

CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA INSERIDA NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR EM SÃO LUÍS - MA

TEST OF ELDER INSERT CAPACITY IN HOUSEHOLD CARE PROGRAM IN SÃO LUÍS, MARANHÃO, BRAZIL

Alinne Suelma dos Santos Diniz¹, Letícia Ferreira da Silva², Nair Portela Silva Coutinho³, Andreia Cristina da Silva Ribeiro², José Adailton Roland Diniz⁴, Rosilda Silva Dias³, Ana Hélia de Lima Sardinha³

Resumo

Introdução: O envelhecimento, enquanto fenômeno biológico apresenta-se em cada ser humano de modo singular. Nesse contexto, o domicílio é visto como espaço em que pessoas idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida e dentro de condições favoráveis. A dependência configura-se como um grande temor para os idosos, evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe de saúde. **Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional do idoso inserido no programa de atendimento domiciliar do município de São Luís (MA). **Métodos:** Estudo epidemiológico, descritivo para avaliação da capacidade funcional dos idosos que são atendidas no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso Frágil. A amostra foi de 141 idosos no período de setembro a novembro de 2014, sendo avaliados pelo índice de Barthel. **Resultados:** Verificou-se que 12,1% dos idosos são independentes, 7,8% tem dependência leve, 19,1% dependência moderada, 24,1% dependência severa e 36,9% são totalmente dependentes. Os fatores como polifarmácia, hospitalização, viuvez, residir ou não com a família, necessidade de cuidados, hábitos de vida e problemas de saúde estiveram associados com a dependência. **Conclusão:** A capacidade funcional dos idosos do estudo está prejudicada e isso tem afetado sua autonomia, conforme se evidencia tanto pela ocorrência de queda, como nas limitações para realização das atividades de vida e resultados da avaliação dos níveis de dependência. A pesquisa aponta para a importância da avaliação como forma de direcionar o planejamento mais adequado de ações mais singularizadas em busca da promoção da qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: Idoso. Capacidade funcional. Atendimento domiciliar.

Abstract

Introduction: Aging as a biological phenomenon present in every human being a unique way. In this context, the household is seen as a place where older or not people can live with good quality of life and in favorable conditions. Dependence appears as a great fear for the elderly, avoid it or postpone it becomes a health team function. **Objective:** To evaluate the functional capacity of the inserted elderly in home care program in São Luís, Maranhão, Brazil. **Methods:** Epidemiological, descriptive study to evaluate the functional capacity of the elderly who are cared for in the Home Care Program to Frail Elderly. The sample consisted of 141 elderly in the period from September to November 2014, being evaluated by the Barthel index. **Results:** It was found that 12.1% of the elderly are independent, 7.8% have mild dependence, 19.1% moderate dependence, 24.1% severe dependence and 36.9% are totally dependent. The factors such as polypharmacy, hospitalization, widowhood, living or not with family, need care, lifestyle and health problems were associated with addiction. **Conclusion:** The functional capacity of the elderly study is impaired and this has affected their autonomy, as evidenced both by the occurrence of fall, the limitations for carrying out life activities and results of the evaluation of dependency levels. The research points to the importance of evaluation as a way to target the most appropriate planning more singled actions in pursuit of promoting the quality of life of older people.

Keywords: Elderly. Functional capacity. Home care.

Introdução

O século XXI apresenta-se com características peculiares das transformações demográficas e epidemiológicas do século passado. Tais transformações foram significativas nos âmbitos sócios demográficos e da saúde em todo o mundo considerando o envelhecimento da população¹. O crescente número de idosos na população brasileira é reflexo dos processos de aumento da expectativa de vida, devido ao avanço tecnológico, de atendimento na área da saúde e de redução na taxa de natalidade².

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o idoso é todo indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos nos países desenvolvidos. No Brasil, como em qualquer outro país em desenvolvimento onde a

expectativa de vida é baixa, é considerado idoso todo indivíduo a partir de 60 anos ou mais de idade. Porém, esta realidade pode ser alterada nas próximas gerações pelo fato de que a população não só está envelhecendo, como também a proporção da população "mais idosa", ou seja, a partir de 80 anos ou mais de idade, está aumentando e alterando a composição etária dentro do próprio grupo³.

O envelhecimento é o processo normal de mudança relacionado ao tempo, podendo ocorrer modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte⁴.

Apesar dos esforços despendidos para garantir

¹ Residência Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA.

² Hospital Universitário. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³ Docente do Curso de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

⁴ Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA.

Contato: Letícia Ferreira da Silva. E-mail: leticiafds1@hotmail.com

um envelhecimento cada vez mais ativo e saudável, a maioria dos idosos experimenta alguma fragilidade nessa fase. A doença traz consigo um fator emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, de dependência, de insegurança. O estado de doença acarreta algumas repercussões psíquicas inevitáveis, como preocupações, angústias, medos, alterações na autoimagem e algum nível de dependência⁵.

O domicílio é visto hoje como um espaço em que pessoas portadoras de doenças crônicas e outras afecções, idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença. Assim, a experiência de cuidar de um doente em casa tem se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias⁶.

A visita domiciliar é um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade a qual o idoso está inserido.

Baseado nessa perspectiva as equipes interdisciplinares da Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF), tem utilizado da visita domiciliar, para o diagnóstico da realidade e implementar ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas condições para potencializar a independência e preservação de sua autonomia⁷.

Referindo-se ao idoso, o atendimento domiciliar se insere no modelo gerontológico, que visa na medida do possível, a reinserção do idoso na comunidade, preservando ao máximo sua autonomia, buscando a recuperação de sua independência funcional e procurando mantê-lo um cidadão - ativo, participativo, produtivo e afetivo⁸.

Dentre os comprometimentos advindos com o avanço cronológico da idade, está ocorrência de incapacidade funcional. Conhecer seus níveis é útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, tendo em vista as repercussões do aumento de sua expectativa de vida e as novas repercussões. A capacidade funcional pode ser avaliada com enfoque em dois domínios: as atividades básicas da vida diária (ABVD), e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As atividades básicas estão ligadas ao autocuidado do indivíduo, como alimentar-se, banhar-se e vestir-se. Enquanto as atividades instrumentais englobam tarefas mais complexas muitas vezes relacionadas à participação social do sujeito, como por exemplo, realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte⁹.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade¹⁰.

A capacidade funcional surge, assim, como um novo paradigma de saúde, proposto pela PNSPI. A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa. A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma

função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família⁷.

É preciso aprofundar os estudos acerca dessa temática para compreender quais são as principais capacidades funcionais da pessoa idosa. Considerando que a capacidade funcional do idoso e dos fatores associados determinarão as condutas e cuidados dos profissionais junto ao idoso e sua família, objetivou-se com este estudo avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa inserida no programa de atendimento domiciliar do Município de São Luís (MA).

Métodos

Estudo epidemiológico, descritivo para verificação do perfil epidemiológico e clínico funcional da pessoa idosa que são atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI) através do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso Frágil (PADIF) em São Luís do Maranhão.

A amostra deste estudo foi 141 idosos atendidos no PADIF em São Luís-Maranhão entre os meses de setembro a novembro de 2014. Os critérios de inclusão foram: idosos, ambos os sexos, cadastrados e em acompanhamento. Como critério de exclusão têm-se os idosos que receberam alta ou cadastro inferior a 6 meses.

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos. O primeiro, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que é um instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde, como parte de uma estratégia para o acompanhamento da saúde da população idosa abordando os dados sociodemográficos. O segundo, o Índice de Barthel usado por meio da observação direta das Atividades Básicas de Vida Diária dos idosos na residência. Este instrumento verificou o grau de assistência exigido em 10 atividades tais como alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, dejetões, micções, uso do vaso sanitário, transferência cadeira/cama, deambulação e escadas¹¹. Nesse instrumento contém uma pontuação global simples, oscilando entre 0 e 100, resultante da soma de todas as pontuações de itens individualmente ponderados, de modo que o equivale à completa dependência em todas as 10 atividades, e 100 equivale à completa independência em todas as atividades¹¹.

O grau de pontuação foi classificado de acordo com a interpretação sugerida em estudos, onde 100 pontos equivalem a completa independência em todas as atividades; valores superiores ou iguais a 60 indicam dependência moderada; menor que 60 indica dependência severa e ainda menor que 20 indica dependência total¹².

Os dados foram tabulados na planilha eletrônica Excel versão 2010, avaliados pelo programa estatístico IBM SPSS Statistics 20 e apresentados por meio de tabelas e gráficos em números absolutos e percentuais e discutidos a luz da literatura.

Este estudo é um subprojeto da pesquisa intitulada "Perfil epidemiológico e clínico funcional da pessoa idosa inserida em programa de atendimento fisioterapêutico do setor público e privado de São Luís-MA", que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário (CEP-HU-UFMA), com parecer Nº 492. 583/2013.

Resultados

Participaram da pesquisa 141 idosos, no qual o tempo de participação no programa PADIF variou de 6 a 36 meses, sendo que sua maioria, 48,9%, participava a mais de 36 meses do programa. Os acompanhados de 6 a 12 meses representaram 29,8% dos pesquisados.

A aplicação do questionário sócio demográfico permitiu constatar que, dos 141 idosos, cerca de três terços dos é sexo feminino 75,9% enquanto que do sexo masculino resultou em 24,1%. A idade mínima foi 61 anos e máxima 106 anos exibindo uma mediana de 82 anos. A cor parda foi a mais referida dentre a população pesquisada, 50,4% seguida da branca 31,2% e preta 17,7%. Em relação ao estado civil, houve predominância dos viúvos 42,6%, seguidos pelos solteiros 31,2%. Quanto aos anos estudados, quase dois terços 66% da população não estudou ou estudou no máximo 4 anos. Em relação à renda mensal e situação econômica, 75,9% afirmaram receber apenas um salário mínimo e 80,1% ser aposentados (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso Frágil. São Luís - MA, 2014.

Variável	n	%
Admissão (meses)		
6 a < 12	42	29,8
12 a < 24	12	08,5
24 a < 36	18	12,8
36	69	48,9
Sexo		
Masculino	34	24,1
Feminino	107	75,9
Idade (anos)		
60 – 64	02	01,4
65 – 69	12	08,5
70 -74	22	15,6
75 – 79	23	16,3
80 ou mais	82	58,2
Raça/Cor		
Branca	44	31,2
Preta	25	17,7
Parda	71	50,4
Amarela	01	00,7
Estado civil		
Casado	35	24,8
Solteiro	44	31,2
Viúvo	60	42,6
Separado	02	01,4
Escolaridade (anos)		
Analfabeto	43	30,5
Até 4	50	35,5
4 a 8	37	26,2
8 ou mais	11	07,8
Situação econômica		
Empregado	03	02,1
Desempregado	02	01,4
Aposentado	113	80,1
Pensionista	19	13,5
Outro	04	02,8
Renda mensal (salários mínimos)		
1	107	75,9
1 a 2	27	19,1
3 a 4	05	03,5
5 ou mais	02	01,4
Total	141	100,0

Os dados sobre a rede de apoio do Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso Frágil (PADIF) mostrou que 72,4% moram com familiares, 9,2% vivem sozinhos, 17,7% com outras pessoas dentre outros locais a instituição de longa permanência. Ao questionar sobre o tempo acompanhado durante a maior parte do dia e sobre necessidade de cuidados, encontramos igual percentual, 80,9% dos entrevistados (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis relacionada à rede de apoio dos idosos. São Luís - MA, 2014.

Variável	n	%
Com quem reside		
Sozinho	13	09,2
Familiares	102	72,4
Amigos	01	00,7
Outros	25	18,7
Fica sozinho maior parte do dia		
Não	114	80,9
Sim	27	19,1
Necessita de cuidados		
Não	27	19,1
Sim	114	80,9
Total	141	100,0

Ao avaliar os idosos pelo Índice de Barthel, evidenciou-se que 12,1% são independentes, 7,8% têm dependência leve, 19,1% dependência moderada, 24,1% dependência severa e 36,9% são totalmente dependentes. Não houve independência significativa nas atividades avaliadas pelo Índice de Barthel (Figura 1).

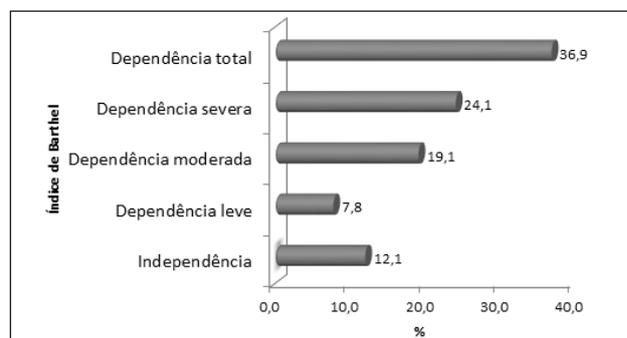


Figura 1 - Distribuição das variáveis do índice de Barthel dos idosos. São Luís - MA, 2014.

Evidenciou-se o nível de dependência mais frequente nas atividades: banho 63,1%, seguida de subir escadas 59,6%, locomoção 50,4%, higiene pessoal 45,4%, transferência no banheiro 41,8% (Figura 2).

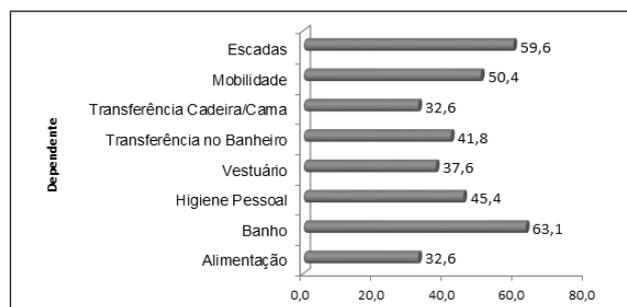


Figura 2 - Distribuição de frequência das variáveis de dependência do índice de Barthel dos idosos. São Luís - MA, 2014.

Tabela 3 - Distribuição de frequência de quedas e quantidade de medicamentos com associação do índice de dependência de Barthel dos idosos. São Luís - MA, 2014.

Variável	Classificação do Índice de Barthel										P
	Independência	%	Dependência leve	%	Dependência moderada	%	Dependência severa	%	Dependência total	%	
Quedas											
Não	9	11,4	5	06,3	10	12,7	19	24,1	36	45,6	0,063
Sim	8	13,1	6	09,8	17	27,9	15	24,6	15	24,6	
Medicamentos											
Nenhum	7	35,0	2	10,0	05	25,0	02	10,0	04	20,0	0,049
1 ou 2	3	10,7	2	07,1	06	21,4	09	32,1	08	28,6	
3 ou 4	3	06,4	3	06,4	08	17,0	11	23,4	22	46,8	
5 ou mais	4	08,7	4	08,7	08	17,4	12	26,1	18	39,1	

Ao associar a distribuição de frequência de quedas com a quantidade de medicamentos e o índice de dependência de Barthel dos idosos 56,0% negaram episódio de queda e 43,3% relataram tal ocorrência. Vinte idosos 14,2% não utilizam medicamentos, 19,9% consomem 1 ou 2 medicações, 33,3% usam 3 ou 4 e 32,6% pessoas usam mais de 5 medicamentos. Observou-se que o nível de dependência aumentou proporcionalmente com a porcentagem de idosos que não apresentaram quedas de 11,4% 45,6%, enquanto os que confirmaram episódio de queda não se identificou relação. O uso de 3 ou mais medicações apresentou significativa elevação da frequência a medida que o nível de dependência também ascendeu de 15,1% para 85,9% (Tabela 3).

Discussão

A partir dos resultados obtidos nesse estudo, é possível identificar um padrão sócio-demográfico para esta amostra de idosos assistidos pelo PADIF. Foi encontrada, entre os participantes do estudo, uma maior proporção de mulheres 75,9%, essa predominância tem sido atribuída à menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferença quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e, por último, uma maior cobertura de assistência gineco-obstétrica¹³.

O baixo nível de escolaridade na faixa etária estudada é compatível com a realidade nacional, sendo este um importante fator contribuinte para impactos negativos na redução de fatores de risco relacionados à incapacidade funcional, 66% da amostra investigada é analfabeta ou estudou por até 4 anos. Este percentual mostra o grande número de pessoas com pouco ou nenhum grau de escolaridade, pois o analfabetismo no idoso representa uma realidade nos países em desenvolvimento, como, por exemplo, o Brasil, principalmente quando se trata de idosos que viveram sua infância em época em que o ensino não era prioridade principalmente com relação à mulher¹⁴.

De acordo com os achados da pesquisa, 80,1% pessoas referem ser aposentadas, com renda de 01 salário mínimo mensal 75,9%. De acordo com os dados da PNAD, 42,1% da renda familiar, na região nordeste é proveniente das aposentadorias. Estudos brasileiros, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, têm mostrado que a capacidade funcional dos idosos é fortemente influenciada pela renda domiciliar per capita¹⁵.

Em relação ao estado civil, os viúvos predominaram nesse estudo, com 42,6%, seguidos dos solteiros com 31,2%. Considerando-se que as mulheres idosas constituem o maior número de participantes desse estudo, justifica-se o fato da menor longevidade dos homens, mas, também, da maior frequência de novo casamento dos homens, após a viuvez bem como sua maior tendência a se casarem com mulheres mais jovens¹³.

O estudo apresenta a variável residir sozinho, 9,2% dos entrevistados mostrou-se como fator de proteção para o comprometimento da capacidade funcional, demonstrando com isso que um idoso que consegue morar sozinho demonstra ser independente e autônomo. Tal situação não significa um problema em si, já que pode ser uma opção ou uma possível condição ou ainda representar consequência de melhor capacidade funcional e menor necessidade de vigilância dos familiares. Contudo, pode oferecer riscos e representar causa de problemas de saúde, especialmente porque pode haver menor vigilância da família¹⁵.

Entre as variáveis relacionadas à saúde, as quedas nos últimos 12 meses não são em si, riscos diretos para a incapacidade funcional, mas um indicador da ocorrência de tipos graves de doenças que demandam cuidados especiais, como os hospitalares. Isso pode desencadear um processo de incapacidade funcional. No PADIF, 43,3% dos idosos sofreram pelo menos uma queda nos últimos 12 meses, os idosos da pesquisa de Alves, Ribeiro e Milane¹⁶ contrapôs a significativa prevalência de quedas com apenas 17,3%.

A instabilidade postural é frequente nos idosos e tem como complicações as quedas e a imobilidade. As quedas ocorrem em 30% dos idosos, apresentam alta taxa de recorrência e constitui a sexta causa morte dos idosos. Têm causas multifatoriais e devem ser prontamente investigadas. As causas podem ser secundárias as doenças do sistema nervoso central, órgãos aferentes ou eferentes. As complicações mais temidas são a fratura de fêmur e o hematoma. O medo de cair é frequente e pode desencadear o ciclo vicioso da imobilidade¹⁷.

No PADIF, foi encontrado quase um terço dos idosos 32,6% em polifarmácia, a utilização de 3 ou mais medicamentos exibiu expressiva elevação da frequência proporcional ao nível de dependência de 15,1% para 85,9%. Em pesquisa realizada em São Paulo o uso de 5 ou mais medicamentos foi relatado por 36% dos entrevistados. É fato que eventos adversos a medicamentos podem comprometer a capacidade funcional dos idosos expostos a polifarmácia, além de repre-

sentar um excesso de custo para o sistema de saúde. Dessa forma, os medicamentos podem contribuir para a manutenção da capacidade funcional, mas também podem comprometê-la. Por isso, os medicamentos a serem prescritos para pessoas idosas devem ter sua relação benefício-risco bem avaliada¹⁸.

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, os indivíduos que apresentam alguma dificuldade na realização de AVDs são considerados em potencial para desenvolver fragilidade, conceito relacionado à diminuição da capacidade funcional, aumento da dependência para atividades da vida diária e utilização de serviços de saúde. Idosos fragilizados necessitam, portanto, de atenção específica por parte dos profissionais de saúde¹⁹.

A população pesquisada mostra-se mais dependente nas atividades, variáveis: banhar, subir escadas, locomoção, higiene pessoal e transferência no banheiro. Foi identificado que quase todas as atividades citadas anteriormente a sua execução dependem de força, potência e equilíbrio.

Na atividade de transferência, 50,4% dos idosos possuem alguma dependência. Isso indica que o idoso, nessa situação, acaba sendo dependente em outras atividades.

A mobilidade é, geralmente, a primeira Atividade Básica da Vida Diária comprometida e, se considerada que esta é necessária para a maioria das outras AVDs, isso resultará na perda da independência.

A perda de mobilidade e conseqüente dificuldade de transferência podem ampliar em duas vezes o risco de morte. A falta de mobilidade dos idosos em estudo retira-lhes a capacidade de gerenciar sua vida e sua autonomia. A dependência observada no domínio de transferência pode estar relacionada à falta de orientação dos profissionais envolvidos e às restrições do próprio ambiente, como a ausência de vasos sanitários adaptados, barras nos banheiros e adaptação dos chuveiros. Um ambiente projetado aumenta a capacidade funcional dos idosos e previne acidentes²⁰.

A avaliação das atividades relacionadas ao autocuidado, como o banho, a higiene pessoal e vestir-se, ficaram comprometidas para um número significativo.

A dependência para essas atividades tem repercussão mais profunda que simplesmente depender de um cuidador. O pudor que a grande maioria dos idosos preserva quanto à exposição do corpo, mesmo que para as pessoas de sua intimidade, cria constrangimentos, que podem levar à complicação de sua saúde. Considera-se que a demora do idoso em aceitar que outro faça sua higiene íntima poderá propiciar o aparecimento de úlceras de pressão, de infecções genitais e outros agravos à saúde²⁰.

A avaliação da capacidade funcional associada ao perfil sócio demográficos, hábitos de vida e comorbidades dos idosos representa um instrumento fundamental para uma avaliação clínica mais completa no campo da reabilitação e gerontologia, visando à prevenção, o tratamento mais adequado das diferentes doenças ou agravos, a recuperação funcional e a definição de estratégias para o cuidado e atenção aos idosos.

Evidenciou-se que os idosos se apresentaram com vários níveis de dependência (dependência leve, dependência moderada, dependência moderada e dependência severa) e independentes. A alzheimer, AVE, afasia, disfagia, úlcera de decúbito, deformidade dos dedos das mãos, estiveram associados com a dependência. Os fatores como polifarmácia, hospitalização, viuvez, residir com a família, passar maior parte do dia só, necessidade de cuidados, hábitos de vida e problemas de saúde estiveram associados com a dependência.

Com base nos resultados conclui-se que a capacidade funcional dos idosos do estudo está prejudicada e isso tem afetado sua autonomia, conforme se evidencia tanto pela ocorrência de queda, como nas limitações para realização das atividades de vida e resultados da avaliação dos níveis de dependência.

Realizar a avaliação de forma sistemática, obter seus resultados e estas somar a uma escuta qualificada dos idosos e seus cuidadores, norteia o planejamento e a execução das práticas assistenciais mais adequadas à realidade singular de cada idoso e aumentando as possibilidades de intervenção mais adequadas às suas necessidades, promovendo ações em busca da manutenção de sua habilidade funcional e, dessa forma, melhorando sua qualidade de vida.

Referências

- Nasri F. Envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, 2008; 6(1): 4-6.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: IBGE. *Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios*. 2014. [capturado 2014 dez 26]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.
- Carvalho RR. *Política nacional de saúde da pessoa idosa: Competência dos Cuidadores de Pessoas Dependentes*. Brasília, 2011.
- Papaléo NM. Processo de envelhecimento e longevidade. In: Papaléo Neto M. *Tratado de gerontologia*. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, cap. 1, p. 3, 2006.
- Diogo MJD, Duarte YA. O Cuidado em domicílio: conceitos e práticas. In: Freitas EV. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- Orso ZRA. *Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis - RS*. [Dissertação] Porto Alegre (RS): Universidade Católica do Rio Grande do Sul. RS, 2008. 116 pag.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; Brasília, 2007.
- Domingos ELL, Andrade M. A importância da visita domiciliar para o idoso portador de doença crônica após a alta hospitalar. *Informe Saúde*, 2007; 3(2): 12-14.
- Duca GFD, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43(5): 796-805.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Ministério da Saúde: Brasília, 2010.
- O'Sullivan SB. *Fisioterapia Avaliação e Tratamento*. 4ª Ed. Barueri: Manole. 2004.
- Rafaela JC, Moreno JD. Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 1997; 71(2): 177-137.

13. Torres GV, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr*, 2009; 58(1): 39-44.
14. Reis LA, Torres GV, Reis LA. Características sócio demográficas e de saúde de idosos de uma instituição do município de Jequié/BA. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 2009; 12(2): 267-274.
15. Nunes MR, Rita CL, Ribeiro CR, Rosado EFPL, Franceschini C. Influência das características sócio demográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev Bras Fisioterapia*, 2009; 13(5): 376-382.
16. Alves MJM, Ribeiro LC, Milene JL. *Perfil da Capacidade Funcional do Idoso*. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; Caxambu-MG. Brasil, 2008.
17. Moraes EN. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
18. Carvalho MC, Lieber NSR, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, Duarte YAO. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. *Rev Bras epidemiol*, 2012; 15(4): 822-827.
19. Duca GFD, Thumé PC, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saúde Pública*, 2011; 45(1): 113-120.
20. Minosso GSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um centro de saúde-escola da Universidade de São Paulo. *Cogitare Enferm*, 2010; 15(1): 12-18.