



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

ADRIANA SANCHES FLORES

Estudo sobre a estrutura do Índice de Vulnerabilidade dos Idosos assistidos
na Atenção Básica de Bonito, MS.

DOURADOS- MS

2013

ADRIANA SANCHES FLORES

Estudo sobre a estrutura do Índice de Vulnerabilidade dos Idosos assistidos
na Atenção Básica de Bonito, MS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^a Dra Marcia Regina Martins Alvarenga.

DOURADOS- MS

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Flores, Adriana Sanches.

Estudo sobre a estrutura do Índice de vulnerabilidade dos idosos assistidos na Atenção Básica de Bonito, MS/ - Dourados, MS: UEMS, 2013.

Orientador: Márcia Regina Martins Alvarenga.

f. :

Monografia (Enfermagem) - Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2013.

1.Saúde do idoso 2. Vulnerabilidade em saúde 3. Reprodutibilidade dos testes.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Adriana Sanches Flores

Estudo sobre a estrutura do Índice de vulnerabilidade dos idosos assistidos na Atenção
Básica de Bonito, MS.

Graduação em Enfermagem da
Universidade Estadual de Mato Grosso
do Sul como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovada em 25/10/2013.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Fernanda Amendola

Prof. Dr. Odival Faccenda

Profa. Dra. Márcia Regina Martins Alvarenga

Dedicatória:

Sobretudo a Deus, que nas horas em que eu achava que não tinha mais forças para continuar em frente Ele me levantou. Por me amparar em momentos de solidão, dificuldades e de desespero. Enfim, por me fazer forte a realizar meu sonho.

A minha mãe, meu anjo Zulmira Sanches Flores, pela sua garra e perseverança, que mesmo nas dificuldades impostas pela vida ela não desistiu de me apoiar e fazer de tudo para realizar NOSSO sonho.

In memoriam a minha bisavó, Zulmira Martins Flores.

Ao meu pai, José Vieira Flores que me apoiou e me ajudou a realizar meu sonho.

A Adrielli Sanches Flores, minha grande irmã, que não mediu esforços para me animar nos momentos de tristeza e saudade da família.

Aos meus amigos de faculdade por todo carinho, incentivo e momentos de descontração. Em especial a minha grande amiga e irmã Ana Carolina Gonçalves Radaelli, e seus pais Ana Cristina Gonçalves Radaelli e Eugênio Carlos Radaelli por sempre estarem perto de mim nas horas em que mais precisei, enfim pela grande amizade que construímos.

Ao Vinnicius Xavier, pelo o apoio e incentivo nessa etapa final.

E aos meus bichinhos de estimação, Funguinho e Pedro, sem eles não seria tão divertido.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço à Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul – UEMS – pela satisfação de fazer parte do seu quadro de discentes, pelo o apoio e incentivo e por todo o conhecimento proporcionado durante esses quatro anos de graduação.

À FUNDECT e ao CNPq pelo incentivo à pesquisa e pela concessão da bolsa de iniciação científica, enfim pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

À Secretária de Saúde de Bonito- MS por permitir que minha pesquisa fosse realizada na cidade o qual contribuiu muito com o desenvolvimento desse trabalho.

A minha orientadora Profa. Dra. Marcia Regina Martins Alvarenga por não medir esforços para me auxiliar na construção desse trabalho, pelo tempo disponibilizado para me orientar mesmo nos seus finais de semana. Enfim, por dividir suas experiências e conhecimentos para a concretização desse trabalho. Só tenho a agradecer a senhora por ser tão especial. Obrigada.

Ao Prof Dr Odival Faccenda, pela sua indispensável contribuição nesse trabalho. Por demonstrar interesse no mesmo e por sanar todas as minhas dúvidas, dividindo comigo uma pequena parte do seu conhecimento. Obrigada

Ao Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso - GPENSI pela contribuição no presente trabalho.

A prof^a Ms^a Ana Marran, prof^a Ms^a Márcia Maria Ribeiro Lopes e a Prof^a Ms^a Simone Vidmantas, que em distintas fases da minha graduação cada uma fez a diferença, contribuíram em minha formação e na minha vida. Seguirei o exemplo de vocês como profissional e grandes mulheres. Obrigada.

À minha família que sempre me apoiou a seguir em frente e a não desistir, por entender minha ausência em datas importantes, por não me deixar desistir dessa jornada em momentos de desespero e medo. Por estar sempre ao meu lado. A vocês minha eterna gratidão e agradecimento.

Aos meus verdadeiros e amados amigos Ana Carolina Radaelli, Claucia Aiolfi, Silvia Maria Jacques, Renata Procópio pelo o apoio, pelos momentos de descontração, pelos momentos de lágrimas e conversas. Por todas, que de alguma maneira me incentivaram e acreditaram no meu potencial. Obrigada meninas por tudo.

A cada paciente das aulas práticas ou dos estágios que permitiram o aperfeiçoamento dos meus conhecimentos em enfermagem atendendo-os. Tenho que agradecer a cada um desses, pelos sorrisos, conversas e por confiarem em mim. Obrigada.

Agradeço a cada idoso, na cidade de Bonito, que contribuiu com a presente pesquisa, abrindo a porta de seus lares com carinho e educação. Obrigada

Agradeço também aos profissionais (Docentes, Enfermeiros, técnicos de enfermagem) que fizeram parte da minha formação. Que contribuíram para o meu conhecimento.

Agradeço Elthon Bocchi Correa e Ana Leopoldina Martins que nem me conheciam, me ajudaram muito no início da minha graduação. Agradeço de coração a hospitalidade e o carinho. Obrigada

Agradeço a cada pessoa que viveu comigo nessa fase da graduação. A cada pessoa que presenciou meus medos, meus esforços, meu crescimento e amadurecimento pessoal e profissional e que de alguma maneira me incentivou e contribuiu para minha formação.

Enfim, a cada pessoa que fez diferença na minha vida. A todos vocês meu eterno agradecimento.

Saber Viver

Não sei... Se a vida é curta

ou longa demais pra nós,

Mas sei que nada do que vivemos

Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:

Colo que acolhe,

Braço que envolve,

Palavra que conforta,

Silêncio que respeita,

Alegria que contagia,

Lágrima que corre,

Olhar que acaricia,

Desejo que sacia,

Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,

É o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela

Não seja nem curta,

Nem longa demais,

Mas que seja intensa,

Verdadeira, pura... Enquanto durar.

Cora Coralina.

RESUMO

Este estudo teve como objetivos identificar o perfil dos idosos assistidos pela Estratégia da Saúde da Família de Bonito, MS, verificar a estrutura do Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso (IVI) originalmente desenvolvido em Dourados, MS, comparar a estrutura do IVI entre Dourados e Bonito, Mato Grosso do Sul (MS) e identificar a vulnerabilidade do idoso por meio da sinalização. Trata-se de uma Pesquisa descritiva transversal, com amostra aleatória constituída por 100 idosos assistidos nas UBSF de Bonito/MS. As variáveis que compõem o índice foram as sociodemográficas; condições de saúde; autoavaliação de saúde; risco nutricional através do Nutrition Screening Initiative, déficit cognitivo pelo Mini Exame do Estado Mental, sintomas depressivos através da Escala de Depressão Geriátrica, grau de dependência pela Medida de Independência Funcional, rede de suporte social descrita pelo Mapa Mínimo de Relações do Idoso e a complexidade da farmacoterapia por meio do Índice da Complexidade da Farmacoterapia (ICFT). Procedeu-se a Análise Fatorial Exploratória e o método de rotação ortogonal *Varimax* para analisar a validade estrutural do Índice de Vulnerabilidade do Idoso. Atribuiu-se valor aos fatores por meio da média aritmética simples. Calculou-se o coeficiente de Alpha de Cronbach para as escalas para a determinação da confiabilidade. Como resultados destaca-se o predomínio do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 69 anos, escolaridade entre 1 a 4 anos. Moram acompanhados, 82% recebem aposentadorias e 62% com até um salário mínimo de renda *per capita*. Em relação às condições de saúde, 50% consideraram sua saúde como muito boa ou boa. No último ano, 26% relataram episódio de queda. Foram encontrados 42% dos idosos com alto risco nutricional, 94% independentes, 63% com déficit cognitivo e 57% com sintomas leves de depressão. Juntos, os cinco fatores do *constructo* da Vulnerabilidade do Idoso obtidos durante o processo da análise fatorial explicam quase 65% da variância total dos dados. Com relação ao coeficiente de confiabilidade Alpha de Cronbach, os três últimos fatores, que medem a condição pessoal, cognição e condição social do idoso, ficaram abaixo do mínimo preconizado (0,6). Por outro lado, observando o resultado da correlação item-fator verificou-se que seus resultados ficaram acima do mínimo preconizado (0,5). Foi possível identificar que as estruturas dos instrumentos aplicados em Dourados e em Bonito se correlacionam e a estrutura do IVI se manteve, exceto no fator 05 que em Bonito incluiu a depressão. Em relação à sinalização indicando a vulnerabilidade dos idosos, em Bonito a maior vulnerabilidade foi à rede social e de contato. Portanto o IVI foi validado e tem confiabilidade atestada para sinalizar aspectos da vulnerabilidade da pessoa idosa no contexto da saúde considerando as dimensões funcionais, psicológicas e sociais.

Palavras-Chave:

Saúde do idoso; Vulnerabilidade em saúde; reprodutibilidade dos testes.

ABSTRACT

This study aimed to identify the profile of the elderly assisted by the Family Health Strategy Bonito, MS, check the structure of the Social Vulnerability Index and the elderly (IVI) originally developed in Golden, MS, to compare the structure of the IVI between Golden and Bonito, Mato Grosso do Sul (MS) and identify the vulnerability of the elderly through signaling. This is a transversal descriptive study with a random sample of 100 elderly in assisted UBSF Bonito / MS. The variables that make up the index were the sociodemographic, health status, self-assessed health, nutritional risk by the Nutrition Screening Initiative, cognitive impairment using the Mini Mental State Examination, depressive symptoms by the Geriatric Depression Scale, the degree of dependence measure Functional independence, social support described by Map Minimum Relations Aging and the complexity of pharmacotherapy through the Complexity of pharmacotherapy (PCI) Index. The authors conducted Exploratory Factor Analysis and Varimax orthogonal rotation method to analyze the structural validity of the Vulnerability Index for the Elderly. Value was attributed to factors through the simple arithmetic average. We calculated the Cronbach's alpha coefficient for the scales to determine the reliability. The results highlight the predominance of females in the age group 60-69 years schooling between 1-4 years. Living together, 82 % receive pensions and 62 % with up to a minimum wage of per capita income. In relation to health conditions, 50 % considered their health as very good or good. Last year, 26 % reported a fall. 42 % of seniors with high nutritional risk, 94 % independent, 63 % with cognitive impairment and 57 % with mild symptoms of depression were found. Together the five factors of the construct of the Vulnerability of the Elderly obtained during the process of factor analysis explain almost 65 % of the total variance. Regarding the reliability coefficient Cronbach Alpha, the last three factors, which measure the personal condition, cognition and social condition of the elderly, were below the recommended minimum (0.6). On the other hand, observing the correlation result item-factor was found that the results were above the recommended minimum (0.5). It was possible to identify the structures of the instruments invested in Gold and Beautiful correlate the structure of the IVI remained, except that the factor 05 in Bonito included depression. Regarding signage indicating the vulnerability of the elderly in Bonito was the largest vulnerability to social networking and contact. Therefore IVI reliability has been validated and attested to signal aspects of the vulnerability of the elderly in the context of considering the functional health, psychological and social dimensions.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos idosos assistidos nas ESF segundo os dados sociodemográficos e econômicos. Bonito, MS. 2013.	15
Tabela 2 - Distribuição dos idosos assistidos nas ESF segundo as condições de saúde. Bonito, MS. 2013.	17
Tabela 3 - Distribuição dos idosos assistidos nas ESF segundo avaliação do risco nutricional, capacidade para o autocuidado, cognição, sintomas depressivos, complexidade da farmacoterapia, tamanho da rede e do suporte social. Bonito, MS. 2013.	19
Tabela 4 - Variáveis consideradas para determinar o Índice de Vulnerabilidade do Idoso. Bonito, MS. 2013.	22
Tabela 5 - Síntese do resultado da Análise Fatorial Exploratória. Bonito, MS. 2013.	23
Tabela 6 - Matriz de análise fatorial de componentes rotacionadas por varimax referente ao constructo motivação para o estudo. Bonito, MS. 2013.	25
Tabela 7 - Distribuição do número de idosos da amostra por sinalização em cada fator. Bonito, MS. 2013.	26
Tabela 8 - Comparação das matrizes de análise fatorial de componentes rotacionadas por varimax referente ao constructo motivação para o estudo, de Dourados e Bonito, MS.	28
Tabela 9 - Comparação entre Bonito e Dourados, MS quanto aos fatores sinalizados	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Atributos vinculados à vulnerabilidade da pessoa idosa.

7

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de localização da Serra da Bodoquena no Estado do Mato Grosso do Sul. **33**

SUMÁRIO

Dedicatória	
Agradecimentos	
Resumo	
Abstract	
Lista de tabelas	
Lista de quadros	
Lista de figuras	
1. Introdução.....	16
2 Revisão de literatura.....	17
2.1 Envelhecimento populacional.....	17
2.2 Vulnerabilidade.....	18
2.2.1 Vulnerabilidade na Terceira Idade.....	20
2.3 Índices e Indicadores de Saúde.....	24
2.4 Processo de validade e confiabilidade.....	26
3 Objetivos.....	31
3.1 Objetivo Geral.....	31
3.2 Objetivos Específicos.....	31
4 Material e Método.....	32
4.1 Tipo de pesquisa.....	32
4.2 Local de estudo.....	32
4.4 População e amostra.....	34
4.5 Etapas do trabalho.....	34
4.6 Variáveis do Estudo.....	35
4.7 Aspectos éticos.....	38
4.9 Procedimentos de Confiabilidade e Validade.....	39
5. Resultados.....	41
5.1 Perfil dos idosos.....	41
5.2 Variáveis consideradas para determinar Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso.....	45
5.3 Matriz de análise fatorial de componentes rotacionadas por varimax referente ao constructo motivação para o estudo.....	48
5.4 Tabela comparativa das matrizes de análise fatorial de componentes rotacionadas por varimax referente ao constructo motivação para o estudo de Dourados e Bonito- MS.....	52

5.5 Distribuição do número de idosos da amostra sinalização em cada fator.....	54
5.6 Comparação entre Bonito e Dourados quanto aos fatores sinalizados.....	56
6 Discussão	58
6.1 Perfil sociodemográfico e econômico dos idosos	58
6.2 Perfil de saúde e capacidade funcional.....	61
6.3 Suporte social e a vulnerabilidade do idoso	66
6.4 Validação e confiabilidade da estrutura do Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do idoso	67
6.5 Comparação entre os dados obtidos em Bonito e Dourados.	70
6 Conclusão	72
7 Referências	73
Anexos.....	82

1. Introdução

A presente pesquisa avançou nas investigações que vem sendo realizadas pelo Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso – GPENSI sobre as condições de vida e saúde do idoso. Teve por finalidade estimar a confiabilidade e a validade da estrutura do Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso (IVI) proposto no estudo realizado em Dourados em 2011 com nova amostra de idosos assistidos pelas Estratégias da Saúde da Família em Bonito, MS.

Estudos têm sido realizados em Dourados, MS com a finalidade de monitorar as condições de saúde dos idosos, bem como de criar ferramentas que possibilitam identificar a situação de vulnerabilidade, no âmbito individual e social deste grupo etário. Por meio dessas investigações foi permitido identificar as necessidades sociais e de saúde relacionadas à condição de vida, acesso aos serviços sociais e de saúde e os diferentes graus de autonomia possibilitando inferir sobre situações de vulnerabilidade a que estavam sujeitos esses idosos ao levar em conta as chances de exposição ao adoecimento e relacionando aspectos coletivos e contextuais (ALVARENGA *et al*, 2011).

Os resultados obtidos pelo GPENSI propõem a criação de um Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso (IVI) composto por 13 variáveis, a saber: faixa etária, escolaridade, renda *per capita*, condições de moradia, rede de contato social, rede de tipo de suporte social, autoavaliação de saúde, número de diagnósticos médicos, risco nutricional, dependência para autocuidado, estado cognitivo, sintomas depressivos e complexidade da farmacoterapia (ALVARENGA *et al*, 2011). Após a análise fatorial exploratória (AFE) as variáveis foram agrupadas em cinco domínios: condição de saúde (número de diagnósticos médicos, autoavaliação de saúde, risco nutricional e complexidade da farmacoterapia); rede de contatos (número e frequência dos contatos sociais e tipo de suporte social recebido); cognição e autocuidado (estado cognitivo e dependência para o autocuidado); condição pessoal (faixa etária e escolaridade); e condição social (condições de moradia e renda *per capita*).

2 Revisão de literatura

2.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional trata-se da mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade. No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso, as pessoas com 60 anos e mais são consideradas idosas (BRASIL, 2006).

O perfil demográfico brasileiro caminha cada vez mais para o perfil envelhecido, o que implicara em adequações no sistema de saúde. A partir desse aumento da expectativa de vida, observam-se os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional no país, que resultam em alterações nos padrões de ocorrência das enfermidades (BRASIL, 2007).

Entende-se por transição epidemiológica a mudança do perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas, ou seja, mudanças que ocorrem no tempo e ocorrem em conjunto com outras transformações como demográficas, sociais e econômicas (SCHRAMM et al, 2004).

Contudo o aumento das doenças crônicas que se expressam de maneira avançada na terceira idade está associado a processos incapacitantes como déficit cognitivo e sintomas depressivos afetando a funcionalidade dessas pessoas, ou seja, que dificultam ou impedem o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente, comprometendo significativamente a qualidade de vida dos idosos. Além desses fatores, a baixa renda *per capita* e a pouca escolaridade também afetam a autonomia e a independência dessa população (BRASIL, 2007).

No ano de 2006, a Organização Mundial da Saúde, divulgou um documento no qual alerta para as implicações que a transformação demográfica pode causar para a saúde pública mundial. Nesse sentido, os sistemas primários de atenção devem focar aos cuidados primários de saúde da comunidade, preocupando-se com a prevenção desses problemas crônicos (OMS, 2006).

Contudo um mapeamento produzido pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD indica que algumas políticas públicas mostraram-se eficazes para a

melhora da saúde da população idosa, tanto pelo maior acesso aos bens e serviços como pelos ganhos de produtividade e de renda (VERAS, 2007).

Portanto as mudanças físicas, biológicas e sociais associadas à idade cronológica avançada determinam maior suscetibilidade à ação de doenças, crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de morte dessa população (BRASIL, 2006).

2.2 Vulnerabilidade

Pode-se dizer que vulnerabilidade traduz uma ideia inovadora com um sentido formal, substantivo, próprio a todo ser humano. Na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 a preocupação da vulnerabilidade humana é considerada essencial e universal, além disso, tida como uma obrigatoriedade do respeito humano, bem como pela integridade pessoal (ALMEIDA, 2010).

Logo, vulnerabilidade refere-se a um grupo de pessoas momentaneamente incapazes de exercer sua liberdade por uma contingência física ou como consequência de seu percurso de vida, como a um grupo também incapaz. Pode assim, ser um qualificador de pessoas ou grupos ou uma condição humana, universal, irreduzível e inalienável. Como princípio, abarca ambos os sentidos, sendo acrescido de uma obrigação moral como um dever a ser cumprido Assistir a pessoa vulnerável significa assegurar-lhe proteção de vida para além da proteção de sua integridade moral, dignidade humana e autonomia (MAIA, 2011, p. 32).

O conceito de vulnerabilidade segundo Nichiata et al (2008) pode ser aplicado no sentido de desastre e perigo. Derivado do latim, *vulnerare* quer dizer “provocar um dano, uma injúria”. Além disso, pode ser definido como susceptibilidade de ser ferido, atacado, prejudicado, derrotado ou ofendido. Contudo a construção e a utilização do conceito de vulnerabilidade dentro do contexto da saúde estão relacionadas à tentativa de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco (MAIA, 2011; GIRONDI et al, 2010).

O Risco trata-se de um conhecimento analítico e probabilístico e a vulnerabilidade leva a um conhecimento sintético de plausibilidade. Sabe-se que a vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer. As conquistas decorrentes da aplicação do conceito de risco às práticas de saúde pública foram associadas à sua capacidade preditiva e de controle ou à eliminação

dos fatores associados ao mesmo, buscando reduzir a probabilidade de ocorrência de agravos e danos (AYRES et al, 2003 apud MAIA 2011).

Para muitos a vulnerabilidade pode ser definida e entendida como conceito dinâmico, multidimensional, polissêmico, transdisciplinar e qualitativo, amplamente utilizado em diferentes áreas do conhecimento. E que abrange diferentes níveis de complexidade e finalmente com abordagens integradas (GIRONDI et al, 2010).

Também pode ser definida como o estado de indivíduos ou grupos que, por algum motivo, têm sua capacidade de autodeterminação restringida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força além de outros atributos (RODRIGUES E NERI, 2012).

Assim a redução da autonomia e vulnerabilidade pode ou não estar associados, pois a perda de autonomia pode ser reversível e indivíduos vulneráveis poderão ser autônomos. Segundo Almeida (2010), a autonomia é encarada como um conceito ético e individual, toda a via a vulnerabilidade pode ser encarada num sentido adjuvante, pressupondo estabelecimento de relações desiguais entre indivíduos ou grupos. Sendo relações estabelecidas por razões sociais, culturais, educacionais, econômicas e/ou sanitárias, o qual o envelhecimento tem um sentido mais substantivo por ser próprio a todos os seres humanos (ALMEIDA, 2010).

Segundo Almeida (2010) a expressão de autonomia inspira-se na questão de que uma pessoa maior de idade é autônoma, ou seja, capaz de decidir livremente sobre sua vida e como consequência, suportar as decorrências de suas decisões. Portanto deve-se haver o respeito pela a autonomia do sujeito, e no que concerne à velhice, está deve ser uma fase de valorização, proveniente da experiência de vida.

No entanto o caráter relacional confere à vulnerabilidade uma responsabilidade bilateral. Conceito usado na década de 90 na área da saúde relacionado com estudos sobre AIDS, sendo considerado um marco no estudo da vulnerabilidade. Nesse sentido, o tal conceito pode ser aplicável ao envelhecimento devido sua importância e multidimensionalidade em intervenções dinâmicas. Portanto a vulnerabilidade além de ser um constructo conceitual, também envolve os planos biológico/individual, social e programático/ institucional (AYRES et al, 2006).

A vulnerabilidade individual refere-se ao grau e a qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, além da capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu cotidiano (AYRES et al, 2006). Em outras palavras e no contexto da terceira idade, são determinadas por condições cognitivas como acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção, condições comportamentais e condições sociais definidos por acesso a recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção (AMENDOLA, 2012).

A vulnerabilidade social atribui-se a forma de se obter informações e de como o acesso aos meios de comunicação, nível de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas podem influenciar na formação do indivíduo (AYRES et al, 2003 apud CAMPOS et al, 2006). Neste contexto a vulnerabilidade social, pode ser entendida como o bem-estar social, que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, não interferindo com a tomada de decisão do indivíduo (CAMPOS et al, 2006).

Por fim, na dimensão programática da vulnerabilidade, está associada à existência de políticas e ações organizadas para o enfrentamento do problema, ou seja, denota a utilização de recursos sociais que as pessoas necessitam para não se expor aos agravos de longa duração. Tal vulnerabilidade refere-se ao problema associado ao grau de alerta e como os indivíduos se organizam para enfrentá-los (PAZ et al, 2005).

2.2.1 Vulnerabilidade na Terceira Idade

Sabe-se que o envelhecimento da população vem associado a transformações, como mudança no perfil demográfico e epidemiológico, logo agregadas a aumento dos custos diretos e indiretos para o sistema de saúde brasileiro. Nesse contexto, o processo de envelhecimento pode proporcionar reflexões do ponto de vista da saúde e da educação sobre aspectos circunscritos à vulnerabilidade que influenciam o viver com qualidade de vida (PAZ et al, 2005).

Contudo na perspectiva da terceira idade, a vulnerabilidade indica a exposição a agravos de saúde resultantes de aspectos individuais e de contextos ou condições

coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento. Sendo na velhice os determinantes do aumento da vulnerabilidade como a prevalência de incapacidade funcional, de déficit cognitivo, de doenças crônicas e de sintomas depressivos dentre esses as pessoas mais velhas, mulheres, com nível mais baixo de renda e de escolaridade dessa população (PAZ et al, 2006).

Neste contexto deve-se aperfeiçoar a atenção ao idoso, pois se trata de uma população em constante aumento, devendo oportunizar o cuidado integral e contextualizado, através do reconhecimento de necessidades e de aspectos individuais e coletivos dessa população. Para tal cuidado, abordam-se aspectos relacionados às dimensões da vulnerabilidade, visando subsidiar políticas de prevenção de doenças e práticas de cuidado individual e coletivo (PAZ et al, 2006).

Assim, a vulnerabilidade do ser humano não pode ser avaliada apenas pela ótica das características biológicas, mas também pelos aspectos psíquicos, espirituais e sociais associadas às peculiaridades que acompanham o processo de envelhecimento. A vulnerabilidade nessa fase da pessoa idosa deve também possuir características que a difiram das demais fases do ciclo vital (SIMÕES, 2010).

Os autores Brocklehurst e Laurenson (2008) descrevem a vulnerabilidade da pessoa idosa como impactos de danos físicos, emocionais e mental, decorrente do resultado da construção social e do contexto histórico deste indivíduo, devendo, portanto, ser avaliada na compreensão sobre suas categorias de causas e efeitos levando em consideração uma abordagem holística. Assim para Brocklehurst e Laurenson a vulnerabilidade teria alguns atributos, relacionados no quadro 1.

Quadro 1 – Atributos vinculados à vulnerabilidade da pessoa idosa segundo Brocklehurst e Laurenson (2008).

CATEGORIAS	CAUSAS	EFEITOS
Física	Mudança biológica e psicológica Visão Audição Mobilidade Fragilidade	Necessidades complexas Quedas Hipotermia Desnutrição Abuso Risco de viver sozinho Lentificação para desempenho de atividades.
Psicológico	Mudança na saúde mental Demência Depressão Luto Medo de envelhecer	Perda da dignidade Isolamento social Perda da identidade Incapacidade
Social	Aposentadoria Diminuição de renda Falta de pensão privada Morar sozinho Discriminação Idade	Solidão Exclusão social Pobreza Probabilidade de morar em alojamentos Marginalização Perda do poder Perda de autonomia Baixa qualidade de vida Atitudes negativas com relação aos idosos Relacionamento de cuidados de saúde
Pesquisa	Questões éticas	Inclusão/exclusão em pesquisas
Política	Legislação	Pensão Pagamentos de pacote de cuidados
Sexualidade	Mito que pessoas idosas não são sexualmente ativos e que tem relacionamentos heterossexuais.	Doenças sexualmente transmissíveis Atitudes dos profissionais Ignorar questões relacionadas à homossexualidade.
Espiritual	Dificuldades em acessar locais de culto	Perda do senso de si próprio Perda de reconhecimento
Gênero	Diferenças nas pensões	Marginalização
Etnia	Discriminação	Racismo Acesso aos serviços.

Contudo a vulnerabilidade assume diferentes formas e dimensões e entre elas destacam-se a vulnerabilidade biológica continuamente desequilibrada por elementos biologicamente desestruturantes, necessitando de autopoiese, ou seja, os seres vivos como sistemas que produzem continuamente a si mesmos, recompondo incessantemente seus componentes desgastados e a própria auto-organização; a vulnerabilidade psicológica, dependente da construção da psique da pessoa com base em suas experiências afetivas e imaginativas; a vulnerabilidade espiritual, que utiliza recursos simbólicos no auxílio do enfrentamento dos desafios e para transcender os limites impostos pela realidade; e a vulnerabilidades cultural, social e ambiental, produzidas pelo entorno sociocultural (JUNGES, 2006).

A dimensão biológica é acompanhada por modificações corporais, mudanças próprias do processo de envelhecimento, gradual diminuição da autopoiese até a perda definitiva dessa capacidade culminando com a morte. A dimensão psíquica envolve as representações e desejos que vão conformando a psique, incluindo elementos conscientes e inconscientes (SIMÕES, 2010).

No idoso, a vivência interior pode ser mais intensa, pela diminuição dos afazeres cotidianos, possibilitando a manifestação de sentimentos, recordações e menor preocupação com o controle da exposição de sua interioridade. Deve-se considerar também que pode, de um lado, haver uma perda da privacidade pela necessidade de ajuda para realização de atividades de vida diária e, de outro, o isolamento social entre aqueles que moram sós (SIMÕES, 2010).

E por fim a dimensão espiritual caracteriza o ser humano em seu agir concentrado na busca de autorrealização para busca da felicidade. Torna-se um desafio para a pessoa idosa a busca de sentidos para sua existência frente às manifestações de vulnerabilidade e de perspectiva da morte (JUNGES, 2006)

A resiliência é um conceito a ser considerado como resposta complementar a abordagem da vulnerabilidade, que pode ser definida como a capacidade de adaptação às situações adversas ligadas aos recursos internos (intrapésíquicos) e externos (ambiente social e afetivo), que permitem aliar uma construção psíquica adequada à inserção social. Pode ainda ser definida como um desenvolvimento normal perante circunstâncias difíceis (Fonagy 1994 apud MAIA, 2011).

Além disso, a resiliência pode ser uma forma complementar de avaliar a vulnerabilidade do idoso, permitindo trabalhar seus potenciais e não apenas os fatores de

risco. Fornecendo elementos para a compreensão das estratégias socializadas que alguns indivíduos descobrem apesar dos contextos desfavoráveis (LARANJEIRA, 2007).

Assim, ao relacionar vulnerabilidade e envelhecimento, encontram-se condições pertinentes dentro do contexto da saúde (MAIA, 2011). Pois os idosos são um grupo social com maior necessidade em saúde e são vulneráveis frente às mudanças decorrentes do envelhecimento (BRAGA et al, 2010).

2.3 Índices e Indicadores de Saúde

Indicadores são instrumentos que permitem identificar e medir aspectos relacionados a um determinado conceito, fenômeno, problema ou resultado de uma intervenção na realidade. Tendo como principal função traduzir, de forma mensurável, determinado aspecto de uma realidade dada (situação social) ou construída (ação de governo), tornando-a operacional em sua avaliação e observação (BRASIL, 2010).

Medem e resumem aspectos importantes relacionados às condições de vida das pessoas. Um conjunto de indicadores sociais podem abranger diversos aspectos populacionais como demografia, saúde, educação, cultura, mercado de trabalho, rendimento das pessoas e das famílias, pobreza e indigência, moradia, acesso aos serviços de infraestrutura urbana, qualidade de vida e ambiente, índices de desenvolvimento humano, entre outros (COBO E SABÓIA, 2003).

Além disso, esses indicadores permitem avaliar mudanças que ocorrem na sociedade quando evoluem demonstrando a eficácia ou não de políticas públicas de maneira a identificar locais e segmentos da população que necessitam de ações prioritárias do governo e acompanhar determinados programas governamentais. Ainda que, a qualidade dos indicadores depende das propriedades dos seus componentes que são utilizados em sua formulação e da precisão dos sistemas de informação empregados (COBO E SABÓIA, 2003).

Apenas em meados dos anos 60 é que o termo indicador social obteve consolidação. A criação do Instituto de Pesquisa Econômica Avançada (IPEA), em 1964, foi um marco deste período, pois tinha a finalidade de apontar caminhos que serviam de base para a formulação de indicadores sociais e conseqüentemente,

auxiliariam na elaboração de políticas públicas e programas sociais no Brasil (JANNUZZI, 2003).

Em meados da década de 80, as estatísticas públicas passaram a ser responsáveis na formulação de políticas na esfera municipal. Já na década de 90 houve o aprimoramento da execução das políticas públicas restabelecendo a importância desses instrumentos no âmbito da gestão governamental (FERREIRA, 2007).

Já os sistemas de indicadores foram criados devido o agravamento da contradição entre altas taxas de crescimento econômico e o aumento da insatisfação da população com a baixa qualidade de vida. Diante do crescimento econômico expresso pelos indicadores econômicos e que não foi acompanhado pelo desenvolvimento social, criou-se a necessidade de construção de indicadores que identificassem a condição de vida da população visando o controle social (COBO E SABÓIA, 2003).

Os censos demográficos e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizados pelo IBGE são utilizados para a construção de indicadores sociais em nível nacional. A Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF, de periodicidade não regular, também fornece uma importante base de dados para a elaboração de indicadores sociais, com informações sobre o padrão de consumo das famílias brasileiras (COBO E SABÓIA, 2003).

Indicadores sintéticos são utilizados para avaliação de cumprimento de metas de desenvolvimento social, avaliação do impacto de programas sociais e para a priorização no atendimento nos programas sociais e de saúde.

Os indicadores sintéticos foram criados devido à necessidade de resumir dados em um único indicador, no qual as dimensões incorporadas neles assumem pesos positivos ou neutros, diferenciados ou não. O indicador sintético mais conhecido é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), calculado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) desde 1990 para diversos países e divulgado através da publicação anual Relatório de Desenvolvimento Humano (JANNUZZI, 2001).

O IDH busca determinar o avanço de uma determinada população considerando a dimensão econômica além das características sociais desejáveis e esperadas do processo de desenvolvimento humano. Abrangem, dessa forma, a longevidade das pessoas, graus de conhecimento e a renda *per capita* da população gerando entre essas três dimensões

o IDH do país em determinado ano o que permite a comparação entre os diferentes países em termos do grau de desenvolvimento de suas populações (JANUZZI, 2001).

Com a tentativa de superar o reducionismo na equiparação das medidas de desenvolvimento social e pobreza o IPEA desenvolveu o Índice de Desenvolvimento Familiar – IDF. São avaliadas seis dimensões, 26 componentes e 48 indicadores, sendo que o índice pode variar de 0 (pior situação) a 1 (melhor situação) (BARROS et al, 2003).

Para Amendola (2012) é imprescindível criar instrumentos confiáveis e válidos que possam a captar a vulnerabilidade das famílias em relação a incapacidades e dependências existentes dentre os membros dos mesmos.

Portanto, considerando que a vulnerabilidade é um constructo multidimensional e que o surgimento de pessoas com incapacidades e dependência também envolve diversos determinantes, é indispensável à opção por um indicador sintético. Assim, o indicador sintético que foi avaliado nessa pesquisa, reúne um conjunto de variáveis que compõem dimensões sociais e de condições de saúde. Devido à complexidade do processo de envelhecimento, foi usado um conjunto de 13 variáveis com o intuito de identificar a vulnerabilidade do idoso, ou seja, determinar o Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso (IVI).

O uso do IVI envolve vários instrumentos de medida de avaliação da capacidade funcional e social do idoso e permitirá que profissionais da Atenção Primária busquem idosos vulneráveis e promovam uma intervenção adequada.

2.4 Processo de validade e confiabilidade

Em pesquisas científicas e formulação de indicadores para mensurar algo relevante para a sociedade torna-se necessário à avaliação do conteúdo em questão, sendo um passo essencial no desenvolvimento de novas medidas, pois representa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis (WYND, 2003 apud ALEXANDRE E COLUCI, 2011).

Portanto toda medida proposta deve reunir dois requisitos essenciais, a validade e a confiabilidade. Pois devem ser medidas confiáveis, replicáveis e consistentes, ou

seja, devem gerar os mesmos resultados em contextos diferentes. Devem ser medidas válidas, pois possuem representações precisas do que se pretende medir.

A confiabilidade e validade são medidas aplicadas tanto a medidas derivadas de teste, instrumentos de coletas de dados, técnicas de aferição quanto ao delineamento de investigação (MARTINS, 2006).

Para Sampieri (1996) apud Martins (2006) para ser válida uma pesquisa primeiramente a mesma deve ser confiável tornando-se correto analisar a confiabilidade antes da validade. Pois nem todo instrumento de medida que apresenta confiabilidade é válido e em contrapartida aquele instrumento que tem validade também é confiável (MARTINS, 2006).

Alves (2010) também considera que confiabilidade é a primeira característica que um instrumento deve possuir. Para Scattolin (2006), essa se refere ao grau em que a aplicação repetida de um instrumento ao mesmo sujeito produz resultados iguais e deve ser a primeira característica que um instrumento de medidas deve possuir.

Segundo Pilatti et al (2010), em termos práticos, “a apreciação da confiabilidade reside na repetição da medida e na comparação dos resultados obtidos a escala produz resultados consistentes”. Objetos de observação muito estáveis devem produzir medições similares em diferentes observações. Fenômenos transitórios podem produzir resultados com variação entre uma medida e outra, sem que isto se deva ao instrumento de medida (PILATTI et al, 2010).

A confiabilidade de um instrumento de medida, de testes, técnica de aferição é determinada através da constância dos resultados, em outras palavras é a confiança que o instrumento inspira, ou seja, refere-se à consistência ou estabilidade de uma medida, (MARTINS, 2006).

A fidedignidade ou precisão definida por Anastasi e Urbina (2000) “consistência dos escores obtidos pelas mesmas pessoas quando elas são examinadas com o mesmo teste em diferentes ocasiões, ou com diferentes conjuntos de itens equivalentes, ou sob outras condições variáveis do exame”. A precisão está relacionada ao problema de estabilidade no tempo e ao problema de consistência interna do instrumento.

Para Trochim (2003) apud Freitas e Rodrigues (2005) existem quatro procedimentos para estimar a confiabilidade de medições:

“confiabilidade entre avaliadores, utilizada para obter o grau com que diferentes avaliadores fornecem estimativas consistentes sobre o mesmo fenômeno; confiabilidade de teste e reteste, utilizada para estimar a consistência de uma medida em dois momentos distintos; confiabilidade paralela que determina a consistência dos resultados de duas pesquisas distintas construídos com o mesmo objetivo; e a confiabilidade de consistência interna, utilizada para determinar a consistência dos resultados da avaliação de itens de uma pesquisa” (FREITAS e RODRIGUES, 2005, p. 130).

O coeficiente alpha de Cronbach desenvolvido por Lee Cronbach, em 1951, trata-se de uma ferramenta estatística que avalia a confiabilidade através da consistência interna de um questionário. Contudo para a utilização torna-se requisito que todos os itens do instrumento utilizem a mesma escala de medição (FREITAS e RODRIGUES, 2005).

Para Pilatti et al (2010) “a análise de consistência interna é pautada na correlação dos itens de um mesmo constructo entre si e na correlação de cada item com o escore total deste constructo”. Sendo de suma importância que os itens se apresentem moderadamente correlacionados entre si, e, também, que cada item apresente correlação com o escore total do constructo.

O alfa de Cronbach é obtido a partir da variância dos componentes individuais e da variância da soma dos componentes de cada avaliado, buscando investigar as possíveis relações entre os itens (CRONBACH, 1951 apud PILATTI et al, 2010).

De acordo com Cronbach e Shavelson (2004) existem fatores que podem influenciar na consistência interna de um questionário:

Número de itens: um questionário com um extenso número de itens pode ocasionar respostas impulsivas e relapsas, além de tender a aumentar o número de itens sem resposta. Tempo de aplicação do questionário: limitar a um intervalo de tempo pré- estabelecido também pode ocasionar os mesmos problemas descritos no item anterior. É comumente observado que, devido à falta de tempo para o preenchimento do questionário, as últimas questões não sejam respondidas. Amostra de avaliados: aplicar um questionário a uma amostra muito semelhante deve reduzir a confiabilidade de um questionário, pois, quanto mais homogênea a amostra, a variância tende a se tornar nula (CRONBACH E SHAVELSON, 2004, p. 391-418).

A validade de conteúdo avalia o grau em que cada elemento de um instrumento de medida é relevante e representativo de um específico constructo com um propósito de avaliação particular, sendo fundamental no processo de adaptação e desenvolvimento de um instrumento de medida. Porém necessita a utilização de outras medidas psicométricas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para Raymundo (2009), a validade de conteúdo faz um julgamento sobre o instrumento, com uma perspectiva sobre seus diferentes aspectos de seus objetos e se não contém elementos que podem ser atribuídos a outros objetos. O autor também descreve que a validade não é determinada estatisticamente, ou seja, por um coeficiente de correlação, mas a partir do julgamento de diferentes examinadores, que devido suas especialidades analisam a representatividade dos itens em relação às áreas de conteúdo e à relevância dos objetivos a medir.

Para Martins (2006) a validade de conteúdo é um critério de significância de um instrumento de medidas com diferentes tipos de evidências que são: validade aparente, de conteúdo, de critério e de constructo.

A validade aparente é um método simples, indica apenas se a medida mede aquilo que se pretende, avaliada por juízes, sendo um método subjetivo e o instrumento precisa passar por outros critérios de medidas para ser válido. Por outro lado à validade de conteúdo se refere ao grau em que um instrumento evidencia um domínio específico do conteúdo que se pretende medir, portanto para ter-se garantia da validade de conteúdo de um instrumento a área de abrangência deve ser inteiramente descrita antes da construção do teste (MARTINS, 2006).

A validade de critério, segundo Kaplan (1975) apud Martins (2006), estabelece a validade de um instrumento comparando-o com algum critério externo, sendo esse um padrão de julgamento (padrão ouro) da validade do instrumento. Portanto, quanto mais os resultados se relacionam com o padrão ouro, maior a validade do critério.

Sendo o constructo uma variável ou um conjunto de variáveis, para Gressler (1989) apud Martins (2006) a validade de constructo se refere ao grau em que um instrumento se relaciona com outras medições derivadas da mesma teoria e conceitos que estão sendo medidos. E para Sampieri (1996) apud Martins (2006), a validade de

um constructo será dada após ser construída por vários estudos que investigue a teoria do constructo que está sendo estudado.

Contudo a validade de medida depende da adequação do instrumento em relação aquilo que se quer medir, ou seja, a realidade de medida nunca é absoluta, mas sempre relativa. Um instrumento de medidas nunca é apenas válido, mas será válido para este ou aquele objetivo (MARTINS, 2006).

A partir dos pressupostos acima, torna-se claro que a confiabilidade e validade são duas propriedades de medidas inteiramente relacionadas, complementares entre si (BEM et al, 2011).

Por fim, a análise fatorial exploratória é utilizada para analisar os interrelacionamentos lineares dentro de um conjunto de indicadores observados, contados ou medidos para cada indivíduo de um grupo, colocando que o conjunto reduzido de fatores torna-se suficiente para explicar o interrelacionamento entre os indicadores. Tem como única finalidade a de reduzir a dimensionalidade. Além disso, diferentes critérios podem ser utilizados como critério de corte. E a diversidade de métodos de rotação pode conduzir a interpretações distintas (BEM et al, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Estimar a **estrutura** do Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso (IVI).

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Bonito, MS.
- Comparar a composição do IVI de Dourados e Bonito, MS.
- Identificar a vulnerabilidade dos idosos por meio da sinalização dos mesmos.
- Avaliar o modelo da matriz fatorial utilizada para a construção do IVI.
- Verificar a confiabilidade do Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Estudo exploratório, descritivo, de corte transversal com abordagem quantitativa.

4.2 Local de estudo

4.2.1 Bonito- MS

A cidade de Bonito é o principal município da Serra da Bodoquena, região sudoeste do Estado de Mato Grosso do Sul, localizada a 330 Km da capital Campo Grande. A cidade conta com uma população estimada de 19. 587 mil habitantes. A mesma está localizada na encosta da Serra da Bodoquena, servindo como portal de acesso às fronteiras com o Paraguai e a Bolívia (IBGE, 2010).

Bonito é conhecido por suas belezas naturais, distribuídas entre grutas, rios de águas cristalinas, cachoeiras, flora e fauna abundante. O município pertence a MRH – Microrregião Homogênea de Bodoquena, composta pelos municípios de Bodoquena, Bonito e Jardim, possuindo uma extensão territorial de 4.947,90 KM² , equivalendo a 1,38% do total do Estado de Mato Grosso do Sul (PLANO DE DESENVOLVIMENTO DO APL DE TURISMO E ARTESANATO DE BONITO – SERRA DA BODOQUENA, 2006).

Por se tratar de uma região de elevado potencial, ao longo da exploração do turismo como atividade econômica, empresas foram sendo criadas para atuação no setor, constituindo um arranjo produtivo. Porém sua economia também possui a pecuária de corte como a atividade produtiva, agricultura, mineração (PLANO DE DESENVOLVIMENTO DO APL DE TURISMO E ARTESANATO DE BONITO – SERRA DA BODOQUENA, 2006).

sua fundação oficial, entretanto, se deu no dia 24 de fevereiro de 1927, pelo capitão Ignácio de Faria, genro do desbravador capitão Luiz da Costa Leite Falcão (COSTA, 2010).

O Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul dividiu o Estado em três regiões (Campo Grande, Dourados e Três Lagoas). Bonito faz parte da Macrorregião de Campo Grande composto por 33 municípios essa dividida em várias microrregiões e Bonito está inserido na microrregião de Jardim. O município de Bonito-MS, conta com quatro equipes da Estratégia da Saúde da Família com cobertura populacional estimada de 69, 74%. Dos 19.587 habitantes destes 1735 (8,8%) idosos sendo 943 homens e 792 mulheres (BRASIL, 2013).

4.4 População e amostra

A população foi composta por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). O tamanho da amostra foi calculado, no mínimo, 90 idosos assistidos no município, considerando que este número de sujeitos atende a razão mínima de 5:1 (nº de sujeitos por cada item analisado, 18 no presente estudo), valor que é recomendado para a realização de análise fatorial exploratória (HAIR et al., 2009). A técnica de amostragem usada foi aleatória simples e estratificada.

4.5 Etapas do trabalho

Foi realizada uma reunião com a secretária de saúde da cidade de Bonito para explicar o objetivo do estudo e apresentar os instrumentos de medida.

Após a reunião com a secretária de Saúde e autorizada o desenvolvimento da pesquisa na cidade, cada equipe da Estratégia de Saúde da Família, foi contatada primeiramente para explicar ao enfermeiro sobre a pesquisa e para agendamento e do início das atividades.

Os critérios de inclusão do estudo foram: os idosos cadastrados na Unidade e a presença do morador no domicílio no momento da entrevista.

4.6 Variáveis do Estudo

4.6.1 Dados sociodemográficos e socioeconômicos: sexo, faixa etária (60- 69; 70-79 e 80 anos e mais), escolaridade (analfabetos, de 1 a 4 anos; 5 anos e mais), estado civil (casado; solteiro; viúvo; separado/divorciado), benefício e tipo de benefício social que recebe (nenhum benefício; aposentadoria e outros), número de pessoas que residem na moradia (01 pessoa; 2 a 3 pessoas; 4 a 5 pessoas; mais que cinco pessoas), arranjo familiar (sozinho e acompanhado), religião (católico; protestante/ evangélico, outros), renda familiar e *per capita* (até ½ salário mínimo; mais que 0,5 SM e até 01 SM e maior que um salário mínimo) , se possui residência própria (sim, não) e condições da moradia (boa, regular ou precária)¹. Vide Anexo 1.

4.6.2 Condições de saúde: número de patologias autorreferidas diagnosticadas (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e outras); número de medicamentos em uso e autoavaliação de saúde (muito boa ou boa, regular, ruim ou muito ruim), prática de atividade física (sim, não) e atividade social (sim, não), hospitalizações nos últimos 12 meses (sim, não); frequências das hospitalizações (nenhuma vez; uma vez; duas ou mais por semana); quedas (sim, não) e locais em que ocorreram (em casa; fora de casa ou ambas as situações). Vide Anexo 2.

4.6.3 Determinação do Risco Nutricional: o instrumento denominado “Determinação da Saúde Nutricional” possibilita identificar indivíduos com riscos de deficiências nutricionais como consequências de doenças crônicas, incapacidades funcionais, isolamento social, consumo de alimentos inadequados, alcoolismo, problemas mentais, uso excessivo de medicamentos e perda de peso involuntária. A soma dos pontos permite diferenciar os idosos em: baixo risco nutricional: 0 a 2 pontos; risco moderado: 3 a 5 pontos e alto risco: 06 pontos ou mais. (Alvarenga et al, 2010a) Vide anexo 3.

4.6.4 Avaliação do grau de dependência para o autocuidado: A Medida de Independência Funcional (MIF) é um indicador de

¹ As condições de moradia seguiram os critérios adotados por Barata et al., 1997 p.206-7 apud Alvarenga 2008.

incapacidade que avalia a intensidade da assistência ofertada por uma terceira pessoa a pessoa incapacitada. Pontuação final, com mínimo de 18 pontos, caracteriza um nível de dependência elevado e máximo de 126, revela independência completa. Subscores dos níveis de dependência são assim classificados: 18 pontos: dependência completa (requer assistência total); 19 a 60 pontos: dependência modificada (necessita de assistência de até 50% na realização da tarefa); 61 a 103 pontos: dependência modificada (necessita de assistência de até 25% na realização da tarefa); 104 a 126 pontos: independência modificada/completa. (Alvarenga et al., 2011a) Vide Anexo 4.

4.6.5 Avaliação do estado cognitivo: o Mini Exame de Estado Mental (MEEM) é um teste de rastreio para detectar a alteração cognitiva. O estudo adotou como pontos de corte os escores 19/20 (caso/não caso) para os idosos analfabetos e 24/25 (caso/não caso) para os alfabetizados, independentemente dos anos de estudos completos, e categorizando os resultados em normal (sem déficit cognitivo) ou com déficit cognitivo moderado e déficit cognitivo grave (SANTOS et al., 2010). Vide Anexo 5.

4.6.6 Avaliação do estado de humor: A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é um instrumento com 15 itens, que visa rastrear depressão em idosos, seja no contexto clínico quanto em pesquisas (PINHO et al, 2009). Esta pesquisa adotou como ponto de corte os escores entre 0 e 5 serão categorizados como normal (sem sintomas depressivos), entre 06 e 10 indicando depressão leve e de 11 a 15 depressão severa (BRASIL, 2006). Vide anexo 6.

4.6.7 Avaliação da rede de suporte social: o Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI) registra graficamente todas as pessoas com quem o indivíduo interage sendo constituído por quatro quadrantes que representam família, amigos, comunidade e relações com os serviços sociais ou de saúde. Sobre esses quadrantes inscrevem-se três áreas, ou seja, um círculo interno de relações mais próximas, cujos contatos ocorram pelo menos uma vez por semana; um círculo intermediário de relações pessoais com encontros que

aconteça, pelo menos uma vez por mês; um círculo externo de conhecimento e contatos ocasionais, no mínimo uma vez por ano. Esse instrumento identifica cinco modalidades de apoio: visita, companhia, limpeza da casa, cuidados pessoais e apoio financeiro. Esse instrumento identifica cinco modalidades de apoio: visita, companhia, limpeza da casa, cuidados pessoais e apoio financeiro. O ponto de corte para o índice rede de suporte social (apoio): Índice de Suporte Social Esporádico (ISSE= 0,056 x total de registros semanais + 0,998 x total de registros mensais + 0,326 x total de registros anuais). Índice de Suporte Social Freqüente (ISSF= 0,998 x total de registros semanais - 0,040 x total de registros mensais - 0,024 x total de registros anuais). Estes dois índices têm como base a frequência de ações ou registros de possíveis intervenções caso necessárias, recebidas ao longo de um ano, como companhia, auxílio para atividades domésticas e auxílio para cuidados pessoais. Utilizando-se os dois índices construídos (ISSE e ISSF), com o auxílio da *Análise de Agrupamentos (via método K-means)* formaram-se os três grupos de indivíduos. Estes grupos (ou centroides) são utilizados para diferenciar os tipos de apoio de suporte social: Pequena (ISSE=2,64 e ISSF=6,20); Média (ISSE=2,52 e ISSF=13,55) e Grande (ISSE=1,88 e ISSF= 21,25). O Ponto de corte do índice do tamanho da rede de relações sociais: **Índice de Relações Sociais Freqüentes (IRSF = 1,000 x total contatos semanais - 0,117 x total contatos mensais - 0,304 x total contatos anuais); Índice de Relações Sociais Esporádicas (IRSE = 0,024 x total contatos semanais + 0,990 x total contatos mensais + 0,153 x total contatos anuais)**. Estes dois índices têm como base a frequência de ações ou registros de possíveis intervenções, caso necessário, recebidas ao longo de um ano, como visitas, companhia, auxílio para atividades domésticas, auxílio para cuidados pessoais e auxílio financeiro. Utilizando-se os dois índices construídos (IRSF e IRSE), com o auxílio da *Análise de Agrupamentos (via método K-means)* formaram-se os três grupos de indivíduos. Estes grupos (ou centroides) são utilizados para diferenciar os tipos de redes de relações sociais: Pequena (IRSF=5,36

e IRSE=3,02); Média (IRSF=12,98 e IRSE=2,95) e Grande (IRSF=20,82 e IRSE=2,47). (Alvarenga et al., 2011b). (AUBIN et al, 2010). Vide Anexo 7.

4.6.8 Avaliação do Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT): a complexidade da farmacoterapia consiste de várias características do regime terapêutico, incluindo o número de diferentes medicações no esquema, o número de unidades de dosagem por dose, o número total de doses por dia e os cuidados na administração dos medicamentos. O *Medication Regimen Complexity Index* (MRCI) é um instrumento específico que foi traduzido e validado para o português no Brasil e apresentou bom desempenho de validade e confiabilidade. É indicado na prática clínica e em pesquisas. O MRCI é dividido em três seções; a primeira corresponde a informações sobre as formas de dosagens, a segunda sobre as frequências das doses e a última é para informações adicionais, como horários específicos, uso de alimentos, entre outras. Cada seção é pontuada e o índice de complexidade é obtido pela soma dos pontos das três seções (score total). A classificação da complexidade foi estabelecida em: baixa complexidade (score menor que 4), moderada complexidade (score entre 4 e 11), elevada complexidade (score maior que 11). (MELCHIORS, et al, 2007). Vide Anexo 8.

4.7 Aspectos éticos

Foram cumpridas as exigências da Resolução nº 196/96 e a participação de cada idoso foi autorizada pelo mesmo ou por seu responsável legal, por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, não houve risco ou prejuízos para os sujeitos da pesquisa.

O Comitê de Ética da Universidade Federal da Grande Dourados aprovou o estudo (processo nº 221.318 – Apêndice 1) e a Secretaria Municipal de Saúde de Bonito autorizou sua realização.

4.8 Tratamento e análises dos dados

Depois de realizada a coleta de dados, esses foram inseridos e processamento dos dados foi feito com auxílio do *software* estatístico 18.0 (PASW). Antes do processamento, os dados foram revisados após a inserção dos mesmos a fim de verificar erros causados durante a digitação.

Os resultados das variáveis categóricas serão expostos em frequência absoluta e relativa. Os resultados das variáveis quantitativas serão apresentados em média, desvio padrão, mediana e valores mínimo e máximo.

4.9 Procedimentos de Confiabilidade e Validade

Para analisar a confiabilidade e validade estrutural do Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso (IVI) proposto no estudo em Dourados foi refeita a análise fatorial exploratória com a finalidade de avaliar se a estrutura fatorial manteve-se nas duas amostras (Dourados e Bonito).

Realizou-se a análise fatorial exploratória para verificar em quantos e quais seriam os componentes do Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso (IVI). A análise fatorial foi feita utilizando $KMO > 1$, rotação varimax e coeficiente de correlação $> 0,40$. A partir daí foram calculados os índices baseados na soma das variáveis definidas em cada fator. Após o cálculo dos índices, utilizou-se o coeficiente alpha de Cronbach para análise de sua consistência interna.

A verificação da confiabilidade foi feita através da correlação item fator e Alfa de Cronbach, calculado para avaliar a consistência interna dos escores, sendo indicativo de consistência interna aceitável o valor alfa $> 0,7$ (HAIR et al., 2009).

Além disso, foi verificada a adequabilidade da base de dados para ver se os requisitos para a utilização da análise fatorial foram satisfeitos. Aplicou-se a técnica para extração dos fatores dos componentes principais, com a rotação ortogonal *Varimax* (HAIR et al., 2009).

Após essas etapas foi refeita a análise fatorial para avaliar o grau de generalidade dos resultados para a população. Esta questão é extremamente relevante nos métodos de

interdependência, pois descrevem uma estrutura de dados que também deve ser representativa da população.

5. Resultados

5.1 Perfil dos idosos

Foram entrevistados 100 idosos e suas características sociodemográficas e econômicas encontram-se reunidas na tabela 1 onde se observa a predominância de idosas, faixa etária entre 60 e 69 anos, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo. O tipo de benefício social que prevalece entre eles é a aposentadoria. A maioria (69%) dos idosos residia com familiares, 81% possuem casa própria e as moradias apresentavam-se em boas condições.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos idosos entrevistados quanto às condições de saúde. Destaca-se que do total de entrevistados 63% não praticavam nenhum tipo de atividade física e 74% não participavam de qualquer atividade social.

Em relação aos cuidados com a saúde observou-se que 29% dos entrevistados possuíam histórico de hospitalização nos últimos 12 meses anteriores a data da pesquisa, sendo que destes 16% foram internados uma única vez. Além disso, 29% referiram ter sofrido queda nos últimos 12 meses e destes, 15% caíram em casa.

A maioria relatou ter duas ou mais doenças diagnosticadas, 75% dos idosos disseram ter hipertensão arterial e tomavam anti-hipertensivos. A Diabetes Mellitus foi relatada por 26% dos entrevistados, enquanto 45% informaram que tinham outras doenças, como exemplo: Insuficiência Cardíaca (12%); Problemas de Coluna (7%), Osteoartrose (6%) dentre outras.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos assistidos nas ESF segundo os dados sociodemográficos e econômicos. Bonito, MS. 2013.

Indicadores	Categorias	%
Sexo	Masculino	36
	Feminino	64
Faixa etária (em anos)	60- 69	43
	70- 79	37
	80 e mais	20
Escolaridade	Analfabeto	38
	1 a 4 anos de estudo	50
	5 anos e mais	12
Estado Civil	Casado	39
	Viúvo	39
	Solteiro	08
	Divorciado	14
Renda per capita	Até 0,5 SM*	18
	> 0,5 e < 1 SM	62
	> 1 SM	20
Tipo de Benefício Social	Nenhum Beneficio	05
	Aposentadoria	82
	Outros	13
Pessoas que residem na casa	01	31
	2 a 3	49
	4 e mais	20
Religião	Católico	66
	Protestante / evangélico	33
	Outras	01
Condições de Moradia	Boa	64
	Regular	32
	Precária	04
TOTAL		100

*Salário Mínimo vigente em 2012 R\$622,00

Tabela 2 – Distribuição dos idosos assistidos nas ESF segundo as condições de saúde. Bonito, MS. 2013.

Indicadores	Categorias	%
Autoavaliação saúde	Muito boa ou boa	50
	Regular	42
	Ruim ou muito ruim	08
Diagnóstico médico	0 a 1 diagnóstico	35
	2 diagnósticos	43
	3 e mais	22
Hospitalizações nos últimos 12 meses	Não	71
	Sim	29
Queda nos últimos 12 meses	Não	71
	Sim	29
Total		100

A Tabela 3 dispõem os resultados de acordo com os instrumentos utilizados nas entrevistas. Apenas 02% dos idosos eram dependentes totalmente para o autocuidado, acamados e precisavam de ajuda para realizar todas as atividades básicas da vida diária.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos assistidos nas ESF segundo avaliação do risco nutricional, capacidade para o autocuidado, cognição, sintomas depressivos, complexidade da farmacoterapia, tamanho da rede e do suporte social. Bonito, MS. 2013.

Indicadores	Categorias	%
Risco nutricional	Baixo	20
	Moderado	38
	Alto	42
Autocuidado	Independente	94
	Dep. até 25% de ajuda	04
	Dependente 50% a total	02
Cognição	Normal- sem déficit cognitivo	28
	C/ déficit cognitivo moderado	63
	C/ déficit cognitivo grave	09
Depressão	Sem sintoma	25
	Leve	57
	Grave	18
Complexidade da Farmacoterapia	Baixa complexidade	49
	Moderada Complexidade	33
	Alta Complexidade	18
Tamanho da Rede social	Grande	9
	Média	36
	Pequena	55
Tamanho do suporte social	Grande	15
	Média	37
	Pequena	48
Total	Total	100

5.2 Variáveis consideradas para determinar Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso

O indicador sintético que está sendo proposto nesta pesquisa, como qualquer outro indicador dessa natureza, reúne um conjunto de variáveis que compõem dimensões sociais e de condições de saúde. A definição de quais devem ser esses indicadores e se serão atribuídos pesos não obedece somente a uma solução matemática relacionada ao cálculo do indicador, mas resultou do debate com os profissionais da atenção básica e da assistência social de Dourados, bem como dos membros Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso – GPENSI.

Tendo em conta a complexidade do processo de envelhecimento, utilizou-se o maior número possível de variáveis a fim de estabelecer um indicador sintético capaz de identificar a vulnerabilidade dos idosos.

Entretanto, grande quantidade de variáveis indicadoras traz dificuldades interpretativas e, por isso, é necessário reduzir as informações, preservando-se ao mesmo tempo sua capacidade explicativa. Esta redução pode ser feita de diversas formas para selecionar indicadores validados e amplamente utilizados para avaliar diferentes aspectos da vulnerabilidade do idoso. É preciso lembrar que cada variável indicadora representa por si só uma redução da dimensão do fator que se propõe a medir.

De início, as variáveis selecionadas no estudo não apresentavam padronização nas respostas, uma vez que derivavam da utilização de vários instrumentos de medida. Foi necessário realizar uma recodificação de tal modo que todas as variáveis estudadas apresentassem as mesmas alternativas de respostas, ou seja, **0** (melhor condição), **1** (condição intermediária) e **2** (pior condição).

As cores verde (melhor condição), amarela (condição intermediária) e vermelha (pior condição) foram atribuídas a cada uma dessas condições, como sinalização no Sistema de Informação da Avaliação e Monitoramento da Saúde do Idoso (SIAMI), de modo a permitir a pronta identificação dos idosos que requerem a atenção das equipes da Estratégia da Saúde da Família.

Como pode ser observado na tabela 4, foram utilizados muitos indicadores, com provável sobreposição de informação. Desta forma, procedeu-se Análise Fatorial Exploratória (AFE) com a finalidade de determinar o número mínimo de fatores capazes de reter parcela “razoável” da variabilidade das variáveis indicadoras originais. Neste processo foi usado o método de extração das componentes principais, com a rotação ortogonal *Varimax*.

Tabela 4 - Variáveis consideradas para determinar o Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso. Bonito, MS. 2013.

Variável-indicadoras	Descrição dos limites	Valor	Condição
V01: Faixa etária	60 a 69 anos	0	Verde
	70 a 79 anos	1	Amarelo
	80 e mais anos	2	Vermelho
V02: Escolaridade	5 anos e mais	0	Verde
	de 1 a 4 anos	1	Amarelo
	Analfabeto	2	Vermelho
V03: Renda	Renda <i>per capita</i> > 1SM	0	Verde
	Renda <i>per capita</i> 0,6 até 1 SM	1	Amarelo
	Renda <i>per capita</i> até 0,5 SM	2	Vermelho
V04: Condição moradia	Boa	0	Verde
	Regular	1	Amarelo
	Precária	2	Vermelho
V05: Rede de Contato social	Grande	0	Verde
	Média	1	Amarelo
	Pequena	2	Vermelho
V06: Rede Tipo de suporte social	Grande	0	Verde
	Média	1	Amarelo
	Pequena	2	Vermelho
V07: Autoavaliação saúde	Muito Boa/ Boa	0	Verde
	Regular	1	Amarelo
	Ruim/ Muito Ruim	2	Vermelho
V08: Diagnóstico médico	0 a 1 diagnóstico	0	Verde
	2 diagnósticos	1	Amarelo
	3 e mais	2	Vermelho
V09: Risco nutricional	Baixo	0	Verde
	Moderado	1	Amarelo
	Alto	2	Vermelho
V10: Autocuidado	Independente	0	Verde
	Dep. até 25% de ajuda	1	Amarelo
	Dependente 50% a total	2	Vermelho
V11: Cognição	Normal	0	Verde
	C/ deterioração leve	1	Amarelo
	C/deterioração grave	2	Vermelho
V12: Depressão (EDG)	Sem sintoma	0	Verde
	Com sintoma leve	1	Amarelo
	Com sintoma grave	2	Vermelho
V13: Farmacoterapia (ICFT)	Baixo	0	Verde
	Intermediário	1	Amarelo
	Alto	2	Vermelho

5.3 Matriz de análise fatorial de componentes rotacionadas por varimax referente ao constructo motivação para o estudo.

Juntos, os cinco fatores explicam quase 65% da variância total dos dados. O valor estimado de Kaiser-Meyer-Olkin (= 0,646) indica uma adequação fraca dos fatores que representam o constructo, mas está acima do mínimo preconizado que é 0,5.

Com relação ao coeficiente de confiabilidade Alpha de Cronbach, os três últimos, cognição e autocuidado; condição pessoal e condição social, fatores ficaram abaixo do mínimo preconizado (0,6). Por outro lado, observando o resultado da correlação item-fator verificou-se que ficaram acima do mínimo preconizado (0,5). Como não existe um critério único para julgar a estrutura fatorial, optou-se por usar a correlação item-fator e não considerar o Alpha de Cronbach. Esta decisão metodológica ampara-se no fato de que o valor de Alpha de Cronbach é influenciado pelo número de variáveis que compõem cada fator e no presente estudo apenas o primeiro fator e o último são compostos por mais de duas variáveis indicadoras (Tabela 6).

A correlação entre os cinco fatores situou-se entre 0,00 e 0,296, considerada baixa, o que indica que não estão sobre-estimados e representam conceitos separados e independentes, características desejáveis para a finalidade que se propõe.

Algumas variáveis apresentaram carga cruzada como faixa etária que estão correlacionadas com o F04 e condição de moradia, autoavaliação de saúde e autocuidado que se apresentam correlacionadas com o F03.

Tabela 5 - Matriz de análise fatorial de componentes rotacionadas por varimax referente ao constructo motivação para o estudo. Bonito, MS. 2013.

Variáveis	Cargas rotacionadas por Varimax					Correlação	
	F01	F02	F03	F04	F05	Comunalidade	Item-fator
Farmacoterapia	0,788					0,682	0,805
Diagnóstico médico	0,811					0,687	0,773
Autoavaliação saúde	0,571		0,337			0,509	0,615
Risco nutricional	0,705					0,605	0,763
Rede social		0,822				0,712	0,846
Rede suporte social		0,826				0,709	0,875
Escolaridade			0,831			0,740	0,774
Faixa etária			0,544	0,492		0,613	0,836
Cognição				0,849		0,777	0,902
Autocuidado			0,363	0,593		0,556	0,671
Condição moradia			0,430		0,560	0,533	0,652
Renda per capita					0,603	0,634	0,660
Depressão					0,704	0,654	0,740
KMO	0,646	p<0,001				Total	
S.Q.(Alto valor inicial)	2,835	1,851	1,466	1,208	1,058	13,00	
% Variância	17,72	12,95	11,84	11,59	10,60	64,71%	
α de Cronbach	0,728	0,649	0,458	0,442	0,433		

A tabela 5 apresenta o resumo dos resultados das medidas fornecidas durante o processo da AFE referente aos cinco fatores do *constructo* vulnerabilidade do idoso, extraído da amostra de 100 registros de idosos vinculados a quatro Unidades ESF de Bonito, MS.

Após a determinação dos fatores, foi feita a atribuição de valor ao fator. Como um fator geralmente é composto por mais de uma das variáveis pré-selecionadas, o valor que lhe foi atribuído corresponde à média aritmética simples dos valores de cada uma das variáveis que o compõem.

Neste contexto o indicador sintético que está proposto nesta pesquisa, como qualquer outro indicador dessa natureza, reúne um conjunto de variáveis que compõem dimensões sociais e de condições de saúde. A definição de quais devem ser esses indicadores e se serão atribuídos pesos não obedece somente a uma solução matemática

relacionada ao cálculo do indicador, mas resulta do debater com os profissionais da atenção básica, da assistência social, bem como a comunidade acadêmica.

O *constructo* vulnerabilidade do idoso ficou então representado por cinco fatores:

- **F01:** representa e mede a condição de saúde e de suporte do idoso (número de diagnósticos médicos, autoavaliação de saúde, risco nutricional e índice de complexidade da farmacoterapia).
- **F02:** representa o tamanho da rede social do idoso (número e frequência dos contatos e tipo de suporte social recebido).
- **F03:** mede a condição pessoal do idoso quanto à faixa etária e escolaridade.
- **F04:** mede a cognição e a capacidade de autonomia do idoso para o autocuidado.
- **F05:** mede a condição social do idoso em relação à moradia e renda *per capita* e a depressão.

Tabela 6 - Síntese do resultado da Análise Fatorial Exploratória. Bonito, MS. 2013.

Constructo	Fatores	Descrição	Domínio	Sinalização
Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso	F01	Condição da saúde	$0 \leq F01 \leq 0,667$	Verde
			$0,67 \leq F01 \leq 1,334$	Amarelo
			$1,34 \leq F01 \leq 2$	Vermelho
	F02	Rede de contato social	$0 \leq F01 \leq 0,667$	Verde
			$0,67 \leq F01 \leq 1,334$	Amarelo
			$1,34 \leq F01 \leq 2$	Vermelho
	F03	Cognição e autocuidado	$0 \leq F01 \leq 0,667$	Verde
			$0,67 \leq F01 \leq 1,334$	Amarelo
			$1,34 \leq F01 \leq 2$	Vermelho
	F04	Condição pessoal	$0 \leq F01 \leq 0,667$	Verde
			$0,67 \leq F01 \leq 1,334$	Amarelo
			$1,34 \leq F01 \leq 2$	Vermelho
	F05	Condição social	$0 \leq F01 \leq 0,667$	Verde
			$0,67 \leq F01 \leq 1,334$	Amarelo
			$1,34 \leq F01 \leq 2$	Vermelho

5.4 Tabela comparativa das matrizes de análise fatorial de componentes rotacionadas por varimax referente ao constructo motivação para o estudo de Dourados e Bonito- MS.

A Tabela 07 compara as matrizes de análise fatorial entre Bonito e Dourados, MS. Observa-se que no Fator 01, em Bonito assim como em Dourados reuniu as variáveis: número de diagnósticos médicos, autoavaliação de saúde, risco nutricional e índice de complexidade da farmacoterapia.

No Fator 02, que representa o tamanho da rede social do idoso tanto em Bonito como em Dourados, as variáveis que o definiram foram número e frequência dos contatos e tipo de suporte social recebido.

O Fator 03 mede a condição pessoal do idoso quanto à faixa etária e escolaridade no município de Bonito, assim como Fator 04, em Dourados, também mede a condição pessoal do idoso com as mesmas variáveis. Destaca-se que foi a única inversão que houve quanto ao nome do Fator e as variáveis que este representa.

Em Bonito, o Fator 04 diz respeito às questões de cognição e a capacidade de autonomia do idoso para o autocuidado. A faixa etária foi excluída, pois apresentou maior intensidade em outro fator e apenas permaneceram os resultados da MIF e do MEEM. Assim, esse fator manteve-se com as mesmas variáveis que os fatores que foram formados em Dourados.

O Fator 05 avalia a condição social do idoso em relação à moradia, renda *per capita* e a depressão. Porém a variável depressão, apenas em Bonito ficou agrupada no Fator 5 e em Dourados não apareceu em nenhum.

Tabela 7 - Comparação das matrizes de análise fatorial de componentes rotacionadas por varimax referente ao constructo motivação para o estudo, de Dourados e Bonito- MS.

Variáveis	Cargas rotacionadas por Varimax										Correlação			
	Fator		Fator		Fator		Fator		Fator		Comunalida de Bonito- MS	Item-fator Bonito-MS	Comunalida de Dourados-MS	Item-fator Dourados-MS
	F01 Bonito	F01 Dourados	F02 Bonito	F02 Dourados	F03 Bonito	F03 Dourados	F04 Bonito	F04 Dourados	F05 Bonito	F05 Dourados				
Farmacoterapia	0,788	0,781									0,682	0,805	0,664	0,703
Diagnóstico médico referido	0,811	0,762									0,687	0,773	0,594	0,769
Autoavaliação saúde	0,571	0,608			0,337						0,509	0,615	0,398	0,611
Risco nutricional	0,705	0,599									0,605	0,763	0,567	0,710
Rede social			0,822	0,902							0,712	0,846	0,826	0,921
Rede suporte social			0,826	0,886							0,709	0,875	0,800	0,918
Escolaridade					0,831			0,877			0,740	0,774	0,813	0,817
Faixa etária					0,544		0,492	0,717			0,613	0,836	0,682	0,833
Cognição						0,788	0,849				0,777	0,902	0,625	0,901
Autocuidado					0,363	0,760	0,593				0,556	0,671	0,603	0,695
Condição moradia					0,430						0,533	0,652	0,683	0,718
Renda <i>per capita</i>											0,603	0,726	0,623	0,825
Depressão										0,704	0,654	0,740	-	
KMO	0,646	0,529	p<0,001	p<0,001							Total		Total	
S.Q.(Auto valor inicial)	2,835	1,964	1,851	1,845	1,466	1,433	1,208	1,375	1,058	1,262	13,00		12,00	
% Variância	17,72	16,368	12,95	15,372	11,84	11,938	11,59	11,457	10,60	10,520	64,71%		65,65%	
α de Cronbach	0,728	0,65	0,649	0,82	0,458	0,44	0,442	0,53	0,433	0,33				

5.5 Distribuição do número de idosos da amostra por sinalização em cada fator.

Portanto na escala adotada de 0 (melhor condição), 1 (condição intermediária) e 2 (pior condição), as médias aritméticas para cada um dos cinco fatores, com seu referente desvio padrão, foram respectivamente: F01 = 0,84 (0,541); F02 = 1,39 (0,596); F03 = 1,02 (0,575); F04 = 0,45 (0,375) e F05 = 0,77 (0,417).

O fator que mede Contato e Suporte Social (F02) foi o que apresentou média mais alta e, portanto, maior vulnerabilidade dos idosos neste aspecto. Os fatores F04 (cognição e autocuidado) e F05 (condição social) apresentaram médias menores e, portanto, menos vulnerabilidade nos idosos nestes aspectos. Os Fatores F01 (condições de saúde) e F03 (condição pessoal) se encontram numa posição intermediária. Assim a tabela 7 apresenta o percentual de sinalização das condições dos idosos da amostra, para cada fator.

Tabela 8 - Distribuição do número de idosos da amostra por sinalização em cada fator.
Bonito, MS. 2013

Fatores	Sinalização	Porcentagem
F01: Condição da saúde	Verde	38,0%
	Amarelo	44,0%
	Vermelho	18,0%
F02: Contato e Suporte Social	Verde	15,0%
	Amarelo	23,0%
	Vermelho	62,0%
F03: Condição pessoal	Verde	38,0%
	Amarelo	29,0%
	Vermelho	33,0%
F04: Cognição e autocuidado	Verde	88,0%
	Amarelo	08,0%
	Vermelho	04,0%
F05: Condição social	Verde	54,0%
	Amarelo	42,0%
	Vermelho	04,0%

5.6 Comparação entre Bonito e Dourados quanto aos fatores sinalizados

A Tabela 8 apresenta o percentual de sinalização das condições dos idosos da amostra, para cada fator. Demonstra o percentual de pessoas que apresentaram sinalização verde, ou seja, boas condições além daquelas pessoas que necessitam de mais atenção das ESF. As que estão sinalizadas em vermelho significando maior vulnerabilidade demonstrando uma situação de alerta ao se avaliar os indicadores relacionados às condições de saúde.

Considerando que na escala foi adotado 0 (melhor condição), 1 (condição intermediária) e 2 (pior condição), em Bonito o fator que mediu Contato e Suporte Social (F02) apresentou média mais alta e, portanto, maior vulnerabilidade dos idosos neste aspecto. Os fatores F04 e F05 apresentaram médias menores e, portanto, menos vulnerabilidade nos idosos nestes aspectos. Por outro lado, em Dourados, apenas o fator que mede Contato e Suporte Social (F02) foi o que apresentou média mais alta. Os demais fatores apresentaram médias menores, portanto demonstrando menos vulnerabilidade dos idosos em seus aspectos. A Tabela 9 apresenta o percentual de sinalização das condições dos idosos da amostra, para cada fator.

Tabela 9 - Comparação entre Bonito e Dourados, MS quanto aos fatores sinalizados.

Fatores	Sinalização	Porcentagem	Sinalização	Porcentagem
	Bonito	Bonito	Dourados	Dourados
F01: Condição da saúde	Verde	38,0%	Verde	20,6%
	Amarelo	44,0%	Amarelo	49,4%
	Vermelho	18,0%	Vermelho	30,0%
F02: Contato e Suporte Social	Verde	15,0%	Verde	66,7%
	Amarelo	23,0%	Amarelo	21,1%
	Vermelho	62,0%	Vermelho	12,2%
F03: Condição Pessoal	Verde	38,0%	Verde	34,4%
	Amarelo	29,0%	Amarelo	33,9%
	Vermelho	33,0%	Vermelho	31,7%
F04: Cognição e autocuidado	Verde	88,0%	Verde	90,6%
	Amarelo	8,0%	Amarelo	5,6%
	Vermelho	4,0%	Vermelho	3,9%
F05: Condição social	Verde	54,0%	Verde	77,8%
	Amarelo	42,0%	Amarelo	17,2%
	Vermelho	4,0%	Vermelho	5,0%

6 DISCUSSÃO

6.1 Perfil sociodemográfico e econômico dos idosos

A cidade de Bonito tem sua origem ligada à cidade de Miranda, em que ambas estão vinculadas a história dos povos indígenas Guaicuru, kadiwéus e Santiago de Xerez. Além disso, Bonito foi palco de conflitos entre os nativos Guaicuru e os lusocastelhanos no passado colonial sul mato-grossense, que contribuíram na sua formação ainda no período colonial e nos eventos subsequentes como a implantação das fazendas de gado, na Guerra do Paraguai, revelando aos gaúchos, anos mais tarde, as suas potencialidades econômicas (COSTA, 2010).

Anos mais tarde, Luís da Costa Leite Falcão adquiriu tais terras nomeando-as de Rincão Bonito no século 19, que posteriormente as transformaria no município de Bonito. Sua área, localizada na Serra da Bodoquena, teve como base econômica local as atividades mineradoras e agropastoris, sendo aos poucos, sobrepostas por novos elementos, até a implantação do turismo, a partir de 1980 (COSTA, 2010).

Estudos descrevem que até o final da década de 40, Bonito foi um distrito de Miranda, núcleo urbano desde o período colonial, porém a partir daí o pequeno distrito começou a construir sua própria história, todavia continuou a manter relações com Miranda (COSTA, 2010). Segundo Ministério do Desenvolvimento da Indústria e Comércio Exterior (2013) Bonito serve de apoio às regiões do pantanal do Nabileque, por se tratar de uma região de elevado potencial, ao longo da exploração do turismo como atividade econômica e empresas foram sendo criadas para atuação no setor, constituindo um arranjo produtivo.

Até início dos anos 90 a cidade de Bonito manteve sua economia basicamente por atividades do setor primários sendo a pecuária de corte e o plantio de soja as atividades mais exercidas. Porém a estrutura de sua economia começou a sofrer mudanças e o turismo, uma atividade embrionária na época, expandiu-se a ponto de tornar-se o principal foco e dinamismo da economia local (BARBOSA et al, 2000). A partir disso houve um declínio da atividade primária, fato esse que resultou em uma significativa alteração na distribuição espacial da população do município. Em 1970, 81% da população de Bonito residiam na área rural. Em 1996, a situação inverteu-se e 75% da população foram viver na área urbana e em 2010 82,5% viviam na área urbana. O turismo passou a representar um dos principais segmentos econômicos do Município,

dando destaques a outras atividades econômicas na cidade, especialmente no comércio (IBGE, 2010; FRATA et al, 2007).

Frente a esse desenvolvimento, o bonitense encontra dificuldades para viver na cidade, uma vez que o turismo elevou o custo de vida, pois os valores são os mesmos, tanto para moradores quanto para os turistas que tem um poder aquisitivo maior que a população local (FRATA, 2007). Existem programas que visam capacitar à população em atividades como: encanador, eletricista, práticas de limpeza de piscina, jardinagem, entre outros, além do Programa Frente Emergencial de Trabalho criado com o intuito de beneficiar as pessoas em idade ativa e que estão fora do mercado de trabalho, principalmente o contingente do êxodo rural.

Portanto a trajetória de vida da população idosa da cidade de Bonito acompanha as mudanças que o município sofreu, pois a maioria dos idosos entrevistados era proveniente de outros estados e que chegaram à cidade com a promessa de terras férteis (COSTA, 2010; FRATA 2007; BARBOSA et al, 2000).

A população brasileira, na década de 1940 vivia e trabalhava basicamente na área rural. Depois da década de 60, houve uma inversão devido ao desenvolvimento industrial nas grandes cidades que atraiu a população das áreas rurais (BRITO et al, 2013). Esta mudança demográfica que ocorreu em Bonito assemelha-se ao processo de mudança social e econômica que aconteceu em todo país nas últimas cinco décadas. Tal processo é conhecido como transição demográfica em que se destaca a mudança qualitativa das formas de organização da sociedade e ao mesmo tempo ocorrem alterações culturais e econômicas para acompanhar este processo. Além disto, a transição demográfica consiste também na alteração das altas taxas de mortalidade infantil e fecundidade para uma situação de baixa mortalidade infantil e redução da fecundidade (ALVARENGA, 2008).

Dados do IBGE (2010) destacam que 14.536.029 brasileiros estão com mais de 60 anos, representando 8,6% da população total. Em Mato Grosso do Sul, a população de 60 anos ou mais evoluiu de 6% em 2000, para 7,1%, em 2010 e no mesmo período, no município de Bonito a população idosa passou de 7,1% para 9,0% (MARTIN et al, 2005).

As características sociodemográficas dos entrevistados se assemelham aos arranjos observados em estudos populacionais brasileiros. Maioria do sexo feminino, brancos, católicos e moram acompanhados. Estes resultados se igualam aos estudos realizados por VIEGAS (2009) e MEIRELES et al (2007).

Vários estudos debatem o quanto a condição socioeconômica dessa faixa etária afeta seu estado de saúde, pois idosos que possuem baixa renda familiar e baixa escolaridade apresentam piores condições de saúde e os fatores determinantes são interrupção de atividades devido a problemas de saúde, doenças crônicas e pior função física. Existem evidências de que os idosos mais carentes procuram menos os serviços de saúde, além de possuírem baixa adesão aos tratamentos e tem pouco acesso aos medicamentos, o que reflete diretamente nas condições de saúde desses indivíduos. Por sua vez, essas questões culturais, sociais, econômicas, e de saúde remete a vulnerabilidade social desse idoso. (ALVES E RODRIGUES, 2005; PAZ et al, 2006; LIMA-COSTA et al, 2002)

A feminilização da velhice corrobora com vários outros estudos populacionais. As mulheres geralmente estão mais atentas aos sintomas, possuem maior conhecimento das doenças, expressam melhor os seus sintomas e procuram mais os serviços de saúde, fatores determinantes que contribuem para o maior percentual de mulheres idosas na população (ALVARENGA et al, 2011b; MEIRELES et al, 2007; PAZ et al, 2006).

6.2 Perfil de saúde e capacidade funcional

A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa. Para isso, a avaliação funcional verifica o nível de desempenho para a realização das atividades de vida diária da pessoa idosa acometidas por doenças crônicas e incapacitantes. Assim, o cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família a fim de postergar a dependência para o autocuidado dessa faixa etária. A avaliação funcional do idoso proporciona diagnóstico, prognóstico e um julgamento clínico que servirão de base para uma adequada intervenção na saúde dos idosos (BRASIL, 2006).

Dentre as doenças que mais acomete os idosos entrevistados a hipertensão arterial sistêmica foi a que teve maior prevalência, seguida da diabetes mellitus. Estudo em Campo Grande, MS destacou que as pessoas com 60 anos e mais apresentam maior prevalência para a hipertensão sistólica isolada com prevalência de 16,4% em indivíduos de 60 a 69 anos e de 24,6% em indivíduos com idade acima de 70 anos (SOUZA et al, 2007).

Pesquisa realizada em São Paulo encontrou prevalência de HAS de 62% em idosos. Cabe ressaltar que o envelhecimento é um processo complexo que provoca alterações e desgastes em vários sistemas funcionais, que ocorrem de forma progressiva e irreversível. Nesse contexto o envelhecimento do sistema cardiovascular leva ao aumento da resistência vascular periférica levando a diminuição da complacência aórtica, fatores que levam a alterações do pulso e da pressão arterial, sendo alterações que tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica, sendo esta a principal doença crônica nessa população (JOBIM, 2008).

A queda é outra ocorrência preocupante, pois está relacionada a diversas condições, tais como: queixa de tontura, diminuição da acuidade visual, uso de psicotrópicos, autopercepção ruim da saúde e presença de depressão (SOUZA, 2011). As quedas acarretam consequências importantes na saúde do idoso, como por exemplo: o medo de cair que resulta na perda da confiança na realização das tarefas do cotidiano; restrição da mobilidade e isolamento social (RICCI et al., 2010a). Além disso, em um estudo realizado com idosos em Florianópolis, Santa Catarina comprovou entre os 1.705

entrevistados, 322 relataram ter sofrido queda no último ano (88 homens e 234 mulheres) (ANTES et al, 2013).

São vários os fatores que impedem os idosos de participarem de atividades físicas ou sociais como: a demência e a depressão que causam a perda da independência e da autonomia. Também há a perda do interesse ou da motivação para aderir às atividades físicas, culturais e, que acarretam diminuição nas suas atividades diárias, tornando-os mais sedentários no lar e na sociedade (BENEDETTI et al, 2008). Na cidade de Bonito existe o projeto “Conviver Idosos” que visa elevar a qualidade de vida das pessoas com idade superior a 60 anos e atende a 120 idosos. Contudo, faltam incentivos, ou seja, o projeto precisa ser mais divulgado para o público alvo, os idosos, para que haja maior adesão dos mesmos ao programa.

Em Bonito, 50% dos idosos pesquisados auto- avaliaram sua saúde como boa ou muito boa e diversos estudos evidenciam que a autopercepção de saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional, sendo também um poderoso indicador de mortalidade, ou seja, as pessoas que relatam a sua saúde como sendo ruim e/ ou regular apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas de morte em comparação com aquelas que relatam ter uma saúde excelente (ALVES, 2004; ALVES E RODRIGUES, 2005; PEREIRA et al, 2009).

Dentre os idosos entrevistados, em Bonito, 42% apresentaram alto risco nutricional. Tal resultado diverge do Projeto Passo Fundo/RS, cujos resultados indicaram 55,6% de idosos com baixo risco, 27,8% com risco moderado e 16,6% com risco alto (STOBBE et al, 2005), mas em Dourados, o alto risco nutricional foi identificado em 33,2% dos idosos pesquisados (ALVARENGA et al, 2010b). Sabe-se que os fatores que podem interferir no estado nutricional do idoso estão relacionados principalmente ao processo do envelhecimento, e estes incluem a diminuição da capacidade funcional, da sensibilidade olfativa e gustativa (CRUZ, 2006). O alto risco de deficiências nutricionais pode estar relacionado às doenças que modificam o hábito alimentar, aos efeitos dos medicamentos, a depressão, a demência, aos problemas sociais, ao isolamento emocional ou social, a pobreza, e aos hábitos de vida (ALVARENGA et al, 2010b).

A independência funcional foi identificada na maioria dos idosos assistidos na Atenção Básica de Saúde de Bonito. Apenas dois idosos atingiram 21 pontos, indicando

dependência funcional quase total para o autocuidado. Dentre os entrevistados, foram encontradas quatro pessoas que necessitavam de assistência de até 25% para realização das tarefas básicas da vida diária. Estudo realizado em Dourados, MS constatou 85,1% dos idosos como independentes, 3,3% com dependência modificada (assistência de até 50% na tarefa) e 11,6% com dependência modificada para assistência até 25% na realização para o autocuidado (MACÊDO et al, 2012).

Em Uberaba, MG, 26,7% dos idosos apresentaram incapacidade funcional para a realização das atividades básicas da vida diária. No município de São Paulo, 42,5% dos idosos foram classificados com dependência modificada (assistência de até 25% nas atividades) e 47,5% dos idosos apresentavam dependência modificada (assistência de até 50 (RICCI et al, 2005).

Observou-se, em Bonito, que 63% dos idosos tinham moderada deterioração cognitiva. Estudos brasileiros demonstraram que as pessoas mais velhas e com baixo nível educacional apresentaram baixo escores na aplicação do MEEM (KOCHHANN et al, 2009). Outro estudo realizado com pessoas acima de 60 anos de idade, no Município do Rio de Janeiro, diagnosticou 41 analfabetos e 17 pacientes (19,7%) com demência (REYS et al, 2009).

O Projeto Bambuí desenvolvido em Minas Gerais entrevistou 1.558 indivíduos, que correspondem a 97% dos participantes da linha de base da coorte. Nesse estudo predominou o sexo feminino (60,1%), idade média de 69 anos, baixa escolaridade (64,8%). Os resultados apresentados demonstram que os idosos mais velhos (70 anos e mais), sexo feminino, escolaridade mais baixa (inferior a quatro anos) obtiveram baixo escore no MEEM (VALLE et al, 2009). Esses estudos apontam que idade, escolaridade e sexo feminino estão diretamente associados ao comprometimento cognitivo (KOCHHANN et al, 2009; REYS et al, 2009; VALLE et al, 2009).

Com intuito de avaliar a confiabilidade do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi realizado um estudo no Município de Dourados, MS, onde o Alfa de Cronbach encontrado foi de 0,796 que é considerado nível de confiabilidade adequado. Esta pesquisa também demonstrou que o déficit cognitivo foi maior no sexo feminino (45,8%) e na faixa etária acima de 80 anos (68,4%) (SANTOS et al, 2010).

A depressão é considerada um problema de saúde importante que afeta pessoas de todas as idades. Tal problema causa sentimentos de tristeza e isolamento social que

muitas vezes têm como desfecho o suicídio. Afetando principalmente pessoas de idades avançadas que atinge os mais elevados índices de morbidade e mortalidade, na medida em que assume formas incharacterísticas, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, conseqüentemente, de tratar (DRAGO E MARTINS, 2012). Contudo, vários fatores sociais afetam os idosos e os predispõem a depressão como o patamar etário ocasionando mudança radical dos estilos de vida, despesas acentuadas em grandes partes direcionadas para a indústria farmacêutica, as pensões insuficientes, divórcios, acidentes traumáticos ou as próprias perdas de familiares e amigos podem ser predisponentes a estados depressivos nos idosos (LEITE et al, 2006).

A prevalência de depressão no Brasil entre idosos pode chegar a 36,8%. Porém, para fazer o rastreamento adequado desses idosos com depressão torna-se importante o uso de instrumentos válidos, dentre esses a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é a mais usada no Brasil e no mundo. Assim o estudo realizado em Dourados, MS teve como objetivo verificar a estrutura fatorial da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens e identificou 173 (34,4%) idosos com sintomas depressivos, sendo 36,0% nas mulheres e 31,0% nos homens (ALVARENGA et al, 2012).

Em Bonito, MS, observou-se que 57% dos idosos entrevistados apresentaram sintomas leves de depressão e apenas 18% com sintomas graves. Tal resultado é corroborado pelo estudo realizado em Portugal que verificou que 70,6% dos idosos tinham sintomas leves de depressão, 28,6% não apresentavam qualquer nível de depressão e apenas 0,8% com depressão do tipo grave (DRAGO E MARTINS, 2012). Em Brasília, Distrito Federal, pesquisa avaliou 102 idosos e observou que 50 (49,0%) apresentavam depressão, 37 (36,3%) foram classificados como depressão leve e 13 (12,7%) com depressão severa. Todos esses estudos associaram a depressão dos idosos entrevistados com as variáveis sociodemográficas e socioeconômicas, e as variáveis significantes foram à idade (faixa etária maior de 70 anos) sexo (feminino), baixa escolaridade (menos de quatro anos de estudos) e baixa renda *per capita* (menos de um salário mínimo) (ROESLER E SILVA et al, 2012).

Sabe-se que a farmacoterapia representa o principal recurso terapêutico de cura e controle de doenças. Devido às mudanças de perfil epidemiológico e o predomínio das doenças crônicas aumentam a necessidade da polifarmácia. A complexidade da farmacoterapia consiste de múltiplas características do regime prescrito, incluindo, pelo

menos, o número de diferentes medicações no esquema, o número de doses por dia, o número de unidades de dosagem por dose, o número total de doses por dia e as relações da dose com a alimentação (MAZARO E COSTA et al, 2009)

Para avaliar a complexidade da farmacoterapia e uniformizar a forma de medir esse parâmetro, foi desenvolvido um índice chamado *Medication Regimen Complexity Index* (MRCI), para medir a complexidade da farmacoterapia (ICFT) de um indivíduo. (MELCHIORS et al, 2007).

Com base no Índice de Complexidade da Farmacoterapia, dos 100 idosos que responderam o questionário em Bonito, 33% apresentaram ICFT moderado, 18% apresentaram o ICFT alto e 11%, com ICFT alto. Esses dados são apoiados pelo estudo realizado em Castelo Branco, Portugal, que observou uma média de 30,56% na complexidade terapêutica (BORGES, 2011). Assim como em um estudo realizado com idosos nas UBS de Dourados, MS onde o ICFT foi 63(22,3%) dos idosos apresentaram baixa complexidade, 148(52,5%) com moderada complexidade e 71 (25,2%) com elevada complexidade (RENOVATO et al, 2011).

Sabe-se que o uso de medicamentos pelos idosos traz como consequência um equilíbrio muito delicado entre risco e benefício. Por esse motivo, mesmo aqueles medicamentos que são destinados a melhorar a vida do idoso podem custar à qualidade de vida desses se não tomados adequadamente. A eficácia do tratamento medicamentoso depende de alguns pontos que devem ser seguidos como o número de medicamentos empregados pelo paciente, a proporção de produtos em associação em doses fixas, a proporção de fármacos contraindicados ou sem eficácia comprovada, além do uso redundante de medicamentos de uma mesma classe. Outros fatores que devem ser levados em consideração são a idade do idoso, escolaridade, baixa renda *per capita* e a cognição deficiente. Assim, fazem-se necessário tomar medidas para assegurar que não surjam maiores problemas na terapêutica, o acompanhamento adequado, avaliações constantes desses pacientes, preferência por monoterapias, por fármacos com eficácia comprovada e preços compatíveis com o poder aquisitivo do paciente (RIBEIRO et al, 2005; MAZARO E COSTA et al, 2009).

6.3 Suporte social e a vulnerabilidade do idoso

Sabe-se que as relações sociais podem ser essenciais para a promoção da saúde física e mental dos idosos. A família, por sua vez, promove ao idoso suporte emocional e funcional. A descrição e avaliação das redes de suporte social dos idosos são fundamentais para fornecer informações significativas deles para o planejamento do cuidado. Para tal investigação pode ser aplicado o instrumento denominado Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI) que tem a vantagem de ser um instrumento gráfico e de rápida aplicação, permitindo identificar e visualizar os vínculos significativos do idoso com a família, amigos, comunidade e serviços de saúde e social, além de poder ser aplicado por todos os profissionais da saúde, desde que capacitados (DOMINGUES et al, 2013; ALVARENGA, et al, 2011).

Quanto ao tamanho da rede social e de suporte social dos idosos de Bonito, a maioria dos participantes apresentou rede social e de suporte social de tamanhos pequenos em relação ao apoio para: companhia, atividades domésticas, cuidados pessoais e auxílio financeiro. Esse resultado é confirmado pelo estudo realizado com idosos residentes em Emerlindo Matarazzo na cidade de São Paulo, SP, no qual a rede social e de suporte social mostraram-se pequenas. (DOMINGUES et al, 2013).

Em Bonito foi possível identificar que a rede de suporte social dos idosos é pequena em praticamente todas as dimensões avaliadas (companhia, cuidados pessoais e da casa e financeiro), sendo a rede de suporte social composta predominantemente pela família e comunidade (vizinhos).

6.4 Validação e confiabilidade da estrutura do Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do idoso

Índices ou indicadores são sinais que revelam aspectos de determinada realidade e que podem qualificar algo, e sua variação possibilita constatar mudanças. Aqui, os indicadores apresentam a vulnerabilidade do idoso em relação a importantes elementos de sua realidade que são suas dimensões. Portanto para realizar coletas de dados deve-se obter indicadores confiáveis tornando-se de fundamental importância à validade de conteúdo no processo de desenvolvimento e adaptação de instrumento de medidas (ALEXANDRE E COLUCI, 2011).

A validade de conteúdo determina e avalia o grau em que cada elemento de um instrumento de medida é relevante, representativo e com constructo específico para um propósito particular de avaliação. Segundo Alexandre e Coluci (2011) os mais importantes atributos de um instrumento são a validade, a confiabilidade, a praticabilidade, a sensibilidade e a responsividade. Sendo a confiabilidade e a validade os mais importantes para desenvolver ou realizar uma adaptação cultural desses instrumentos (RUBIO et al, 2003).

Considerando que a vulnerabilidade é um constructo multidimensional e que o surgimento de pessoas com incapacidades e dependência também envolve diversos determinantes, é indispensável à opção por um indicador sintético. Os indicadores sintéticos expressam uma combinação de dimensões distintas às quais são atribuídos pesos. São utilizados para avaliação de cumprimento de metas de desenvolvimento social, avaliação do impacto de programas sociais e para a priorização no atendimento nos programas sociais e de saúde (CARVALHO et al, 2004; BLANES, 2007).

Neste contexto, o presente trabalho teve por objetivo estimar a confiabilidade e a validade do **Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso**, e para isso, utilizaram-se diversas variáveis a fim de estabelecer um indicador sintético capaz de identificar a vulnerabilidade dos idosos. Entretanto, grande número de variáveis indicadoras traz dificuldades interpretativas e, por isso, é necessário reduzir o número de informações. Assim, torna-se necessário uma ampla revisão da literatura para selecionar indicadores validados e utilizados para avaliar os diferentes aspectos da vulnerabilidade do idoso.

O Fator 1 mostrou-se um bom indicador de boas condições de saúde do idoso, visto que agrupou as questões referentes como número de diagnósticos médicos, autoavaliação de saúde, risco nutricional e índice de complexidade da farmacoterapia.

Os Indicadores de saúde são ferramentas para o levantamento de questões como o estado de saúde de uma população por meio de informações apoiadas em dados válidos e confiáveis. Assim, tem-se a possibilidade de descrever, monitorar e analisar os diferenciais da concentração de renda e saúde e promover as intervenções em vários aspectos (FRANCISCO et al., 2013).

Estudos levam em consideração que a associação entre esses fatores compreendem que a percepção de saúde entre os idosos tem sido um importante preditor de sobrevivência entre essa classe. Indicam que a percepção de um estado de saúde ruim acarreta um maior uso dos serviços de saúde entre os idosos. Além disso, evidencia-se que existem ainda múltiplas doenças entre os idosos. Devido a esse fato a complexidade da farmacoterapia acaba sendo ruim entre essa faixa etária relacionado ao uso de múltiplos fármacos. (MENEZES et al, 2008)

Os indivíduos acima dos 65 anos passam por mudanças que aumentam as chances de desenvolver desnutrição. Estudos apontam que risco nutricional está associado às condições de saúde e existem fatores associados como presença de doenças altamente consumptivas, doenças ou alterações do trato digestório, depressão, alterações cognitivas (demência), dificuldade para deglutir, presença de disfagia, alteração do paladar, viver sozinho em geral está associado a uma alimentação mais monótona. Podendo assim tornar-se deficiente tanto em qualidade quanto em quantidade de nutrientes, perda da capacidade funcional pode dificultar a compra e/ou o preparo da alimentação, problemas bucais e/ou dentários alteram a escolha dos alimentos, efeitos colaterais dos medicamentos e fatores sociais como a pobreza (CORDEIRO E MOREIRA, 2003; NAJAS E YAMATTO, 2008).

O Fator 02 reuniu as questões sobre o tamanho da rede e do apoio social do idoso. As questões que prevaleceram foram o número e frequência dos contatos e tipo de suporte social recebido.

Diferentes estudos apontam que além dos vínculos familiares, percebe-se que as relações de amizade entre os membros da comunidade, não apenas entre vizinhos, mas

em grupos religiosos e em centros de convivência, são significativos para o indivíduo e de extrema importância para questões relacionadas ao suporte social do idoso, uma vez que permitem que este fique mais tempo vivendo na sua comunidade (SOUZA e HUTZ, 2008). A rede de suporte social pode ser considerada como manutenção e afirmação da identidade social, além de assegurar aos idosos o sentimento de ser e pertencer e reduzem o isolamento diminuindo os índices de depressão (DOMINGUES et al, 2001).

O Fator 3 diz respeito a condição pessoal do idoso. Os fatores que prevaleceram foram à faixa etária e a escolaridade. Estudos indicam que a faixa etária e escolaridade frente à cognição são fatores que possuem fortes relações. Estudo realizado com idosos na cidade de São Paulo aponta que quanto maior idade da pessoa mais lenta esse se torna para realização de suas atividades de vida diária. Quanto à escolaridade, esse estudo observou que esses idosos com baixa escolaridade tornam-se lentos para entender as atividades que eles devem realizar no dia a dia além de ter um maior declínio cognitivo. Portanto esses são fatores que expõe os idosos a vulnerabilidade social (VOOS, 2009).

O Fator 4 agregou as questões de cognição e da capacidade para o autocuidado. Observa-se que idosos sem declínio cognitivo e com dificuldades nas AIVD na linha de base apresentaram maiores chances de desenvolver demência ao longo de dez anos de seguimento (PÉREZ et al, 2008).

O Fator 5 mediu a condição social do idoso (condições de moradia, renda *per capita* e a depressão). Idosos com baixa renda *per capita* apresentam forte tendência de entrarem em depressão o que reforça a ideia da desvantagem econômica e consequente pobreza em que se movimenta este grupo populacional (DRAGO E MARTINS, 2012).

O alfa de Cronbach é um teste que mede a consistência interna dos itens que fazem parte de um instrumento. Geralmente o número de itens que explora um fator comum mostra um elevado alfa de Cronbach. Portanto uma escala mostra-se afetada quando muda o número de itens aumentando sua variância (OVIEDO E CAMPO-ARIAS, 2005). No estudo em questão a correlação entre os cinco fatores situou-se entre 0,00 e 0,296 considerada de baixa consistência, o que indica que não estão sobre-estimados e representam conceitos separados e independentes, características desejáveis para a finalidade que se propõe.

6.5 Comparação entre os dados obtidos em Bonito e Dourados.

Os instrumentos que estão sendo avaliados foram constituídos por determinado número de itens ou questões que foram agrupadas por afinidade e mensuram indiretamente um mesmo constructo, domínio ou dimensão. Esses instrumentos procuram refletir a multidimensionalidade do conceito de vulnerabilidade do idoso.

Para a medida da consistência interna, os itens que compõem o domínio devem ser homogêneos para mensurar um atributo. A consistência interna, a análise dos itens separadamente considerando-se sua respectiva dimensão (subescala) e o instrumento, pode ser medida pelo o alfa de Cronbach, e os itens devem estar correlacionados uns aos outros uma vez que o atributo avaliado, teoricamente, é o mesmo. Seu valor pode variar entre zero e um (1,0), sendo que quanto maior for o valor, maior a consistência interna do instrumento ou maior a congruência entre os itens o que indica sua homogeneidade. Entretanto, quando o valor é muito elevado pode significar que há redundância entre os itens; assim, sugere-se que o valor do alfa de Cronbach seja acima de 0,70 e no máximo 0,90 (HORA et al, 2010; ZANEI, 2006).

Comparando os itens da matriz de Bonito com a de Dourados os fatores mantiveram-se com uma boa consistência interna. O Fator 2 apresentou diferenças significativas com valor de 0,6 em Bonito e 0,8 em Dourados. Esses fatores em ambos os municípios determinam a rede de suporte social dos idosos.

A reprodutibilidade avalia de forma mais direta se o instrumento produz os mesmos resultados em repetidas aplicações, desde que o respondente mantenha as condições da primeira mensuração. Como ocorreu em Bonito, os resultados mantiveram-se como os valores obtidos em Dourados, determinando assim a boa reprodutibilidade dos instrumentos propostos (ZANEI, 2006).

A validade de um instrumento de medida se refere quando ele é capaz de medir aquilo que propõe medir. Trata-se da acurácia da medida ou da sua capacidade de representar o objeto estudado. Possui uma característica peculiar: não apresenta um valor fixo, dependendo tanto dos objetivos do estudo quanto da possibilidade de comparação dos resultados obtidos com um padrão-ouro pré-existente (*gold standard*), caso esse seja um critério conhecido. Portanto é preciso reunir vários indicadores que

confirmem ou refutem uma determinada teoria sobre o constructo que o instrumento pretende representar (ZANEI, 2006; ALEXANDRE E COLUCI, 2011).

As propriedades psicométricas dos instrumentos não são atributos estáveis, sendo influenciadas pelas características da população estudada. Considera-se que a confiabilidade e a validade são processos contínuos que se somam a informações a cada uso repetido do instrumento (ZANEI, 2006).

6 CONCLUSÃO

Existem poucas pesquisas, no Brasil, que estudam especificamente a vulnerabilidade do idoso. Porém, o estudo em questão avançou ao construir um índice com indicadores já propostos para corroborar o Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso. Os cinco fatores identificados sinalizaram a vulnerabilidade de 100 idosos entrevistados.

Considera-se que os objetivos propostos nesta pesquisa foram alcançados porque permitiu conhecer o perfil dos idosos assistidos pelas Estratégias da Saúde da Família em Bonito, MS, avaliar as propriedades psicométricas do IVI.

Os instrumentos utilizados foram imprescindíveis para a detecção da vulnerabilidade do idoso em diferentes aspectos de sua vida.

Neste contexto, tal instrumento, o Índice de Vulnerabilidade Social e de Saúde do Idoso, poderá ser utilizado por gestores para avaliar e adequar os atendimentos nas ESF, ajustar o cuidado ao público alvo, os idosos. O IVI permitirá que profissionais da Atenção Básica possam detectar os idosos sinalizados, ou seja, vulneráveis em diferentes aspectos tanto sociais quanto funcionais, emocionais e biológicos para que haja uma intervenção rápida e adequada para essa população.

7 REFERÊNCIAS

AMENDOLA, F. **Construção e validação de um índice de vulnerabilidade de famílias a incapacidades e dependência.** 189p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2012

ALEXANDRE, N.M. C.; COLUCI, Z.M. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas.** *Ciência & Saúde Coletiva.* p. 3061–3068. v. 16, nº 7. 2011

ALMEIDA, L.D. **Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade.** *Revista Bioética.* p. 537 – 48, v. 18, nº 3.. 2010

ALVES, E. F. **Qualidade de vida no trabalho : indicadores e instrumentos de medidas.** *Diálogos & Saberes.* Mandaguari. p. 77–87, v. 6, nº.1. 2010.

ALVES, L.C; RODRIGUES, R.N. **Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil.** *Rev Panamericana Salud Publica/Pan Am J Public Health.* v.17, nº. 5/6. 2005

ALVES, L.C. **Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de são paulo, 1999/2000.** 89p. Dissertação (mestrado). Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais. 2004

AUBIN, E.C.Q., et al. **Relatório de análise estatística sobre o Projeto “Mapa mínimo de relações idoso: instrumento gráfico para avaliar rede de suporte social”.** São Paulo, IME-USP, RAE-CEA 10P21. 2010.

ALVARENGA, M.R.M., et al. **Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica.** *Acta Paulista Enfermagem.* v. 25, nº 4, p. 497-503. 2012

ALVARENGA MRM. **Implantação de um sistema de informação para avaliação e monitoramento das necessidades sociais e de saúde de idosos em situação de vulnerabilidade social.** Relatório Final Fundect, 2011a.

ALVARENGA, M.R.M., et al. **Perfil Social E Funcional De Idosos Assistidos Pela Estratégia Da Saúde Da Família.** *Cogitare Enfermagem.* v.16, nº 3, p. 478-85, Jul/Set. 2011b.

ALVARENGA MRM et al. **Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Estratégia da Saúde da Família.** *Revista Escola Enfermagem, USP.* v. 44, nº 4, p. 1046-51. 2010a

ALVARENGA, M.R.M., et al. **Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia da Saúde da Família.** *Cogitare Enfermagem.* v. 15, nº 2, p. 217-24. 2010b.

ALVARENGA MRM et al. **Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Estratégia da Saúde da Família.** Revista Escola Enfermagem, USP. v. 44, nº 4, p. 1046-51. 2010c

ALVARENGA, M.R.M. **Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica.** 236p. Tese (Doutorado) São Paulo, 2008.

ALVES, E. F. **Qualidade de vida no trabalho: indicadores e instrumentos de medidas.** Diálogos & Saberes. Mandaguari. v. 6, n. 1, p. 77-87. 2010

ALVES, L.S., RODRIGUES, R.N. **Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil.** Revista Panamericana saúde Pública., São Paulo. v. 17, n. 5/6, p. 333-41. 2005

ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem Psicológica.** Revista Brasileira de Psiquiatria. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ANTES, D.L., et al. **Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.** Rio de Janeiro. Caderno de Saúde Pública. v. 4; nº29; p. 758-768. 2013

AYRES, J.R.C.M. et al. **Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS.** J Public Health. p. 1001-6, ed. 96, ano. 06. 2006

AYRES, J.R.C., et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios.** IN: Czeresnia D, Freitas CM (org). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 117-139. 2003.

AYRES J., et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS G., et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Fiocruz. p. 375-417. 2006

BARBOSA, M.A.C.; ZAMBONI, R.A. **Formação de um ‘cluster’ em torno de natureza sustentável em Bonito – MS.** Texto para Discussão n. 772. IPEA. Brasília, dez. 2000.

BARROS, R.P., et all. **O Índice de Desenvolvimento da Família (IDF).** Brasília, IPEA. p. 986. 2003

BEM, A.B., et al. **Validade e confiabilidade de instrumento de avaliação da docência sob a ótica dos modelos de equação estrutural.** Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP . p. 375-401, v. 16, nº. 2. 2011

BENEDETTI, T.R.B., et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. Revista Saúde Pública. v. 42, nº 2, p. 302-7. 2008.

BERTOLOZZI, M.R., et al. **Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva.** Revista Escola de Enfermagem. p. 1326- 30, ano 43, v. 2. 2009

BORGES, F.S.G. **Caracterização da complexidade da terapêutica geriátrica.** 39p. Dissertação (Mestrado). Universidade da Beira Interior. Covilhã, Portugal. 2011

BRAGA, L.S., et al. **Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa.** Caderno de Saúde Pública. v. 26, nº 12, p.2307-15. 2010

BRITO, T.A., et al. **Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade.** Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis. v. 22; nº 01; p. 43-51. 2013

BROCKLEHURST, H.; LAURENSEN, M. **A concept analysis examining the vulnerability of older people.** British Journal of Nursing. v. 17, nº. 21. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Beneficiários por Município – Julho de 2013. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 27 jul. 2013.

_____. **RESOLUÇÃO Nº 6, DE 30 DE AGOSTO DE 2011.** Divulgar, as estimativas da População, para Estados e Municípios. BRASÍLIA. 2011

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. p. 44. 2010a.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Departamento de Atenção Básica. Brasília : p. 192. 2007.

_____. Ministério da saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Caderno de atenção básica, Brasília. nº 19, p. 50. 2006.

BLANES D. **Formulação de indicadores de acompanhamento e avaliação de programas sócio assistenciais.** In: Acosta AR, Vitale MAF (org). **Família: redes, laços e políticas públicas 3ed.** São Paulo: Instituto de Estudos Especiais/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Cortez; 2007. p.231-39

CAMPOS, G., et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Editora Fiocruz. p. 375-417. 2006

CARVALHO, J.A. M. **Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil.** CEDEPLAR, Belo Horizonte, UFMG. v. 18. 2004

CORDEIRO, R.G.; MOREIRA, E. A. M. **Avaliação nutricional subjetiva global no idoso hospitalizado.** Revista Brasileira de Nutrição Clínica. v. 18, nº 3, p.106-112 2003

COSTA, P.G.G. **Bonito , cidade das águas: na trilha das construções identitárias de mato grosso do sul (1948 – 2010).** 204p. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Faculdade de Ciências Humanas. 2010

COBO, B; SABÓIA, AL. **Uma Contribuição para a Discussão sobre a Construção de Indicadores para Implementação e Acompanhamento de Políticas Públicas.** Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu – MG – Brasil, de 18 a 22 de

Setembro de 2006 [trabalho na internet]. Disponível em
< http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_411.pdf>

CRONBACH, L. J. **Coefficient alpha and the internal structure of tests.** Psychometrika. Greensboro. NC. p. 297-334 v. 16, n°. 3. 1951, In: PILATTI, L. A., et al. **Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: Um debate necessário.** RBECT. p. 81–91, v. 3, n°. 01. 2010

CRONBACH, L. J.; SHAVELSON, R. J. **My current thoughts on Coefficient alpha and successor procedures.** Educational and Psychological Measurement. Thousand Oaks. p.391-418, v.64, n°.3. 2004. In: PILATTI, L. A., et al. **Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: Um debate necessário.** RBECT. p. 81–91, v. 3, n°. 01. 2010

CRUZ, A.A.M. **Caracterização do perfil de atividade física e sua relação com os indicadores de saúde em indivíduos de etnia japonesa residentes na região metropolitana de Porto Alegre** [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.

DRAGO, S.; MARTINS, R. **A Depressão no Idoso.** Millenium. v. 43, p. 79-94, junho/dezembro. 2012.

DOMINGUES, M.A., et al. **Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: um estudo epidemiológico.** Revista Brasileira de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro. v.16, n° 1, p. 49-59. 2013

FERREIRA, A.M. **A importância de indicadores sociais na avaliação e monitoramento de cooperativas populares.** 103p. Trabalho de conclusão de curso. Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2007

FRATA, et al. **O ciclo de vida do destino turístico de bonito, mato grosso do sul.** FIRB/UFMS. ANDRADINA, SP. v. 5, 2007.

FRANCISCO, P.M.S.B., et al. **Comparação das estimativas de prevalência de indicadores de saúde no Município de Campinas, São Paulo, Brasil, nos anos de 2001/2002 (ISA-SP) e 2008/2009 (ISA-Camp).** Rio de Janeiro. Caderno Saúde Pública. v.29; n°6, p. 1149-1160. 2013

FREITAS, A. L. P., RODRIGUES, S. G. **A avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach.** XII SIMPEP - Bauru, SP, Brasil. Novembro. 2005.

FONAGY, P. **The theory and practice of resilience.** J Child Psychol Psychiatry.; p. 231-57, v 35, n. 2. 1994 In.: MAIA, F.O. **Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no Município de São Paulo - Estudo SABE.** São Paulo. 193 p. Tese (Doutorado). 2011.

GIRONDI, J.B, et al. **Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras.** Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 12, n° 1, p. 20-7. 2010

GRESSLER, L.A. **Pesquisa educacional**. São Paulo: Loyola, 1989. In: MARTINS, G. D. A. **Sobre Confiabilidade e Validade**. São Paulo. RBGN. , p. 1–12, v. 08, nº 20. 2006.

HAIR, J.F., et al. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman 6ª ed, 2009.

HORA, H.R.M., et al. **Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach**. Produto & Produção. V. 11, nº 2; p. 85 – 103. 2010

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. [acesso em 27 de julho. 2013]. Censo 2010: [1 tela]. Disponível: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=50&cod2=&cod3=0&frm=piramide> IBGE, 2010.

JANNUZZI, P.M. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes e aplicações**. Campinas. Editora Alínea. 2 ed. 2003

JANUZZI, P.M. **Indicadores Sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações**. São Paulo: Campinas: Editora Alínea. 2001

JOBIM, E.F.C. **Hipertensão Arterial no Idoso: Classificação e Peculiaridades**. Revista Brasileira Clínica médica, ano 6, p. 250-253. 2008.

JUNGES, J. **Bioética hermenêutica e casuística**. São Paulo: Loyola; 2006.

KAPLAN, A. **A conduta na pesquisa**. São Paulo: EDUSP. 1975. In: MARTINS, G. D. A. **Sobre Confiabilidade e Validade**. São Paulo. RBGN. p. 1–12, v. 08, nº 20. 2006.

KIMURA M. Tradução para o português e validação do "Quality of life index" de Ferrans e Powers. [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1999.

KOCHHANN, R. et al. **Evaluation of Mini-Mental State Examination scores according to different age and education strata, and sex, in a large Brazilian healthy sample**. Dementia & Neuropsychologia. v. 3, nº 2, p. 88-93, June. 2009

LARANJEIRA, C.A.S.J. **Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura**. Psicologia Teoria e Pesquisa. p. 327-32, ano 23 v.03. 2007

LEITE, V.M.M, et al. **Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade aberta à Terceira Idade**. Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil. Recife. v. 6, nº1, p. 31-38. 2006

LIMA-COSTA, M.F. **A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios –PNAD/98**. Ciência & Saúde Coletiva. v.7, nº 4, p. 813-824. 2002

MACEDO, A.M.L., et al. **Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo**. Acta Paulista Enfermagem. v. 25, nº 3, p. 358-63. 2012

MAIA, F.O.M. **Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo** – Estudo SABE. 193p. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2011.

MAZARO, R et al. **Uso de medicamentos por idosos: algumas considerações.** Geriatria & Gerontologia. v. 3 n°2, 2008.

MARTINS, G. D. A. **Sobre Confiabilidade e Validade.** São Paulo. RBGN. , p. 1–12, v. 08, n° 20. 2006.

MARTIN, B. et al. **Aspectos demográficos do processo de envelhecimento populacional em cidade do sul do Brasil.** Epidemiologia e Serviços de Saúde. v. 14, N° 3, jul/set. 2005

MEIRELES, V.C. **Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem.** Saúde e Sociedade. v.16, n.1, p.69-80. 2007

MELCHIORS, A.C., et al. **Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index.** Arquivos Brasileiros Cardiologia. v. 89, n° 4, p. 210- 18. 2007.

MENEZES, T.M.O., et al. **A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável.** Revista Eletronica de Enfermagem.v.11, n° 3, p. 598-604. 2009

Ministério do desenvolvimento, indústria e comércio exterior secretaria do desenvolvimento da produção departamento de micro, pequenas e médias empresas. Plano de desenvolvimento do apl de turismo e artesanato de bonito – serra da bodoquena. 2006

MIRANDA, R.D. et al. **Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento.** Revista Brasileira Hipertensos, vol 9, n° 3, julho/setembro. 2002.

NAJAS, M;YAMATTO, T.H. **Avaliação do Estado Nutricional de Idosos.** 2 Educação Continuada – Nutrição na Maturidade. p.8. 2008

NICHIATA, L.Y.I., et al. **A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem.** São Paulo. Revista Latino Americano Enfermagem. v. 16, n°5. 2008

Organização Mundial De Saúde. **Healthy ageing profiles. Guidance for producing local health profiles of older people:** report of OMS consultation. September. 2006. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/E91887.pdf>>. Acessado em 28 de agosto de 2013.

OVIEDO, H. C., CAMPO-ARIAS, A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach, Revista Colombiana de Psiquiatria. v.34, n. 4. p. 572-580. 2005

PAZ, A.A., et al. **Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde.** Acta Paulista Enfermagem. v. 3, n°. 19, p. 338-342. 2006.

PAZ, A.A et al. **O processo de envelhecimento e a vulnerabilidade individual, social e programática.** Revista de enfermagem. v. 1, nº. 1, p. 2-13. 2005

PEREIRA, J.C., et al. **Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional.** Revista Panamericana Saúde Pública. v. 25, nº 6, p. 491- 8. 2009

PÉREZ, K. et al. **Natural history of decline in instrumental activities of daily living performance over the 10 years preceding the clinical diagnosis of dementia: A prospective population-based study.** Journal of the American Geriatrics Society. Malden, MA. v.56, n.1, p.37-44, 2008.

PILATTI, L. A., et al. **Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: Um debate necessário.** RBECT. p. 81–91, v. 3, nº. 01. 2010

RAMOS, J. M. G. **El análisis factorial confirmatorio aplicado a la investigación pedagógica no-experimental.** Bordón, Madrid. p. 245- 267, n. 267. 1987. In: BEM, A.B., et al. **Validade e confiabilidade de instrumento de avaliação da docência sob a ótica dos modelos de equação estrutural.** Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP . p. 375-401, v. 16, nº. 2. 2011

RAYMUNDO, V. P. **Construção e validação de instrumentos : um desafio para a psicolinguística.** Letras de Hoje. Porto Alegre. p. 86-93, v. 44, nº. 3. 2009

RENOVATO, R.D, et al. **Complexidade da farmacoterapia em idosos na atenção básica em saúde.** In.: SEMPE: Ciências de enfermagem em tempos de interdisciplinaridade. 16º, 2011, Campo Grande, MS. Trabalho 424. Campo Grande, MS. 2011

REYS, B.N., et al. **Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve.** Revista Associação Médica Brasileira. v. 52, nº 6, p. 401-4. 2006

RIBERTO, M., et al. **Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional esquerda.** Acta fisiátrica. v. 11, nº 2, p. 72-76. 2004

RICCI, N.A., et al. **Fatores Associados ao Histórico de Quedas de Idosos Assistidos pelo Programa de Saúde da Família Saúde.** Saúde Sociedade. São Paulo, v.19, n.4, p.898-909. 2010

RICCI, N.A., et al. **Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar.** Revista Saúde Pública. v. 39, nº 4, p. 655-62. 2005

ROESLER E SILVA, E., et al. **Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem.** Revista Escola Enfermagem USP. v. 46, nº 6, p. 1387-93. 2012.

RODRIGUES, O.R.; NERI, A.L. **Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA.** Ciência & Saúde Coletiva. Campinas, SP. p. 2129-2139, nº 17, v. 8. 2012

- RUBIO, D.M., et al. **Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research.** Soc Work Res. v. 27, nº 2, p. 94-105. 2003
- SANTOS, C.S., et al. **Avaliação da confiabilidade do Mini Exame do Estado Mental em Idosos e associação com variáveis sociodemográficas.** Cogitare Enfermagem. v. 15, nº 03. p. 406. 2010.
- SAMPIERI, RH et al. **Metodología de lá investigación** . Mexico: McGRAW HILL, 1996. In: MARTINS, G. D. A. **Sobre Confiabilidade e Validade.** São Paulo. RBGN. , p. 1–12, v. 08, nº 20. 2006.
- SIMÕES, J.A. **Reflexão bioética sobre a situação do idoso e sua família.** Acta Medica Porto Alegre. p. 483-92, v. 23, n. 3. 2010
- SOUZA, M.G. **Consequências causadas pelas quedas à qualidade de vida do idoso.** 39p. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Minas Gerais. 2011
- SOUZA, A.R.A., et al. **Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS.** Arquivos Brasileiros Cardiologia. Campo Grande, MS. v. 88, nº 4, p. 441-446. 2007
- SOUZA, L. K.; HUTZ, C. S. **Relacionamentos pessoais e sociais: amizade entre adultos.** Psicologia em estudo. v.13, nº 2, p.257-265. 2008.
- SCATTOLIN, F.A.A. **Qualidade de vida: a evolução do conceito e os instrumentos de medida.** Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. v.8, n.4, p. 1 – 5. 2006
- SCHRAMM, J.M.A, et al. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva. v.9, nº4, p.897-908. 2004
- STOBBE, J.C., et al. **Projeto Passo Fundo-RS: indicadores de saúde de participantes de um grupo de Terceira idade.** RBCEH, Passo Fundo. v. 2, nº 1, p. 89- 101. 2005.
- TROCHIM, W. M. **The Research Methods Knowledge Base.** 2nd Edition. In: FREITAS, A. L. P., RODRIGUES, S. G. **A avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach.** XII SIMPEP - Bauru, SP, Brasil. Novembro. 2005
- VALLE, E.A., et al **Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 25, nº 4, p. 918-926, abril. 2009
- VERAS, R. **Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD : demandas e desafios contemporâneos.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 23, nº10, p. 2463-2466.2007

VIEGAS, K. **Prevalência de diabete mellitus na população de idosos de Porto Alegre e suas características sociodemográficas e de saúde.** 197 f. Tese (Doutorado). Porto Alegre, PUCRS, 2009

VOOS, M.C. **A influência da idade e da escolaridade na execução e no aprendizado de uma tarefa cognitivo-motora.**137p. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. São Paulo. 2009

WYND, C.A., et al. **Two quantitative approaches for estimating content validity.** West J Nurse Res. p.508-518, v. 25, nº 5. 2003 apud ALEXANDRE, N.M. C.; COLUCI, Z.M. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas.** Ciência & Saúde Coletiva. p. 3061–3068. v. 16, nº 7. 2011

ZANEI, S.S.V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares.** 145p. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. São Paulo. 2006

ANEXOS

ANEXO 1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

Exclusivo para Digitação - Instrumento n° _____

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL - UEMS INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO

DATA: _____ ESF: _____ Microárea: _____ Família: _____

NOME: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: Fem (1) – Mas (0)

Escolaridade:

(Anos de estudo completos. Analfabeto = apenas assina o nome - colocar “zero”)

Estado civil: solteiro(1) - casado(2) - viúvo(3) – div./separado(4) – outros (5)

Arranjo Familiar – com quem mora: (1) só – (0) acompanhado.

Religião: católico (1) – protestante/evangélico (2) – espírita (3) outras (4) – não tem (5)

Possui recurso financeiro próprio (0) Não – Sem recurso

(1) Não - Auxílio da família

(2) Sim – Fontes diversas

(3) Benefício social

(4) Fontes diversas mais benefício social

Tipo de Benefício Social

(0) – Nenhum benefício

(1) Pensão

(2) Aposentadoria

(3) Pensão e aposentadoria

(4) Benefício de Prestação Continuada – BPC

Possui residência própria? N (0) - S (1)

Atualmente mora na residência: própria (1) - alugada (2) - cedida (3)

Condições de moradia: Boa (1) - Regular (2) – Precária (3)

Renda Familiar Mensal: R\$

Número de pessoas que residem na moradia: _____ **Renda per capita: R\$** _____

Pratica atividade física: N (0) – S (1)

Se sim – qual atividade? _____ **Frequência semanal:** _____

Se não: por qual motivo?

Participa de atividade social: Não (0) - Sim (1)

Autoavaliação da Saúde

Em geral, o (a) senhor (a) diria que a sua saúde é:

(1) Muito boa - (2) Boa - (3) Regular - (4) Ruim - (5) Muito ruim

História de hospitalizações nos últimos 12 meses: N(0) - S(1)

Frequência: Nenhuma (0) - 1 vez(1) - 2 vezes(2) - 3 vezes(3) - 4 vezes ou mais(4)

Sofreu queda nos últimos 12 meses? N(0) - S(1) **Quantas vezes?** _____

Onde? Em casa (0) – Fora de casa (1) – Ambas as situações (2)

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

1) Hipertensão	2) D. Isq.Coração	3) AVC/DCV - sequelas	4) Insuf.Cardiaca
5) Diabetes	6) DPOC	7) Osteoartrose	8) Osteoporose
9) Incontinência Urinária	10) Depressão	11) Dist.digestivos	12) Problemas de Coluna
13) Outros:			

FAZ USO DE MEDICAMENTOS? Não (0) – Sim (1)

Quantos: _____

Quais?: _____

ANEXO 2- DETERMINAÇÃO DA SAÚDE NUTRICIONAL

Exclusivo para Digitação - Instrumento n°

DETERMINE SUA SAÚDE NUTRICIONAL

QUESTÕES	SIM	PT
1. Eu tenho alguma doença que fez com que eu mudasse meu hábito alimentar no tipo e na quantidade de alimentos ?		2
2. Eu faço menos de duas refeições por dia ?		3
3. Eu como poucas frutas, legumes, verduras, leite ou substitutos ?		2
4. Eu bebo 3 ou mais doses de cerveja, vinho, aguardente ou licor quase todos os dias?		2
5. Eu apresento algum problema bucal que dificulte minha alimentação ?		2
6. Eu tenho problemas financeiros que me dificultam a compra de alimentos ?		4
7. Eu me alimento sozinho a maior parte do tempo ?		1
8. Eu uso 3 ou mais medicamentos diferentes por dia ?		1
9. Eu ganhei ou perdi cerca de 5 quilos nos últimos 6 meses involuntariamente ?		2
10. Algumas vezes, eu tenho dificuldade física para fazer compras, cozinhar e/ou alimentar-me sozinho ?		2
TOTAL		

Pontuação:

0 – 2	BOM	Sem risco nutricional ou baixo risco
3 – 5	MODERADO	Risco nutricional
6 ou mais	ALTO	Risco nutricional

ANEXO 3 – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF

Exclusivo para Digitação - Instrumento nº _____

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – MIF

NOME: _____

Data: _____

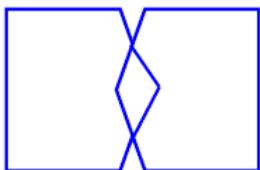
	7. Independência completa (em segurança e em tempo normal). 6. Independência modificada (ajuda técnica).	SEM AJUDA
NÍVEIS	Dependência Modificada	AJUDA
	5. Supervisão	
	4. Dependência Mínima (Indivíduo ≥ 75%)	
	3. Dependência Moderada (Indivíduo ≥ 50%)	
	2. Dependência Máxima (Indivíduo ≥ 25%)	
	1. Dependência Total (Indivíduo ≥ 0%)	
AUTOCUIDADO		SUBTOTAL
A. Alimentação		
B. Higiene Pessoal		
C. Banho (lavar o corpo)		
D. Vestir-se acima da cintura		
E. Vestir-se abaixo da cintura		
F. Uso do vaso sanitário		
CONTROLE DE ESFINCTERES		
G. Controle da Urina		
H. Controle das Fezes		
MOBILIDADE/TRANSFERENCIAS		
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas		
J. Vaso Sanitário		
K. Banheira ou chuveiro		
LOCOMOÇÃO		
L. Marcha / cadeira de rodas	M - C -	
M. Escadas		
COMUNICAÇÃO		
N. Compreensão	A - V -	
O. Expressão	V - N -	
COGNIÇÃO SOCIAL		
P. Interação social		
Q. Resolução de problemas		
R. Memória		
TOTAL		
Nota: Não deixe nenhum espaço em branco. Se não for possível avaliar, marque 1.		

MIF MOTOR	
MIF COGNITIVA	
MIF TOTAL	

ANEXO 4 - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL - MEEM

Exclusivo para Digitação - Instrumento nº

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

NOME:		Data:	
I. ORIENTAÇÃO TEMPORAL		PONTOS	ACERTOS
1. Que dia é hoje?		1	
2. Em que mês estamos?		1	
3. Em que ano estamos?		1	
4. Em que dia da semana estamos?		1	
5. Qual a hora aproximada? (variação ± 1 hora)		1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL			
6. Em que local nós estamos? (apontar para o aposento)		1	
7. Que local é este? (apontar ao redor. Sentido mais amplo).		1	
8. Em que bairro estamos ou o nome da rua mais próxima?		1	
9. Em que cidade estamos?		1	
10. Em que Estado estamos?		1	
II. REGISTRO DE MEMÓRIA DE FIXAÇÃO			
11. Eu vou dizer três palavras e você vai repeti-las a seguir: Vaso – carro – tijolo. 01 ponto para cada palavra repetida acertadamente na primeira tentativa, embora possa repeti-las até 3 vezes para aprendizado.		3	
III. ATENÇÃO E CÁLCULO			
12. Subtração de sete sucessivamente (100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7= 65).		5	
13. Ou Soletrar a palavra Mundo ao contrário / ODNUM		1	
IV. MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO			
14. Recordar as três palavras repetidas anteriormente.		3	
V. LINGUAGEM			
15. Nomear dois objetos (aponte um lápis/caneta e o relógio)		2	
16. Repetir uma frase: "Nem aqui, nem ali, nem lá".		1	
17. Comando verbal: "Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre ao meio (1 ponto) e coloque no chão (1 ponto)		3	
18. Seguir o comando escrito: "Feche os olhos"		1	
19. Escrever uma frase completa.		1	
PRAXIA CONSTRUTIVA			
20. Copiar o desenho		1	
			
TOTAL			

ANEXO 5 – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Exclusivo para Digitação - Instrumento n°

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

NOME:

Data:

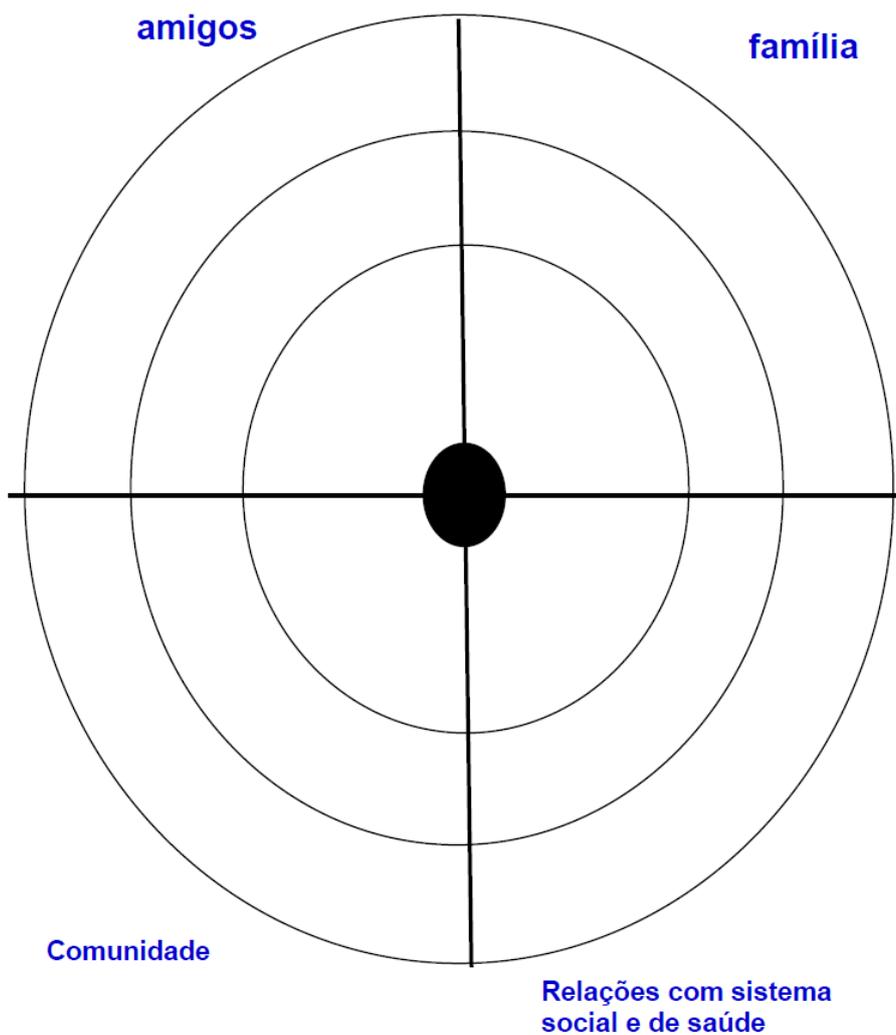
	SIM	NÃO
1. Sente-se satisfeito com a vida?	0	1
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	1	0
3. Acha sua vida vazia?	1	0
4. Aborrece-se com freqüência?	1	0
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	0	1
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	1	0
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se desamparado com freqüência?	1	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	1	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	0	1
12. Vale a pena viver como vive agora?	0	1
13. Sente-se cheio de energia?	0	1
14. Acha que sua situação tem solução?	0	1
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	1	0
TOTAL		
Pontuação: 1 ponto para cada resposta em negrito.		

ANEXO 6 – MAPA MÍNIMO DA RELAÇÃO DO IDOSO- MMRI

Exclusivo para Digitação - Instrumento n° _____

MMR - MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES DO IDOSO

NOME: _____ Data: _____



ANEXO 7 – COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA- ICFT

Exclusivo para Digitação - Instrumento nº _____

ÍNDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA (ICFT)

NOME: _____ Data: _____

Número total de medicamentos (incluindo medicamentos de uso contínuo ou esporádicos usados quando necessário): _____

A) Circule o peso correspondente para cada forma de dosagem presente na farmacoterapia (SOMENTE UMA VEZ):

Formas de dosagem		Peso
Oral	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/grânulos	2
	Spray /comprimidos sublinguais	2
Tópico	Crems/géis/pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas /soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos	2
	Spray de uso tópico	1
Ouvido, olhos e nariz	Gotas, cremes, pomadas para ouvido	3
	Colírios, gotas para os olhos	3
	Géis, pomadas para os olhos	3
	Gotas, cremes, pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
Inalação	Accuhalers - Pó seco para inalação	3
	Aerolizers	3
	Inaladores de dose medida (bombinha)	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sônico)	5
	Oxigênio/ concentrador	3
	Turbuhalers (pó seco para inalação)	3
Outros inaladores de pó seco	3	
Outros	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções: pré-carregadas	3
	Injeções: ampolas/ frascos-ampolas	4
	Supositórios/ óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
Crems vaginais	2	
Total seção A		

- B) Para cada medicação da farmacoterapia marque [✓] no quadro correspondente, com sua frequência de dose. Então, some o número de [✓] em cada categoria (frequência de dose) e multiplique pelo peso determinado para essa categoria. Nos casos em que não exista uma opção exata, escolher a melhor opção.

Frequência de dose	Medicações	Total	Peso	Total x Peso
1x dia			1	
1x dia s/n			0,5	
2x dia			2	
2x dia s/n			1	
3x dia			3	
3x dia s/n			1,5	
4x dia			4	
4x dia s/n			2	
12/12 h			2,5	
12/12 h s/n			1,5	
8/8h			3,5	
8/8h s/n			2	
6/6h			4,5	
6/6h s/n			2,5	
4/4h			6,5	
4/4h s/n			3,5	
2/2h			12,5	
2/2h s/n			6,5	
s/n			0,5	
Dias alternados			2	
Oxigênio s/n			1	
Oxigênio < 5h			2	
Oxigênio > 15			3	
Total seção B				

- C) Marque [√] no quadro que corresponde às instruções adicionais, caso presentes na medicação. Então, some o número de [√] em cada categoria (instruções adicionais) e multiplique pelo peso correspondente da categoria.

Instruções adicionais	Medicações	Total	Peso	Peso x número de medicações
Partir ou triturar o comprimido			1	
Dissolver o comprimido/ pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo			1	
Dose variável			1	
Tomar /usar em horário específico			1	
Relação com alimento			1	
Tomar com líquido específico			1	
Tomar /usar conforme indicado			2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2	
Doses alternadas			2	
Total seção C				

Total da Complexidade da Farmacoterapia = _____

APÊNDICES

APÊNDICES 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo sobre a estrutura do índice de vulnerabilidade dos idosos assistidos na atenção básica de Bonito-MS.

Pesquisador: MARCIA REGINA MARTINS ALVARENGA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 11229012.8.0000.5160

Instituição Proponente: Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 237.866

Data da Relatoria: 12/04/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta de forma articulada a importância da elaboração de indicadores e instrumentos que atendam ao propósito de detecção da vulnerabilidade em idosos da Atenção Básica em Saúde em cidades do interior do MS. Problemática, de forma bastante rica, o constructo "vulnerabilidade" a ser investigado em suas implicações empíricas no que diz respeito à condição de vida do idoso.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivos: (1) identificar o perfil dos idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Bonito, MS; (2) Verificar a confiabilidade do índice de vulnerabilidade do idoso; (3) verificar a validade estrutural do índice de vulnerabilidade do idoso. Os objetivos estão bem definidos, indicam relevância social do estudo e factibilidade, uma vez que a pesquisadora apresenta produção relacionada em periódicos da área.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação dos riscos é adequada. A pesquisadora seguiu de forma precisa sugestões do comitê.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é transversal e de abordagem quantitativa. A população abrange 90 idosos da cidade de Bonito, MS, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, assistidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Procedimento Contato com os participantes identificados nas unidades de

Endereço: UFGD - Unidade 2. Rodovia Dourados - Itahum, Km 12 - Cidade Universitária. Caixa Postal 533
Bairro: Cidade Universitária CEP: 79.804-970
UF: MS Município: DOURADOS
Telefone: (67)3410-2328 E-mail: cep@ufgd.edu.br



atendimento, conforme amostragem aleatória proporcional ao número de pessoas atendidas pela unidade em questão. Aplicação de questionários e realização de entrevistas (em anexo ao protocolo, documento digital "INSTRUMENTOS - PESQUISA.pdf"): - Questionário de caracterização da família; - Índice de desenvolvimento da família; - Questionário sociodemográfico e econômico; - Índice de complexidade da farmacoterapia; - Escala de adesão terapêutica de Morisky de 8 itens; - Instrumento de avaliação de risco nutricional; - Medida de independência funcional - MIF; - Mapa mínimo de relações do idoso; - APGAR de Família; - Mini-exame do estado mental - MEEM; - Escala de depressão geriátrica;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Reformulado conforme sugestões do comitê.

Recomendações:

Recomendo aprovação, pois pesquisadora reformulou o protocolo, adequando conforme sugerido pelo comitê.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu todas as pendências apresentadas no parecer anterior. Por essa razão, recomendo aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

DOURADOS, 04 de Abril de 2013

Assinador por:
Rosilda Mara Mussury Franco Silva
(Coordenador)

Endereço: UFMS - Unidade 2. Rodovia Dourados - Itahum, Km 12 - Cidade Universitária. Caixa Postal 533
Bairro: Cidade Universitária CEP: 79.804-970
UF: MS Município: DOURADOS
Telefone: (67)3410-2328 E-mail: cep@ufms.edu.br