deteriorar⁹.

Por sua vez, a capacidade funcional está relacionada à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem ajuda; ou ainda capacidade para decidir e agir de forma independente no seu dia a dia, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida⁸⁻⁹.

O comprometimento da capacidade funcional da pessoa idosa, tem implicações importantes para a família, comunidade, sistema de saúde e para a própria vida, uma vez que a incapacidade, ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos⁹.

Estudo realizado para avaliar a capacidade funcional e analisar as características associadas à incapacidade dos idosos, concluiu que a maior proporção de idosos, foi considerada independente para a realização de atividades básicas e

instrumentais de vida diária. Contudo, uma parcela expressiva ainda mostra comprometimento do estado funcional⁸.

Em contrapartida, a incapacidade funcional, relaciona-se à dificuldade ou necessidade de ajuda para executar tarefas cotidianas, divididas em atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD)⁸.

O Índice de Katz é uma escala composta por uma lista com seis itens hierarquicamente relacionados e refletem padrões de desenvolvimento infantil, ou seja, a perda da função no idoso começa pelas atividades mais complexas, como vestir-se, banhar-se, até chegar as de autorregulação como por exemplo, alimentar-se e as de eliminação ou excreção. Esta premissa considera que o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as atividades da vida diária nos pacientes idosos, segue um padrão de evolução, ou seja, primeiro perde-se a capacidade para tomar banho, a seguir, se vestir, ir da cadeira para a cama (e vice-versa). Os escores são interpretados da seguinte maneira: zero indica total independência para realizar as atividades básicas e seis, totalmente dependente¹⁰.

A escala desenvolvida por Lawton & Brody, classifica as atividades instrumentais (AIVD) cotidianas conforme nível de complexidade, em oito atividades: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte. Os escores mais baixos, indicam maior dependência para realizar as atividades instrumentais⁸.

Estudo realizado com o objetivo de estimar a prevalência de incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais diárias e os fatores associados em idosos residentes na área urbana, concluiu que a maioria expressiva de idosos apresentou incapacidade funcional, sendo os desfechos associados a variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, situação de saúde e uso de serviços¹¹.

Frente ao panorama sobre os problemas políticos, econômicos, comportamental e de saúde geral enfrentados pela pessoa idosa, surgiu uma preocupação social e ao mesmo tempo científica, a fim de compreender o perfil

sociodemográfico e os fatores relacionados à DCNT que contribuem para a incapacidade funcional da pessoa idosa e vulnerabilidade social.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) atendidas em um Centro Social da zona Oeste do município de São Paulo.

2.2 ESPECÍFICO

Avaliar a capacidade funcional das pessoas idosas atendidas no Centro Social da zona Oeste do município de São Paulo.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Centro Social Nossa Senhora do Rosário, localizada no bairro da Pompeia, região Oeste do município de SP. A instituição é uma associação filantrópica de utilidade pública, reconhecida pelos governos Federal, Estadual e Municipal, mantida por contribuições espontâneas de voluntários e paroquianos. Contam com os serviços de atendimento psicológico, social, farmacêutico, odontológico, enfermagem, nutrição, fisioterapia, especialidades médicas, núcleo de convivência para idosos, bazar permanente, atendimento jurídico, curso de alfabetização, educação em saúde (grupos de memória, canto e movimento, bingo) e os programas assistenciais (PADI, viva leite e cesta básica).

Criado em 1998 com a finalidade de prestar atendimento domiciliar especializado aos idosos moradores da comunidade e suas famílias, residentes de uma área delimitada nas proximidades da Paróquia Nossa Senhora do Rosário.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída de pessoas idosas atendidas no Centro Social Nossa Senhora do Rosário. Foi utilizada a definição de idoso constante do art. 2º da Lei nº 8.842/94: pessoa com 60 anos ou mais. A amostra foi constituída das informações sobre dados demográficos e clínicos das pessoas idosas atendidas no centro social.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas no estudo, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que participam das atividades oferecidas na instituição, que aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido-TCLE (Apêndice A). Foram excluídos aqueles com problemas cognitivos avançados e/ou psiquiátricos diagnosticados, considerando que as informações para a pesquisa, deverão ser fornecidas pelo próprio participante.

3.5 VARIÁVEIS DEPENDENTES

Foram consideradas as doenças crônicas com base nas respostas afirmativas (auto-referidas), **pulmonares** (asma, bronquite, enfisema com diagnóstico médico relatado no prontuário), **cardíacas** (doença das coronárias, insuficiência cardíaca, hipertensão: definida para pressão arterial acima das metas recomendadas, em pessoas com mais de 60 anos que é de 150/90 mmHg, com uso de até três anti-hipertensivos de diferentes classes, incluindo um bloqueador do sistema renina-angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor de angiotensina (BRA), um bloqueador dos canais de cálcio de ação prolongada e um diurético tiazídico de longa ação, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão; Dislipidemia com diagnóstico médico ou resultado da fração LDL colesterol > 130 mg/dL, ou prescrição médica de hipolipemiantes; ou qualquer outra, definida de acordo com diagnóstico médico relatado em prontuário, comprovada por exames complementares (laboratoriais ou de imagem). **Endócrinas** (Diabetes com diagnóstico médico, ou dois resultados de glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL ou resultado de hemoglobina glicada $\geq 6,5$ mg/dL ou prescrição médica de hipoglicemiante); **doenças osteomusculares** (artrite, artrose, com diagnóstico médico comprovado). A capacidade funcional será mensurada pelas informações das atividades básicas e instrumentais de vida diária.

3.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Foram verificadas por meio de um formulário com informações sobre características demográficas: idade, sexo, estado civil, nível educacional e raça. A idade foi avaliada como variável contínua. O arranjo familiar foi dicotomizado em: morar sozinho(a), ou acompanhado(a). Quanto ao nível educacional, os idosos foram categorizados em: sem escolaridade, um a quatro anos de estudos e cinco ou mais anos de estudo. Dados antropométricos registrados nas consultas: medida da circunferência da cintura; quadril; índice de massa corporal (IMC).

3.7 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do comitê ética em pesquisa (CoEP) do Centro universitário São Camilo. Os dados foram coletados com os participantes que compareceram no centro social para qualquer tipo de atendimento e que preencheram os critérios de inclusão pré-estabelecidos.

A amostra foi coletada por conveniência de acordo com a demanda do serviço. Todos os usuários que frequentaram o Centro Social, foram orientados e apresentados à pesquisa. O usuário foi convidado a participar e após o aceite, foi encaminhado para uma sala reservada, onde foi informado o objetivo do estudo e explicação do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). Toda a abordagem foi guiada por um formulário e os instrumentos, desenvolvidos a partir de evidências da literatura já validados para nossa cultura. O entrevistador preencheu os instrumentos de acordo com as respostas do usuário, conforme necessidade.

Foram utilizados:

- a) formulário para caracterização dos participantes, contendo as variáveis sociodemográficas, clínicas, antropométricas, fisiológicas e bioquímicas (Apêndice B);
- b) Instrumentos de avaliação de capacidade funcional para atividades instrumental e básica de vida diária: Escala de Lawton e Índice de Katz (Anexo A e B).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo, foram respeitadas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, da Resolução n.º 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo (CAAE 72834923.0.0000.0062).

Os participantes foram convidados a fazer parte da pesquisa e aqueles que aceitaram, foram encaminhados para um local reservado e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Apêndice 1). Para os participantes sem escolaridade, foi realizada leitura dos instrumentos e registro das respostas.

3.9 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os indicadores coletados, foram inseridos em planilha eletrônica para procedimentos das análises descritivas e inferenciais no programa Excel. Foram utilizadas tabelas contendo frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão e os escores obtidos pelos Índice de Katz e escala de Lawton & Brody.

4 RISCOS E BENEFÍCIOS

Considera-se um risco mínimo da perda de anonimato dos dados, que será respeitado pela identificação dos participantes da pesquisa por meio de números, garantindo o anonimato. Igualmente como risco mínimo é possível que se apresente cansaço ou aborrecimento ao responder o instrumento de coleta de dados, de modo que há a possibilidade de abandonar ou postergar o seu preenchimento. Enfatizamos que o participante tem plena liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa e, ao iniciar o questionário, direito de não responder a qualquer pergunta do estudo, sem necessidade de explicação, justificativa para tal e sem penalização alguma, porém caso não responda a uma pergunta considerada obrigatória, não será possível considerar os seus dados para o estudo. A participação no estudo é totalmente voluntária, podendo deixá-lo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. O estudo é livre de gastos pessoais em qualquer fase do estudo, assim como alguma forma de pagamento em razão da sua participação. Assim como também é garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Asseguramos que participante terá o direito de conhecer os resultados da pesquisa em qualquer momento, mesmo antes do seu término.

Como benefícios diretos, entende-se que será possível identificar os fatores que contribuem para avaliar a qualidade de vida e capacidade funcional, a fim de auxiliar na realização das atividades cotidianas.

As pessoas que concordaram em participar receberam uma via impressa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados serão registrados e armazenados em um local exclusivo para esse fim e de acesso restrito à pesquisadora e membros da equipe da pesquisa, por um período de cinco anos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída de 36 participantes, sendo predominante o sexo feminino 77,78% (28), com idade média de 76,8 anos (9,44); 38,89% (14) são viúvas; 27,78% (10) casadas, 27,78% (10) solteiras, se autodeclaram como brancas, 63,89% (23); com escolaridade entre cinco ou mais anos de estudo 69,44% (25); 72,22% (26) moram com familiares, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes (N=36). São Paulo, 2024.

Variáveis sociodemográficas	N	%
Sexo		
Feminino	28	77,78
Masculino	08	22,22
Cor		
Branca	23	63,89
Parda	08	22,22
Preta	05	13,89
Estado civil		
Viúvo	14	38,88
Casado	10	27,78
Solteiro	10	27,78
Divorciado	02	5,56
Escolaridade		
5 anos ou mais	25	69,44
4-1 ano de estudo	09	25,00
Sem escolaridade	02	5,56
Arranjo familiar		
Mora com familiares	26	72,22
Mora sozinho	10	27,78
Total	36	100,00

A média de idade de 76,8 anos, pode ser corroborada pelos dados descritos pelo IBGE (2023), em que os relatos da parcela de pessoas com 60 anos ou mais saltou de 11,3% para 14,7% da população. Em números absolutos, esse grupo etário passou de 22,3 milhões para 31,2 milhões, crescendo 39,8% no período ¹².

O predomínio de mulheres participantes na pesquisa, pode ser justificado pelo fato de que nascem mais homens do que mulheres, mas essa diferença vai diminuindo à medida que a idade avança, já que a mortalidade tende a ser maior nos homens. As

estimativas mostram que as mulheres vivem em média, de 5 (cinco) a 7 (sete) anos a mais que os homens¹²⁻¹³.

Outras causas que podem justificar maior longevidade das mulheres, estão a busca em atendimento médico com mais frequência, estilo de vida mais saudável, evitar hábitos como tabagismo, além de estarem menos expostas a situações que envolve mortes violentas e acidentes de trânsito ou de trabalho quando comparadas aos homens¹⁴.

O predomínio de viúvas que residem com os familiares, estabelece o acolhimento e reforça as relações com a pessoa idosa, contribuindo para que elas e seus familiares se sintam valorizados, pois, independentemente da idade, todos possuem necessidades afetivas¹⁵.

O convívio das pessoas idosas com a família e grupos sociais, pode contribuir para o bem-estar, além de reduzir o isolamento social, fator este que compromete a capacidade funcional¹⁶.

Os vínculos familiares têm relação direta com a cultura e o contexto histórico, no qual as pessoas estão inseridas e em geral ligadas à afetividade, solidariedade e companheirismo¹⁵.

No que se refere à cor, (63,89%) se autodeclararam brancos e pardos (22,22%). O assunto foi abordado pelo censo de 2022, quando em dez anos, a população que se declarou parda, cresceu 10,8%, taxas superiores ao crescimento da população total do país (7,6%). Em relação à população que se declarou branca, os dados mostraram-se estáveis¹².

Quanto às medidas antropométricas, os resultados para a média de IMC para mulheres foi (24,95kg/m²) e dos homens foi de (25,06kg/m²); a média da circunferência da cintura das mulheres foi 89,27cm (VR> 80cm) e dos homens foi de 89,87cm (VR>90cm).

Embora o IMC seja em geral considerado no rastreamento de obesidade, as medidas abdominais estão sendo amplamente utilizadas e relacionadas na predição de fatores de risco para doenças cardiovasculares¹⁷.

O registro dos exames laboratoriais, mostrou alteração na glicemia de jejum > 126mg/dL em 27,78% (10) dos participantes; E hemoglobina glicada > 6,5% em 25% (9), sendo compatíveis com perfil glicêmico para diabetes melittus. Os valores para Lipoproteína de Baixa Densidade (> 130mg/dL) em 33,33% (12) dos participantes, são fatores predisponentes para as doenças cardiovasculares, que serão comentados nos tópicos seguintes.

A presença de doenças crônicas não transmissíveis observadas nesta amostra, evidenciou predomínio das doenças cardiovasculares em 94,44% (34), sendo as manifestações clínicas mais frequentes hipertensão arterial 55,56% (20), seguida de dislipidemia 30,56% (11), insuficiência cardíaca 5,56% (2) e doença arterial obstrutiva periférica em 2,78% (1) dos participantes; dentre as comorbidades endócrinas, a diabetes mellitus foi relatada em 38,88% (14) dos participantes;

Em relação as alterações osteomusculares, foi evidenciada artrose em 16,67% (6) artrite reumatoide em 11,11% (4). Quanto às doenças respiratórias, 8,34% (3) tem bronquite/asma e 5,56% (2) enfisema pulmonar. Estes dados estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2: Frequência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na amostra (N=36). São Paulo, 2024.

Doenças crônicas não transmissíveis	N	%
Cardiovasculares		
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	20	55,56
Dislipidemia (DLP)	11	30,56
Insuficiência Cardíaca (IC)	02	5,56
Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP)	01	2,78
Endócrinas		
Diabetes Mellitus (DM)	14	38,88
Osteomusculares		
Artrose	06	16,67
Artrite Reumatoide	04	11,11
Respiratórias		
Bronquite/asma	03	8,34
Enfisema	02	5,56
Total	36	100

*Alguns pacientes apresentavam mais de uma DCNT.

A existência de comorbidades citadas anteriormente, prevalecem como importantes fatores de risco para as doenças crônicas nas pessoas idosas. Portanto, o controle e a prevenção dessas condições, são fundamentais não só para manter a qualidade de vida dos indivíduos e sua capacidade funcional, mas também para diminuir a incidência de DCNT's¹⁸.

As doenças cardiovasculares são responsáveis por (27,7%) dos óbitos e considerada o fator de maior impacto no custo das internações hospitalares no país. Em 2014, (10,1%) das internações no Brasil foram causadas por doenças do aparelho circulatório, e do total dessas internações, (57,2%) foram entre pessoas de 60 anos ou mais¹⁸.

As alterações próprias do envelhecimento, tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo esta considerada a principal doença crônica nessa população. No Brasil, a HAS atinge aproximadamente 60% da população idosa, contribuindo diretamente com as mortes por doença cardiovascular (DCV), sendo responsável pela alta frequência de internações no Brasil¹⁹⁻²⁰.

Em consonância, um estudo realizado sobre avaliação da capacidade funcional de idosos, relata ocorrência da diminuição funcional potencializada por estas doenças²¹.

O excesso de tecido adiposo, como a concentração na região central do corpo, está associado à inflamação sistêmica, contribuindo diretamente para o aumento da morbimortalidade cardiovascular. A presença de gordura visceral, gera mudanças fisiológicas que promovem alterações lipídicas, colaborando para o quadro de dislipidemia, fator desencadeante das DCV¹⁷.

Sabe-se que a diabetes mellitus tipo 2, se associa ao aumento de morbimortalidade cardiovascular. Pessoas com DM tem a incidência de doença cardiovascular e acidente vascular isquêmico aumentada em duas vezes a quatro vezes e a mortalidade aumentada em 1,5 vez a 3,6 vezes. Também pode aumentar o risco de insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e complicações microvasculares²².

Os dados encontrados nesta pesquisa, também evidenciaram que 16,67% possuem artrose. A OMS estima que 10% da população mundial com idade maior que 60 anos sofrem de osteoartrose²³.

Doenças respiratórias crônicas (bronquite, asma e enfisema) foi relatada em 13,9% dos participantes. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) está presente em cerca de 10,1% da população, sendo mais comum em pessoas com mais de 50 anos de idade e está associada, principalmente, à exposição ao fumo, poluição, poeira e produtos químicos²⁴.

No que se refere ao tratamento farmacológico relatado pelos participantes, 41,67% (15) faz uso de mais de cinco medicações simultâneas, sendo classificados como polifarmácia, podendo ser interpretado como fatores predisponentes para complicações renais e eventos adversos²⁵.

Pessoas idosas, consomem mais medicamentos do que o restante da população, com média de cinco fármacos diferentes diariamente, podendo vir a comprometer sua função renal, uma vez que a maior parte dos medicamentos tem sua metabolização no fígado e com o envelhecimento a farmacocinética e a farmacodinâmica sofrem alterações. Ao mesmo tempo em que um medicamento pode trazer benefícios a um paciente, pode também prejudicar a sua saúde através das reações adversas, muitas vezes provocadas por interações medicamentosas²⁵.

Entende-se como capacidade funcional, a habilidade física e mental para manter a independência na execução de tarefas pelo indivíduo no seu cotidiano. Assim, a pessoa idosa é considerada como dependente quando precisa totalmente de outra pessoa para a realização da atividade; parcialmente dependente quando o auxílio é necessário para o desempenho da atividade; e independente quando a pessoa desenvolve a atividade sem nenhum auxílio²⁶.

Em razão da importância de se promover a saúde da pessoa idosa e considerando que a capacidade funcional é um fator determinante para um envelhecimento saudável e ativo, é importante conhecer os instrumentos de avaliação adequados para identificação das fragilidades e comprometimentos funcionais que predispõem a dependência e necessidade de institucionalização. A avaliação torna-se uma ferramenta que pode orientar e direcionar os profissionais de saúde que

atendem essa clientela em diversos locais como: domicílio, unidades de saúde, instituições de longa permanência e hospitais²¹.

A capacidade funcional para realizar as atividades básicas de vida diária (ABVD's) foi avaliada pelo Índice de Katz, sendo 94,44% (34) dos participantes independentes; 2,78% (1) possui dependência moderada para realização das atividades e 2,78% (1), foi considerado totalmente dependente para as ABVD's, conforme mostra tabela 3.

Tabela 3: Grau de dependência quanto às ABVD's, conforme o Índice de Katz (N=36). São Paulo, 2024.

Grau de dependência do Índice de Katz	N	%
Independente	34	94,44
Dependência moderada	1	2,78
Muito Dependente	1	2,78
Total	36	100

*Média 0,38/ $\pm 1,12$

Achados semelhantes a estes, foram encontrados em estudo sobre a capacidade funcional dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILPI), no qual, a maioria das pessoas idosas (54,2%) foi classificada como independente para as atividades básicas de vida diária. Tais resultados podem ser interpretados como o espelho do perfil conhecido atualmente como "Década do Envelhecimento Saudável"²⁷⁻²⁸.

Sobre o grau de dependência para realização das atividades de vida diária, as respostas foram dicotomizadas entre **sim** e **não** para cada item avaliado, sendo observado predomínio da resposta **sim**, indicando elevada capacidade funcional, em 94,44% (34) dos participantes em relação a tomar banho sem auxílio; 91,67% (33) se vestem sem auxílio; 97,22% (35) alimentam-se sem ajuda, utilizam o vaso sanitário e conseguem transferir-se sem auxílio; 80,56% (29) mantém autocontrole do intestino e da bexiga, conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4: Grau de dependência para atividades básicas de vida diária, conforme Índice de Katz (N=36). São Paulo, 2024.

Domínios do Índice de Katz	N	%
Banho: não recebe assistência ou somente recebe em uma parte do corpo.		
Sim (0 ponto)	34	94,44
Não (1 ponto)	02	5,56
Vestir-se: escolhe as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para calçar sapatos.		
Sim (0 ponto)	33	91,67
Não (1 ponto)	03	8,33
Higiene pessoal: vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio e usar comadre/urinol à noite).		
Sim (0 ponto)	35	97,22
Não (1 ponto)	01	2,78
Transferência: consegue deitar e levantar de uma cama ou sentar e levantar de uma cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador).		
Sim (0 ponto)	35	97,22
Não (1 ponto)	01	2,78
Continência: tem autocontrole do intestino e da bexiga (sem "acidentes ocasionais").		
Sim (0 ponto)	29	80,56
Não (1 ponto)	07	19,44
Alimentação: alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.		
Sim (0 ponto)	35	97,22
Não (1 ponto)	01	2,78
Total	36	100

O autocontrole da bexiga e intestino, foi o parâmetro que obteve menor frequência de respostas positivas (80,56%). Com o processo de envelhecimento, o trato urinário inferior apresenta alterações, que ocorre mesmo na ausência de doenças, pois a força de contração da musculatura detrusora, capacidade vesical e a habilidade de adiar a micção aparentemente diminuem em ambos os sexos. Entretanto, a pressão máxima de fechamento uretral, o comprimento uretral e as

células da musculatura estriada do esfíncter, alteram-se predominantemente nas mulheres, corroborando os achados desta pesquisa, quando a população feminina obteve maior participação²⁹.

Quanto a realização das atividades instrumentais de vida diária, a maioria dos participantes 69,44% (25) apresentou pontuação superior a 25 pontos na escala de Lawton e Brody, sendo classificados como independentes para AIVD's; 19,44% (7) possuem dependência leve e 11,12% (4) apresentam dependência moderada a grave. Os resultados estão apresentados na tabela 5.

Tabela 5: Grau de dependência quanto às atividades instrumentais de vida diária, conforme a Escala de Lawton e Brody (N=36). São Paulo, 2024.

Grau de dependência da Escala de Lawton e Brody	N	%
Escore 20 a 10 pontos: dependência total	04	11,12
Escore 21 a 25 pontos: dependência leve	07	19,44
Escore > 25 pontos: independente	25	69,44
Total	36	100,00

*Média 24,8; \pm 3,9

Em relação a pontuação obtida para cada um dos domínios da escala, 94,44% (34) cuidam das próprias finanças, 91,66% (33) utiliza o telefone e prepara as refeições sem auxílio, 91,67%; 86,11% (31) passam e lavam roupa sem ajuda; 83,33% (33) fazem as compras e arrumam a casa sem auxílio; 80,56% (29) tomam as medicações corretamente sem auxílio; 77,78% (28) conseguem utilizar o transporte sem ajuda; 75% (27) realizam trabalhos manuais e fazem pequenos reparos sem auxílio; Estes dados estão apresentados na tabela 6.

Tabela 6: Grau de dependência para as AIVD's, conforme Escala de Lawton e Brody (N=36). São Paulo, 2024.

Atividades da Escala de Lawton e Brody	Pontuação	N	%
O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?			
Sem ajuda	03	33	91,66
Com ajuda parcial	02	01	2,78
Não consegue	01	02	5,56
O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?			
Sem ajuda	03	28	77,78
Com ajuda parcial	02	01	2,78
Não consegue	01	07	19,44
O(a) Sr(a) consegue fazer compras?			
Sem ajuda	03	30	83,33
Com ajuda parcial	02	02	5,56
Não consegue	01	04	11,11
O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?			
Sem ajuda	03	33	91,67
Não consegue	01	03	8,33
O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?			
Sem ajuda	03	30	83,34
Com ajuda parcial	02	03	8,33
Sem ajuda	01	03	8,33
O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?			
Sem ajuda	03	27	75,00
Com ajuda parcial	02	02	5,56
Não consegue	01	07	19,44
O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?			
Sem ajuda	03	31	86,11
Com ajuda parcial	02	03	8,33
Não consegue	01	02	5,56
O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?			
Sem ajuda	03	29	80,55
Com ajuda parcial	02	05	13,89
Não consegue	01	02	5,56
O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?			
Sem ajuda	03	34	94,44
Com ajuda parcial	02	02	5,56
Total		36	100

Os menores escores obtidos para utilizar o transporte sem ajuda e realizar trabalhos manuais ou fazerem pequenos reparos sem auxílio, podem ser relacionados

às alterações fisiológica que compromete a realização de uma tarefa, pois envolve a integração de múltiplos sistemas fisiológicos, como o nervoso e o musculoesquelético que, geralmente, nos idosos longevos (> 80 anos) encontram-se em maior declínio. Dessa forma, o indivíduo evita ou limita suas atividades, aumentando a incapacidade gradualmente³⁰.

Manter a capacidade funcional preservada, representa para a saúde da pessoa idosa longeva, ter autonomia, liberdade para viver e desenvolver atividades que lhe proporcionem melhor qualidade de vida. Deste modo, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde pela possibilidade deste cuidar de si mesmo, executar as atividades de vida cotidiana, mesmo com comorbidades, limitação tanto física, mental ou social¹⁶.

6 CONCLUSÃO

O estudo conclui que se percebe um predomínio de mulheres, com idade média de 76,8 anos (9,44); viúvas, autodeclaradas brancas, com escolaridade entre cinco ou mais anos de estudo, com arranjo familiar onde a maioria mora com familiares. Quanto aos aspectos clínicos relacionados às DCNT's, o IMC, as medidas de circunferência da cintura, e o perfil glicêmico e lipídico, estão fortemente relacionados com as doenças crônicas autorreferidas.

As doenças cardiovasculares prevaleceram na maioria das pessoas idosas, sendo a hipertensão arterial encontrada predominantemente, seguida de dislipidemia, diabetes mellitus, artrose e doenças respiratórias evidenciadas na forma de bronquite/asma e enfisema pulmonar.

Na avaliação da capacidade funcional, o Índice de Katz identificou o grau de independência para a maioria das pessoas idosas. O autocontrole do intestino e bexiga, foi relatado em uma minoria dos entrevistados.

A Escala de Lawton e Brody destaca que a maioria das pessoas eram independentes para as AIVD's. Os itens com menor pontuação indicando algum tipo de dependência foi relacionado a utilizar o transporte e realizar trabalhos manuais e fazer pequenos reparos sem auxílio.

Considerando que a capacidade funcional declina com a idade, se faz necessário planejamento de ações que promovam melhora da saúde e bem-estar, controle de doenças crônicas não transmissíveis, além da reabilitação da capacidade funcional pélvica em relação ao controle dos esfíncteres e medidas sociais que favoreçam o suporte para realização de atividades instrumentais como as descritas neste estudo.

REFERÊNCIAS

- 1 Alves JED. EcoDebate [Internet]. [local desconhecido]; 2023 [citado 2024 mai 07]. Os 100 anos da Previdência e o envelhecimento populacional no Brasil; [cerca de 3 telas]. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2023/02/01/os-100-anos-da-previdencia-e-o-envelhecimento-populacional-no-brasil/#:~:text=Em%202023%2C%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira,representando%2015%25%20do%20total.>
- 2 Leite MT, Dal Pai S, Quintana JM, Costa MC. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. R Pesq Cuid Fundam. 2015; 7(2): 2263- 76.
- 3 Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(8): 2489-2498.
- 4 Figueiredo ALB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. Ciência & Saúde Coletiva. 2021; 26(1):77- 88.
- 5 Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. Acta paul Enferm. 2009; 22(1):49-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100008>.
- 6 Paranhos DGAM, Albuquerque A, Garrafa V. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. Saúde soc. 2017; 26(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170187>.
- 7 Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(3):e00101417.

8 Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(8):3317-3325.

9 Alves LC *et al*. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(8):1924-1930.

10 Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(2):317-2.

11 Nunes JD *et al*. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017; 26(2):295-304.

12 Cabral U. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. [local desconhecido]; 2023 [citado 2024 ago 31]. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021; [cerca de 16 telas]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>.

13 Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*. 2015; 14(1):115-131. DOI: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.19830>.

14 Sobrinho LCSL, Mendes ALAC, Lima AAMR, Vieira FC, Mendes MSOC. Envelhecimento populacional e feminização da velhice no contexto da atenção à saúde do idoso no Brasil. *Brazilian Journal of Health Review*. 2024; 7(2): 01-13.

15 Jesus FA, Aguiar ACSA, Santos ALS, Meneses KF, Santos JLP. Convivendo e relacionando com a pessoa idosa no domicílio: percepção de familiares. **Rev enferm**

UFPE on line. (Recife) [Internet].2017 out. [citado 2024 ago 31]; 11(Supl 10):4143-49. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231176/25149>.

16 Lourenço TM, Lenardt, MH, Kletemberg DF, Seima MD, Tallmann AEC, Neu DKM. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(2):176-185.

17 Loureiro NSL, Amaral TLM, Amaral CA, Monteiro GTR, Vasconcellos MTL, Bortolini MJS. Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doença cardiovascular em adultos e idosos de Rio Branco, Acre. Rev Saude Publica. 2020; 54:24.

18 Massa KHC, Duarte YAO, Filho ADPC. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. Ciência & Saúde Coletiva. 2019; 24(1):105–114. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>

19 Miranda RDM, Perrotti TC, Bellinazzi VR, Nóbrega TM, Cendoroglo MS, Neto JT. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. Rev Bras Hipertens. 2002; 9(3): 293-300.

20 Póvoa FF. Hipertensão como fato de risco cardiovascular. Rev Bras Hipertens. 2018; 25(1): 18-22.

21 Santos GCM, Mendes ALR, Santos IN, Braga ACC, Ribeiro MO, Neves SMV. Avaliação da capacidade funcional do idoso. Revista de Casos e Consultoria. 2021; 12(1): 01-21.

22 Izar MCO, Fonseca FAH, Faludi AA, Araújo DB. Manejo do risco cardiovascular: dislipidemia. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. DOI: 10.29327/557753.2022-19.

23 Andrade RC. **Qualidade de vida em idosos com osteoartrose de joelhos: uma revisão de literatura** [Monografia na internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011. [citado 2024 ago 31]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/43588/1/TCC%20RAFAEL%20COELHO%20ANDRADE.pdf>.

24 Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) [Internet]. [local desconhecido]; 2021 [citado 2024 ago 31]. Mês de atenção à DPOC: uma das doenças pulmonares mais prevalentes em adultos; [cerca de 8 telas]. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/dia-mundial-dpoc-2021/>.

25 Oliveira LMZ, Pinto RR. A utilização da polifarmácia entre idosos e seus riscos. *Brazilian Journal of Development*. 2021; 7(11): 104763-104770.

26 Pinto AH, Lange C, Pastore CA, Llano PMP, Castro DP, Santos F. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(11): 3545-3555.

27 Dias FSS, Lima CCM, Queiroz PSF, Fernandes TF. Avaliação da capacidade funcional dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. (São Paulo) [Internet]. 2021. [citado 2024 ago 31]; 13(2): 01-08. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6361>.

28 Organização Pan-Americana da Saúde. A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos como ferramenta para promover a década do envelhecimento saudável [Internet]. Washington: OPAS; 2023 [citado 31 ago 2024]. 26 p. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57780/9789275726945_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Leite MT, Dal Pai S, Quintana JM, Costa MC. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. R Pesq Cuid Fundam. 2015; 7(2): 2263- 76.

29 Reis RB, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Jr ST, Suaid, HJ. Incontinência urinária no idoso. Acta Cirúrgica Brasileira. 2003; 18(Supl 5): 47-51.

30 Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Júnior WMRJ, Rocha SV, Brito TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. Acta Paul Enferm. 2012; 25(6):933-9.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) participante,

O senhor está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem como título: "Perfil e capacidade funcional de pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em situação de vulnerabilidade social", que tem como objetivos: Identificar os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de idosos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); Verificar a capacidade funcional para atividades da vida diária dos idosos. Descrever a qualidade de vida dos idosos atendidos no Centro Social. Este estudo será desenvolvido por graduandos do curso de Enfermagem no Centro Universitário São Camilo, orientadas pela Profª Dra. Acácia Devezas. Dessa forma, pedimos sua autorização para aplicar um questionário com informações sociodemográfica (por exemplo idade, sexo, estado civil etc.) e dos aspectos clínicos (hipertensão, diabetes, doenças respiratórias entre outras). O senhor gastará aproximadamente 15 minutos do seu tempo para responder os questionários. Informamos que os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em eventos ou publicados em revistas científicas, sem a sua identificação; informamos que será mantido sob todos os aspectos, o sigilo das informações contidas no questionário. A conclusão desta pesquisa está prevista para dezembro de 2024. Como benefícios diretos, entende-se que será possível identificar os fatores que contribuem para avaliar a qualidade de vida e capacidade funcional, a fim de auxiliar na realização das atividades cotidianas.

Considera-se um risco mínimo da perda de anonimato dos dados, que será respeitado pela identificação dos participantes da pesquisa por meio de números, garantindo o anonimato. Igualmente como risco mínimo é possível que você apresente cansaço ou aborrecimento ao responder o instrumento de coleta de dados, de modo que há a possibilidade de abandonar ou postergar o seu preenchimento. Enfatizamos que você tem plena liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa e, ao iniciar o questionário, direito de não responder a qualquer pergunta do estudo, sem necessidade de explicação, justificativa para tal e sem penalização alguma, porém caso não responda a uma pergunta considerada obrigatória, não será possível considerar os seus dados para o estudo. Sua participação no estudo é totalmente voluntária, podendo deixá-lo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. O estudo é livre de gastos pessoais em qualquer fase do estudo, assim como alguma forma de pagamento em razão da sua participação. Assim como também é garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Asseguramos que você terá o direito de conhecer os resultados da pesquisa em qualquer momento, mesmo antes do seu término.

Caso aceite participar, receberá uma via impressa deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados serão registrados e armazenados em um local exclusivo para esse fim e de acesso restrito à pesquisadora e membros da equipe da pesquisa, por um período de cinco anos. Desde já agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para quaisquer dúvidas durante todas as etapas da pesquisa. Seguem nossos dados para contato: (11) 996226601, Email: acacia.oliveria@prof.saocamilo-sp.br. Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo: Rua Raul Pompéia, 144 Pompéia - São Paulo - SP CEP: 05025-010 Tel: (11) 3465-2654 E-mail: coep@saocamilo-sp.br. Assim, após a leitura deste termo, se compreendeu, está esclarecido (a) e concorda em participar, por favor, dê o seu consentimento marcando um em "CONCORDO PARTICIPAR DESTA PESQUISA"; ou se não quer participar, basta assinalar em "NÃO CONCORDO"

CONCORDO EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA

NÃO CONCORDO

Data e Assinatura do Participante

data e assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - Formulário para caracterização dos participantes, contendo as variáveis sociodemográficas, clínicas, antropométricas, fisiológicas e bioquímicas

Nº DE REGISTRO NO CENTRO SOCIAL:
1.DADOS DEMOGRAFICOS
Idade: _____ anos
Sexo: () FEM () MASC () não especificado Raça: _____
Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () União estável
Nível de escolaridade: () Sem escolaridade () 1-4 anos de estudo () 5 anos ou mais
Arranjo familiar: () Mora sozinho () Mora com familiares
2. DADOS ANTROPOMÉTRICOS:
Circunferência da cintura: _____ cm;
Medida do quadril _____ cm; IMC _____ Kg/m ²
3.ASPECTOS CLINICOS:
Sinais vitais: PA _____ Pulso _____ FR _____ Temp. _____ Dor no momento da consulta () Não () Sim
3.1 DOENÇAS CRONICAS RESPIRATÓRIAS:
() ENFISEMA () BRONQUITE () ASMA () OUTRAS _____
3.2 DOENÇAS CARDIOVASCULARES:
() HAS () Dislipidemia () Insuficiência cardíaca () SCA () DAOP () Outras
3.3 DOENÇAS ENDOCRINAS: () DM Outras _____
3.4 DOENÇAS OSTEOMUSCULARES: () artrite reumatóide () artrose
4. Exames laboratoriais (resultados):
Glicemia de jejum _____ hemoglobina glicada _____
LDL: _____ HDL: _____
Outras informações:

ANEXOS

ANEXO A – Índice de Katz

Quadro 1. Índice de Katz - Escala de Atividade de Vida Diária

Atividade	Independente	SIM	NÃO
1. Banho	Não recebe assistência ou somente recebe em uma parte do corpo.	()	()
2. Vestir-se	Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para calçar sapatos.	()	()
3. Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio e usar comadre/urinol à noite).	()	()
4. Transferência	Consegue deitar e levantar de uma cama ou sentar e levantar de uma cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador).	()	()
5. Continência	Tem autocontrole do intestino e da bexiga (sem "acidentes ocasionais").	()	()
6. Alimentação	Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	()	()

FONTE: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 613, 2002

ANEXO B – Escala de Lawton

Atividade	Pontuação
1.Capacidade para usar o telefone	
É capaz de utilizar o telefone por iniciativa própria	3
É capaz de responder as ligações, porém, necessita de ajuda ou aparelho especial para discar	2
Completamente incapaz para uso do telefone	1
2.Compras	
É capaz de realizar todas as compras necessárias sem ajuda ou supervisão	3
Necessita de supervisão para fazer compras	2
Completamente incapaz de fazer compras, mesmo com supervisão	1
3. Preparar refeições	
É capaz de preparar refeições sem ajuda ou supervisão	3
É capaz de preparar refeições com supervisão ou ajuda parcial	2
É incapaz de preparar refeições	1
4. Tarefas domésticas	
É capaz de realizar todo o trabalho sem ajuda ou supervisão	3
É capaz de realizar apenas o trabalho doméstico leve ou necessita de ajuda ou supervisão	2
Incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico	1
5. Lavar roupas	
É capaz de lavar toda sua roupa sem ajuda ou supervisão	3
É capaz de lavar apenas peças pequenas ou necessita de ajuda ou supervisão	2
Incapaz de lavar qualquer peça de roupa	1
6. Meio de transporte	
É capaz de dirigir carros ou viajar sozinho de ônibus, trem, metrô e táxi	3
Necessita de ajuda e/ou supervisão quando viaja de ônibus, trem, metrô e táxi	2
Incapaz de utilizar qualquer meio de transporte	1
7. Manuseio de medicação	
É capaz de tomar toda e qualquer medicação na hora e doses corretas sem supervisão	3
Necessita de lembretes e de supervisão para tomar a medicação nos horários e doses corretas	2
É incapaz de tomar a medicação	1
8.Manuseio de dinheiro	
É capaz de administrar seus assuntos econômicos, pagar contas, manusear dinheiro, preencher cheques	3
É capaz de administrar seus assuntos econômicos, porém necessita de ajuda com cheques e pagamentos de contas	2
Incapaz de lidar com dinheiro	1
Total de pontos	

Interpretação: 9 pontos – totalmente dependente; 10 a 15 pontos – dependência grave; 16 a 20 pontos – dependência moderada; 21 a 25 pontos – dependência leve; 25 a 27 pontos – independente. Fonte: Lawton e Brody, 1969; Lawton, 1971