

CARLOS CÉSAR BONTEMPO FERRAZ

**CARACTERIZAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM
CÂNCER DE PRÓSTATA EM MATO GROSSO DO SUL.**

CAMPO GRANDE

2015

CARLOS CÉSAR BONTEMPO FERRAZ

**CARACTERIZAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM
CÂNCER DE PRÓSTATA EM MATO GROSSO DO SUL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos

Prof. Dra Inês Echenique Mattos

CAMPO GRANDE

2015

FOLHA DE APROVAÇÃO

CARLOS CÉSAR BONTEMPO FERRAZ

**CARACTERIZAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM CÂNCER
DE PRÓSTATA EM MATO GROSSO DO SUL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste,
da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para
obtenção do título de Mestre.

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Prof. Dra. Lívia Maria Santiago
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dra. Ana Paula de Assis Sales
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Campo Grande (MS), 13 de Abril de 2015.

*À Deus,
que está sempre presente em minha vida, principalmente nos momentos difíceis.*

*Aos meus pais Carlos César e Magaly,
pelos exemplos, incentivo, suporte, amor e torcida durante todas as fases de minha vida.*

*À minha esposa Fernanda,
pelo amor, paciência, suporte e apoio incondicional. E por nossa princesa Maria Antônia.*

*À minha irmã Mayara,
pelo apoio, empenho, disposição e ajuda sempre que necessário.*

AGRADECIMENTOS

- À minha coorientadora **Profª Drª Inês**, pelas orientações, apoio, compreensão e paciência durante estes dois anos. Espero poder retribuir a confiança e oportunidade.

- À **Profª Drª Ana Paula**, pelo apoio e incentivo durante toda minha trajetória profissional e pessoal. E o mais importante, por sua amizade.

- À **Profª Drª Livia**, pela simpatia, disponibilidade e boa vontade durante esta jornada.

- Ao **Prof Dr. Ricardo**, pela oportunidade e orientação.

- Ao **João Francisco**, pelo apoio, companheirismo, participação na qualificação, e por compartilhar suas experiências.

- Aos **amigos**, por compartilhar as alegrias e angústias, pelo apoio e incentivo em todos os momentos.

- À **UFMS** e ao **Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste**, pela oportunidade e suporte.

*A verdadeira medida de um homem não é como ele se comporta
em momentos de conforto e conveniência, mas como ele se mantém
em tempos de controvérsia e desafio.*

Martin Luther King

FERRAZ, C.C.B. Caracterização da capacidade funcional de idosos com câncer de próstata em Mato Grosso do Sul. **[Dissertação]**. Campo Grande: Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

RESUMO

A capacidade funcional pode ser definida como a aptidão do indivíduo em desempenhar suas atividades da vida diária, sem disfunção ou limitação e está relacionada a uma combinação de fatores intrínsecos e extrínsecos. A avaliação da funcionalidade antes e depois do início do tratamento do câncer pode contribuir para a prevenção de incapacidades e para uma melhor qualidade de vida nos pacientes. Este estudo teve como objetivo analisar os fatores associados à incapacidade funcional em idosos com câncer de próstata incidente, atendidos em hospitais do Sistema Único de Saúde de Campo Grande, MS. Foram utilizados dados secundários do projeto de pesquisa “Avaliação Geriátrica Multidimensional em idosos com câncer de próstata: viabilidade de implantação e potencial de impacto na sobrevida.” Constituíram a população de estudo 174 indivíduos que atenderam os critérios de inclusão e foram entrevistados entre abril de 2012 e março de 2014. Realizou-se a análise descritiva da população de estudo, segundo variáveis sociodemográficas e de dimensões da saúde global, entre elas a funcionalidade, e estimou-se a prevalência de dependência funcional em Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs) e em Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). Posteriormente, as variáveis que apresentaram associações estatisticamente significativas com esses dois desfechos foram avaliadas em modelos múltiplos por meio da regressão de Poisson. A média de idade da população de estudo foi de 72,09 ($\pm 7,15$) anos e a mediana de 72,0 anos, sendo que 43% dos indivíduos encontrava-se na faixa etária de 60-69 anos (n=75). A prevalência de dependência em AVDs na população de estudo foi de 20,1% (n=35), enquanto a prevalência de dependência em AIVDs correspondeu a 41,4% (n=72). Em relação a dependência em AVDs, idade (RP=1,07), escolaridade (RP=2,00) e estado emocional (RP=2,25) foram fatores independentes associados à incapacidade funcional nessas atividades no modelo final. No modelo múltiplo, mostraram associação independente com incapacidade funcional em AIVDs as variáveis idade (RP=1,04), escolaridade (RP=2,12) e cognição (RP=1,50). Os resultados apresentados são similares aos observados na literatura e apontam para a necessidade da realização de estudos longitudinais que avaliem fatores de risco para dependência nesse grupo populacional, de forma a subsidiar o planejamento de estratégias de promoção de saúde e prevenção de incapacidades, que visem à independência e melhor qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: funcionalidade, envelhecimento, neoplasias da próstata

FERRAZ, C.C.B. Characterization of the functional capacity of elder patients with prostate cancer in Mato Grosso do Sul. **[Dissertation]**. Campo Grande: Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

ABSTRACT

Functional capacity can be defined as the individual's ability to perform their activities of daily living without impairment or limitation and it is related to a combination of intrinsic and extrinsic factors. The evaluation of this feature before and after the initiation of cancer treatment can contribute to the prevention of disabilities and to a better quality of life in patients. This study aimed to analyze the factors associated with disability in elder patients with incident prostate cancer, before treatment in hospitals of the National Health System of Campo Grande, MS. This research used secondary data from the research project "Multidimensional Geriatric Assessment in elderly patients with prostate cancer: Implementation feasibility and potential impact on survival" The study population was composed of 174 individuals who met the inclusion criteria and were interviewed between April 2012 and March 2014. We conducted a descriptive analysis of the study population according to sociodemographic variables and dimensions of global health, including functionality, and estimated the prevalence of functional dependence in Activities of Daily Living (ADLs) and Instrumental Activities of Daily Living (IADLs). Subsequently, we used Poisson regression for multivariate analysis. Mean age of the study population was 72.09 ($\pm$ 7.15) years, median age was 72.0 years, and 43% of individuals were aged 60-69 years (n = 75). The prevalence of ADL dependence on the study population was 20.1% (n = 35), whereas the prevalence of dependence on IADL corresponding to 41.4% (n = 72). Regarding dependence on ADL, age (RP = 1.07), educational level (RP = 2.00) and emotional state (RP = 2.25) were independent factors associated with disability in these activities in the final model. In the multiple model the variables age (RP = 1.04), educational level (RP = 2.12) and cognition (RP = 1.50) were independently associated with functional disability in IADL. The results are similar to those reported in the literature and point to the need for longitudinal studies to assess risk factors for dependence in this population group, in order to support the planning of health promotion strategies and prevention of disabilities, aimed at independence and better quality of life for seniors.

Key-words: functionality, aging, prostate cancer

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos indivíduos por condição funcional em Atividades Básicas da Vida Diária, segundo estratos de covariáveis do estudo e razões de prevalência, Campo Grande, 2012-2013 (N=174).	35
Tabela 2 - Modelo final da análise de regressão múltipla de Poisson para dependência em Atividades Básicas de Vida Diária.	36
Tabela 3 - Distribuição da população de estudo por funcionalidade nas Atividades de Vida Diária (AVDs) (N=174).	37
Tabela 4 - Distribuição da população de estudo por condição funcional em Atividades Instrumentais da Vida Diária, segundo estratos de covariáveis do estudo e razões de prevalência, Campo Grande, 2012-2013 (N=174).	38
Tabela 5 - Modelo final da análise de regressão múltipla de Poisson para dependência em Atividades Instrumentais da Vida Diária.	39
Tabela 6 - Distribuição da população de estudo por funcionalidade nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs).	40

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AGM - Avaliação Geriátrica Multidimensional
AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD - Atividades de Vida Diária
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIRS-G - *Cumulative Illness Rating Scale Geriatric*
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GDS - Escala de Depressão Geriátrica
IBGE - Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia
IC - Intervalo de confiança
ICIDH - *International Classification of Impairments, Disability and Handicap*
IMC - Índice de Massa Corporal
MANR - Mini Avaliação Nutricional Reduzida
MEEN - Mini Exame do Estado Mental
NCCA - *National Cancer Comprehensive Network*
OMS - Organização Mundial da Saúde
PSA - Antígeno Prostático Específico
RP - Razão de prevalência
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
SIOG - *International Society of Geriatric Oncology*
SPSS - *Statistical Package Social Service*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Envelhecimento da população brasileira.....	14
2.2 Envelhecimento e câncer de próstata	16
2.3 Avaliação Geriátrica Multidimensional	19
2.4 Avaliação da capacidade funcional.....	21
3 OBJETIVOS	26
3.1 Geral	26
3.2 Específicos	26
4 METODOLOGIA	27
4.1 Fonte de dados.....	27
4.2. Desenho de estudo	27
4.3 Critérios de inclusão.....	27
4.4 População estudada.....	28
4.5 Coleta de dados	28
4.6 Variáveis de estudo	28
4.6.1 Capacidade funcional em Atividades Básicas da Vida Diária (AVDs)	28
4.6.2 Capacidade funcional em Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs).....	29
4.6.3 Variáveis sociodemográficas	30
4.6.4 Relativas a condições de saúde	30
4.7 Análise estatística	31
4.8 Aspectos éticos.....	32
5 RESULTADOS	33
6 DISCUSSÃO	41
7 CONCLUSÕES.....	51
REFERÊNCIAS.....	52
ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação surgiu de uma parceria envolvendo uma equipe de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. O projeto intitulado “Avaliação Geriátrica Multidimensional em idosos com câncer de próstata: viabilidade de implantação e potencial de impacto na sobrevida”, cujo objetivo era avaliar as condições de saúde de idosos com câncer de próstata, atendidos em hospitais da rede pública habilitados para atendimento oncológico no Rio de Janeiro e em Campo Grande e investigar o seu impacto potencial na prescrição do tratamento e na sobrevida foi responsável pela produção dos dados e do conhecimento inicial necessários ao desenvolvimento deste trabalho. A pesquisa aborda temas de extrema importância para a saúde pública, tais como o câncer em idosos e as ferramentas da oncogeriatria disponíveis para a avaliação da saúde global desses indivíduos.

O processo de envelhecimento da população de um país implica em algumas mudanças no perfil de morbimortalidade, com as doenças crônicas não transmissíveis passando a ter um papel de maior importância (SCHRAMM *et al.*, 2004). O câncer é uma das doenças crônicas não transmissíveis que mais contribui para o aumento da morbimortalidade, uma vez que a idade é importante fator de risco para o seu desenvolvimento. Na população masculina, o câncer de próstata está entre os mais incidentes, sendo importante causa de mortalidade na população masculina idosa (HAMAKER *et al.*, 2012; SILVA; MATTOS; AYDOS, 2014).

O envelhecimento humano é um processo natural e irreversível, vivenciado de forma diferente por cada indivíduo, e que acarreta mudanças inerentes e algumas vezes inevitáveis. Uma destas é o declínio funcional que, acompanhado da perda da autonomia pessoal, é uma das complicações mais temidas do envelhecimento. Assim, a preservação da independência funcional passa a ser a meta no atendimento à saúde de uma população que está em meio a este processo (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005).

Faz-se necessário, então, avaliar o processo de envelhecimento e seus possíveis danos nesta população e uma importante ferramenta é a Avaliação Geriátrica Multidimensional (AGM) (WIELAND; HIRTH, 2003; APARICIO *et al.*, 2009). Sua utilização nos serviços de oncologia pode influenciar positivamente na indicação da terapêutica inicial para o câncer, na prevenção de toxicidades e na sobrevida dos pacientes idosos (WIELAND; HIRTH, 2003; PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005). Essa avaliação compreende diferentes domínios

relacionados à saúde, sendo um deles a funcionalidade. A avaliação da funcionalidade antes e depois do início do tratamento do câncer pode contribuir para a prevenção de incapacidades e para uma melhor qualidade de vida nos pacientes (GARMAN; COHEN, 2002).

Na avaliação funcional busca-se verificar em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas dos idosos de forma autônoma e independente, ou seja, sem a necessidade de adaptações ou de auxílio de outras pessoas, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado. Essa avaliação é, portanto, essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Por isso, estudos sobre a capacidade funcional em idosos tornam-se necessários, primeiro para o entendimento de como as pessoas estão vivendo os anos adicionais ganhos com o aumento da longevidade e assim subsidiar atividades e ações de saúde desenvolvidas em serviços de saúde (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

No estado existem atualmente sete serviços habilitados na alta complexidade em oncologia no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que quatro deles localizam-se no município de Campo Grande (BRASIL, 2012) e, juntos, são referência para 65,75 % da população residente no estado (MATO GROSSO DO SUL, 2012).

Diante deste contexto, torna-se importante avaliar a capacidade funcional desta população de idosos com câncer de próstata para embasamento na elaboração de métodos que visem a preservação da funcionalidade e melhora da qualidade de vida.

O objetivo do estudo foi, portanto, analisar os fatores associados à incapacidade funcional em idosos com câncer de próstata incidente atendidos em hospitais do Sistema Único de Saúde de Campo Grande, MS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento da população brasileira

Comumente associado às regiões mais desenvolvidas, o envelhecimento populacional consiste, na atualidade, em um fenômeno de amplitude mundial. Tal processo decorre tanto do declínio da fecundidade como da redução da mortalidade e, portanto uma população torna-se mais envelhecida à medida que aumenta a proporção de indivíduos idosos e diminui a de jovens (NASRI, 2008). Especialmente nos países em desenvolvimento, essa transição demográfica tem ocorrido de forma rápida e abrupta (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; LEONARDO *et al.*, 2014).

Em países desenvolvidos, tais como a Inglaterra, a proporção de idosos levou 60 anos (1870-1930) para atingir um aumento de 56%, enquanto no Brasil, em apenas 30 anos (1970-2000) observou-se crescimento de 69% (CARVALHO, 2003). No início do século XX, a expectativa de vida do brasileiro não passava dos 33,5 anos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ela atingiu mais de 74 anos em 2012 (78,3 para as mulheres e 71 anos para os homens) (BRASIL, 2014).

Entre as décadas de 40 e 60, o Brasil vivenciou uma importante redução da mortalidade, com fecundidade relativamente constante, porém em níveis bastante altos. Assim como a maioria dos outros países da América Latina, a partir da segunda metade da década de 60, a rápida e sustentada redução da fecundidade desencadeou uma série de mudanças na distribuição etária (WONG; CARVALHO, 2006). A proporção de idosos subiu de 9,1% em 1999 para 11,3% em 2009, atingindo atualmente cerca de 22 milhões de pessoas, o que supera a população de idosos de vários países europeus como a França, Inglaterra e a Itália. O acréscimo na expectativa de vida se mostra mais impressionante entre idosos acima de 80 anos, grupo no qual se observou um aumento de 47,8% entre 1997-2007, enquanto na população entre 60-69, para o mesmo período, este aumento foi de 21,6% (MINAYO, 2012).

Estima-se que, em 2025, para cada grupo de 100 jovens menores de 15 anos haverá cerca de 50 adultos com 65 anos ou mais. Este incremento do índice de envelhecimento aumentará a razão de dependência entre os idosos e a população mais jovem economicamente ativa, gerando desequilíbrios econômicos e sociais (WONG; CARVALHO, 2006).

Seguindo a tendência nacional, a população de Mato Grosso do Sul, mesmo sendo predominantemente formada por jovens, está envelhecendo em ritmo acelerado e nas últimas três décadas, o número de idosos residentes no estado aumentou em quase 400% (BRASIL, 2015).

Concomitante ao envelhecimento populacional desenvolveu-se também a transição epidemiológica, com uma importante mudança no perfil de morbimortalidade da população, caracterizada pelo aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis em idosos e de causas externas na população geral, que substituem em importância as doenças infectocontagiosas (SCHRAMM *et al.*, 2004). Em um país essencialmente jovem, são frequentes as moléstias infectocontagiosas, cujo modelo de resolução é baseado no dualismo cura/morte; enquanto em idosos as doenças crônicas são mais prevalentes (OLIVEIRA-CAMPOS; CERQUEIRA; RODRIGUES, 2011). Entre os anos de 2002 e 2030, estima-se que ocorrerá no mundo uma mudança considerável na distribuição de óbitos, de grupos etários mais jovens para grupos etários mais avançados e de doenças transmissíveis para doenças não transmissíveis (OLIVEIRA-CAMPOS; CERQUEIRA; RODRIGUES-NETO, 2011).

Neste sentido, a idade pode ser considerada um dos principais fatores de risco para ocorrência das doenças crônicas (BALDUCCI, 2005; FERRUCCI; GIALLAURIA; GURALNIK, 2008). Embora possa não necessariamente limitar a qualidade de vida dos idosos, esta gama de doenças acarreta um aumento na utilização de recursos de assistência à saúde, como uso de maior número de medicamentos e necessidade de exames com maior frequência (FERRUCCI; GIALLAURIA; GURALNIK, 2008).

O sistema de saúde no Brasil precisa se ajustar a essa nova realidade, atendendo aos diferentes perfis epidemiológicos decorrentes dessa transição. A prevenção de doenças e incapacidades e a manutenção da independência e da autonomia do indivíduo idoso são os maiores desafios relacionados à saúde decorrentes do envelhecimento da população. Portanto, qualquer política social e de saúde destinada aos idosos deve levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional (VERAS, 2012). A magnitude do aumento dos gastos em saúde com a população idosa dependerá essencialmente de que os anos de vida ganhos por esses indivíduos sejam saudáveis e não com enfermidades e dependência (NASRI, 2008).

2.2 Envelhecimento e câncer de próstata

Embora os tumores malignos ocorram em todas as idades, o câncer atinge de forma desproporcional indivíduos com 65 anos ou mais. Além disso, o número de pacientes idosos com câncer irá aumentar substancialmente nas próximas décadas, como resultado do aumento da expectativa de vida e do envelhecimento da população. Oncologistas são confrontados com o desafio de determinar o tratamento ideal para esses pacientes, levando em consideração a sua heterogeneidade, comorbidade, reserva física, deficiência, e as condições geriátricas (HAMAKER *et al.*, 2012).

O câncer de próstata é a segunda neoplasia mais frequentemente diagnosticada em homens, sendo que em 2012, estimou-se que ocorreram 1,1 milhão de novos casos no mundo (WHO, 2012). Foram registrados 899.000 casos novos e 258.000 mortes em 2008, e as estimativas apontam aumento de 1,7 milhões de novos casos e de 499.000 mortes até 2030, o que demonstra que as taxas de mortalidade continuarão inalteradas no futuro (FERNANDES *et al.*, 2014).

Excluindo os tumores de pele não melanocíticos, o câncer de próstata é a neoplasia mais frequente no sexo masculino em todas as regiões brasileiras e ao longo dos últimos anos tem se observado tendência de aumento da sua incidência (SILVA; MATTOS; AYDOS, 2014). Estima-se que no ano de 2014 ocorreram 68.800 casos novos de câncer da próstata no país, o que corresponde a um risco estimado de 70,42 casos novos a cada 100 mil homens, e a maior incidência estimada é na da região Sul (90 por 100.000 habitantes). No Centro-Oeste, a estimativa chega a 47,46/ 100 mil homens (BRASIL, 2014).

Apesar dessa neoplasia ocorrer em todos os continentes, sua frequência é maior na América do Norte e nos países da Europa ocidental e setentrional (HAAS *et al.*, 2008). Nesses países, considerados economicamente mais desenvolvidos, o câncer de próstata é ainda, uma importante causa de morbidade na população masculina (BOYLE; FERLAY, 2005; BOSSETI *et al.*, 2005). Contudo, em muitos desses países, as elevadas taxas de incidência não são acompanhadas por similares taxas de mortalidade (HAAS *et al.*, 2008; WHO, 2012).

Não existe um consenso sobre os fatores que determinaram a tendência de declínio da mortalidade por câncer de próstata observado em décadas mais recentes em alguns países como nos Estados Unidos e no Reino Unido (COLLIN *et al.*, 2008). Entretanto, o melhor prognóstico da doença, com aumento da sobrevida e redução da sua mortalidade pode estar relacionado à detecção precoce, ao rastreamento pelo antígeno prostático específico (PSA) e à

instituição oportuna de tratamentos como a prostatectomia radical, a terapia da privação do andrógeno e a radioterapia (KEOGH; MACLEOD, 2012).

A disponibilidade e a utilização em larga escala do exame de dosagem do PSA, iniciadas ainda no final dos anos de 1980 e início dos anos 1990 nos Estados Unidos e posteriormente na Europa, possibilitaram uma maior detecção de casos e, em parte, poderiam explicar o incremento da incidência de câncer de próstata verificada nas últimas décadas (SILVA; MATTOS; AYDOS, 2014). Os Estados Unidos têm um dos maiores programas de detecção precoce do câncer de próstata no mundo, e também a mais alta incidência. Depois que o PSA tornou-se disponível para triagem do câncer de próstata, os Estados Unidos têm apresentado um enorme aumento na incidência do câncer de próstata. A abordagem ao rastreamento, a detecção precoce, e a disponibilidade de modalidades de tratamento tem um grande impacto sobre a epidemiologia da doença. O papel dos diferentes fatores genéticos e ambientais na carcinogênese do câncer de próstata ainda precisam ser elucidados (HASS *et al.*, 2008).

O aumento da expectativa de vida, a melhoria e a evolução dos métodos diagnósticos e da qualidade dos sistemas de informação do Brasil, bem como a ocorrência de sobre-diagnóstico, em função da disseminação do rastreamento do câncer de próstata com PSA e toque retal, são possíveis explicações para o aumento das taxas de incidência ao longo dos anos (BELINELO *et al.*, 2014).

Há poucos estudos que abordam a tendência de mortalidade por câncer de próstata no Brasil. A maioria avalia o padrão de mortalidade por vários tipos de câncer, entre eles o de próstata, em determinadas localidades brasileiras. As dimensões continentais do Brasil e a composição bastante heterogênea de sua população, em parte, contribuem para variações regionais das tendências de mortalidade pelos diversos tumores, entre eles, o de próstata (SILVA; MATTOS; AYDOS, 2014).

Na região Centro-Oeste, a mortalidade por câncer de próstata quase duplicou nos últimos 30 anos, passando a ser a segunda região brasileira com maior taxa de mortalidade por esta neoplasia. Fatores geográficos e socioeconômicos, inerentes às diferentes regiões do país, podem dificultar o acesso aos serviços especializados de atenção ao câncer e contribuir para que os intervalos de tempo entre a realização do diagnóstico e o tratamento apresentem importante variação local (WUNSCH FILHO *et al.*, 2008).

O câncer de próstata é uma doença de evolução muitas vezes lenta, sendo que alguns tumores de comportamento menos agressivo podem evoluir em um período de 15 a 20 anos, tempo durante o qual, apesar de a doença estar histologicamente presente, não apresenta

manifestações clínicas importantes. Homens com câncer de próstata, em geral, são de faixas etárias mais elevadas e podem apresentar comorbidades associadas que dificultam a precisão da causa do óbito (SILVA; MATTOS; AYDOS, 2014).

O estado de Mato Grosso do Sul tem umas das maiores incidências de câncer de próstata do Brasil. Estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) apontam que, em 2014 ocorreram 1020 casos novos de câncer de próstata no estado, o que corresponde a uma taxa bruta de incidência de 82,92/100.000 habitantes (BRASIL, 2014). Este tumor é também uma importante causa de óbito no sexo masculino. Segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o câncer de próstata foi a neoplasia de maior mortalidade entre os homens em Mato Grosso do Sul, representando aproximadamente 22 % dos óbitos por todos os tipos de câncer ocorridos nesse grupo no ano de 2010 (BRASIL, 2015_b). Em 2011, 35,70 %, de todas as internações que ocorreram por câncer em Mato Grosso do Sul, foram de pessoas de 60 anos ou mais (BRASIL, 2015_c).

Ainda é escasso o conhecimento sobre o papel dos diferentes fatores de risco envolvidos no desenvolvimento do câncer de próstata e a sua etiologia ainda precisa ser esclarecida. Entretanto, diversos estudos têm procurado demonstrar uma associação entre carcinogênese prostática e história familiar, fatores ambientais, como exposição a agrotóxicos, e certos hábitos de vida, incluindo o sedentarismo e o consumo alimentar de gorduras e de carne vermelha. Recentemente, pesquisadores têm evidenciado associação entre exposição a agrotóxicos e câncer de próstata (SILVA; MATTOS; AYDOS, 2014).

Atualmente, os únicos fatores de risco bem estabelecidos para o desenvolvimento do câncer de próstata são a idade e a história familiar. No que se refere à idade, observa-se que cerca de 62% dos casos diagnosticados no mundo ocorrem em homens com 65 anos ou mais. Em relação a predisposição genética, a história familiar de pai ou irmão que teve câncer de próstata antes dos 60 anos aumenta de 3 a 10 vezes a chance de desenvolver a doença em relação à população em geral (FRIESTINO *et al.*, 2013; PINTO *et al.*, 2014).

A incidência da doença se eleva com o avanço da idade. Nesse sentido, estudos estimam que um homem que vive até os 100 anos de idade, tem aproximadamente 100 % de chance de desenvolver um câncer de próstata (HAAS *et al.*, 2008). A associação entre a variável idade e o câncer tem sido explicada por mecanismos relacionados à duração do processo de carcinogênese, à maior susceptibilidade dos tecidos envelhecidos aos carcinógenos ambientais e a mudanças inerentes à idade, que podem favorecer o desenvolvimento de tumores (REPETTO; BALDUCCI, 2002).

A etnia também é considerada como fator de risco, uma vez que o câncer de próstata é aproximadamente duas vezes mais comum em homens negros se comparados aos brancos. Outro fator importante que tem sido associado à etiologia desse tipo de câncer é a dieta. Dietas com base em gordura animal, carne vermelha, embutidos e cálcio têm sido associadas ao aumento do risco de desenvolver câncer de próstata. Associado a isso, a obesidade também aumenta o risco de desenvolver essa neoplasia em especial aquelas de comportamento mais agressivo. Em contrapartida, é possível que dietas ricas em vegetais, vitaminas D e E, licopeno e ômega-3 sejam capazes de conferir algum efeito protetor contra o câncer de próstata (FRIESTINO *et al.*, 2013).

2.3 Avaliação Geriátrica Multidimensional

A decisão do tratamento do câncer em idosos muitas vezes é dificultada pela presença de comorbidade e por fatores psicossociais (PUTS *et al.*, 2012). O esquema de tratamento do câncer não deve ser determinado somente pela idade cronológica e pelas características do tumor, mas principalmente pelas condições de saúde e funcionalidade do indivíduo (BERNABEI *et al.*, 2000; BALDUCCI, 2005). Embora se considere que a maioria dos idosos poderia beneficiar-se do mesmo tratamento que é prescrito para os indivíduos mais jovens, algumas condições de saúde, como declínio funcional, déficit cognitivo e incapacidade física podem aumentar o risco de desfechos adversos durante o tratamento (WIELAND; HIRTH, 2003; APARICIO *et al.*, 2009).

A avaliação multidimensional integra a rotina de avaliação geriátrica e tem o objetivo de conhecer a condição de saúde global do indivíduo, com ênfase em parâmetros funcionais, cognitivos, nutricionais, psicológicos e sociais, além da identificação de comorbidades e medicamentos utilizados. Essa avaliação é efetuada por meio de instrumentos padronizados e validados internacionalmente (WIELAND; HIRTH, 2003). Trata-se de uma avaliação abrangente e estruturada, associada a métodos de avaliação de saúde de diferentes especialidades e se baseia no princípio do trabalho interdisciplinar e planejado, visando um tratamento e um acompanhamento de longo prazo (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005).

Os benefícios da Avaliação Geriátrica Multidimensional (AGM) tem sido discutidos na literatura geriátrica desde a década de 1990, sendo que somente no século atual tem

surgido estudos com resultados evidenciando tais benefícios (MOLINA-GARRIDO; GUILLÉN-PONCE, 2011; PUTS *et al.*, 2012).

Para orientar as intervenções mais indicadas para o tratamento do câncer em idosos, a *International Society of Geriatric Oncology* (SIOG) e a *National Cancer Comprehensive Network* (NCCN) recomendam a Avaliação Geriátrica Multidimensional como uma parte fundamental na abordagem desses pacientes (EXTERMANN, 2003; EXTERMANN *et al.*, 2005; BALDUCCI, 2007; MOLINA-GARRIDO; GUILLÉN-PONCE, 2011; PUTS *et al.*, 2012). A AGM tem a capacidade de identificar três diferentes categorias de idosos com câncer: indivíduos hígidos, aqueles com bom estado de saúde e que podem receber os mesmos tratamentos que os pacientes mais jovens; indivíduos vulneráveis que necessitam de abordagem diferenciada, para que estejam aptos a receber o tratamento do câncer; e os indivíduos frágeis, que deveriam receber somente tratamento de suporte (BALDUCCI, 2007).

Desta forma, a AGM introduz algoritmos de decisão e conceitos de tratamento em pacientes idosos com câncer para abordar e integrar os sintomas e incapacidades relacionadas tanto com a senescência como com o câncer (BASSO; MONFARDINI, 2004). A justificativa para a incorporação dessa avaliação ao atendimento de pacientes oncológicos idosos é a sua utilização para estimar a expectativa de vida e a tolerância à terapêutica contra o câncer. Os dados obtidos com a AGM também são de relevância prognóstica de morbidade, de manutenção da independência e da utilização dos recursos de saúde. De acordo com as diretrizes da NCCN, a AGM deve ser uma parte fundamental do tratamento para pacientes idosos com câncer. Inicialmente, o uso da AGM no atendimento desses pacientes foi baseado na sua capacidade de prever morbidade e mortalidade na população geriátrica em geral. Mais recentemente, no entanto, evidenciou-se que sobram benefícios em usar uma AGM, particularmente em pacientes com câncer (MOLINA-GARRIDO; GUILLÉN-PONCE, 2011).

Apesar dos estudos recentes demonstrarem a viabilidade da AGM na oncologia, sua adoção como padrão de atendimento tem sido lenta devido à falta de recursos, dificuldades de interpretação dos resultados e dificuldades na implementação de intervenções específicas em ambientes clínicos especiais, como oncologia, além de sua complexidade e pelo tempo despendido na sua aplicação (MOHILE *et al.*, 2007; RODIN; MOHILE, 2007; KELLEN *et al.*, 2010; MOLINA-GARRIDO; GUILLÉN-PONCE, 2011). Estudos em populações mais homogêneas são necessários para que a avaliação geriátrica possa ajudar a selecionar o melhor tratamento do câncer para cada indivíduo, impedindo resultados adversos do seu tratamento (PUTS *et al.*, 2012).

A composição da avaliação multidimensional em oncogeriatria pode conter variações no número de domínios utilizados. Em geral, capacidade funcional, cognição, estado nutricional, condição emocional e comorbidade são os domínios utilizados com maior frequência (MONFARDINI *et al.*, 1996; RUBESTEIN LZ; RUBESTEIN LV, 1998; BALDUCCI; YATES, 2000).

Cada um dos domínios, coletivamente denominados "avaliação geriátrica", serve como preditor independente de morbidade e mortalidade em pacientes idosos (EXTERMANN *et al.*, 2005; MOLINA-GARRIDO; GUILLÉN-PONCE, 2011).

Uma das dimensões mais estudadas e utilizadas na AGM é a condição funcional (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005). Uma avaliação inicial, realizada no contexto da AGM, no momento do diagnóstico pode ajudar a determinar quais as opções de tratamento são apropriadas (GARMAN; COHEN, 2002).

2.4 Avaliação da capacidade funcional

A capacidade funcional vem se tornando um conceito particularmente útil para avaliar o estado de saúde dos idosos na comunidade, porque muitos convivem com várias doenças simultaneamente, que variam em severidade e causam diferentes impactos na vida cotidiana (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). Esta avaliação tem sido um desafio a ser enfrentado diante da heterogeneidade do processo de envelhecimento e das influências de diversos fatores que podem acometer os idosos e famílias (AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010).

A capacidade funcional pode ser definida como aptidão do indivíduo em desempenhar suas atividades da vida diária, sem disfunção ou limitações, sendo diretamente influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais. Possui relação com a produtividade, qualidade de vida e outras consequências sobre a saúde do indivíduo. É utilizada como marcador de qualidade de vida, permitindo medir o quanto o indivíduo pode realizar de suas atividades diárias ou, o quanto perdeu desta habilidade (O'SHEA; MORRIS; LANSEK, 2002; OMS, 2003; FARIAS; BUCHALLA, 2005). Também pode ser definida como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente, no seu cotidiano, sendo a incapacidade funcional entendida como a dificuldade

ou necessidade de ajuda para o indivíduo realizar tarefas do seu dia-a-dia (BARBOSA *et al.*, 2014).

Embora o conceito de capacidade funcional seja bastante complexo, abrangendo os conceitos de deficiência, incapacidade, desvantagem, assim como os de autonomia e independência, na prática trabalha-se com o conceito de capacidade/incapacidade. A incapacidade funcional define-se pela dificuldade ou impossibilidade no desempenho de certas ações e de certas atividades da vida cotidiana, influenciando diretamente na qualidade de vida das pessoas por tratar-se de um limitador para a autonomia e habilidades físicas e mentais (ROSA *et al.*, 2003; OMS, 2003; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

O declínio funcional e a consequente perda de independência e autonomia pessoal talvez sejam a complicação mais temida do envelhecimento. A sobrevivência da pessoa passa a depender da disponibilidade de um cuidador, ou no mínimo uma vida “assistida”. Ambas as soluções são caras e comprometem a qualidade de vida da pessoa idosa (CARRECA; BALDUCCI, 2009).

Na etiologia da incapacidade funcional considera-se uma combinação de fatores intrínsecos (demográficos e de saúde) e extrínsecos (condições ambientais e processos de cuidados), sendo que, idade avançada, presença de múltiplas morbidades, cognição prejudicada, delírio, depressão e uso de vários medicamentos predis põem o idoso a um maior risco de perda funcional (VOLPATO *et al.*, 2007).

Sousa e colaboradores (2014) afirmam que a incapacidade funcional tem como principais fatores de risco a presença de problemas neurológicos, alterações nutricionais e sedentarismo, e traz importantes prejuízos à saúde e à qualidade de vida dos idosos, reduzindo a capacidade de autocuidado e algumas vezes a mobilidade, ocasionando baixa autoestima, depressão e, conseqüentemente, menor vontade de viver.

Pilger, Menon e Mathias (2013) ainda acrescentam que a perda da capacidade funcional está associada a predisposição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, e gerando cuidados de longa permanência e alto custo.

Como resultado do tratamento do câncer, alguns idosos, especialmente os mais velhos, podem ter maior risco de dependência funcional (SANTOS-FILHO *et al.*, 2008). Assim, a preservação da independência funcional passa a ser a meta no atendimento à saúde, tendo a mesma prioridade que o prolongamento da sobrevida e o controle dos sintomas no tratamento de pacientes idosos com câncer (CARRECA; BALDUCCI, 2009).

Ao longo dos últimos anos foram propostos alguns modelos norteadores sobre a incapacidade. O primeiro modelo foi desenvolvido na década de 1960 por Saad Nagi, baseado na teoria sociológica, para descrever o processo de incapacidade, tendo como ponto central quatro conceitos: patologia ativa, disfunção, limitação funcional e incapacidade. Neste, definiu-se uma relação linear entre os componentes, estabelecida desde o início da doença e que se completa diante da instalação da incapacidade (SAMPAIO *et al.*, 2005).

Uma versão modificada do modelo de Nagi foi proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1980, para responder à necessidade de melhor documentação dos processos de cuidados com a saúde. O desenvolvimento de tecnologia e instrumentação em saúde contribuiu para a eliminação ou o controle de muitas doenças agudas e, dessa forma, as condições crônicas e suas consequências tornaram-se o principal foco de preocupação dos profissionais de saúde (GRAY; HANDERSHOT, 2000). Nesse contexto, a *International Classification of Impairments, Disability and Handicap* (ICIDH) foi uma tentativa de descrever essa nova realidade na área da saúde. A ICIDH apresenta três conceitos centrais: deficiência ou disfunção (*impairment*), incapacidade (*disability*) e restrição social (*handicap*) (OMS, 1980; JOHNSTON; POLLARD, 2001).

A OMS aprovou, em 2001, o sistema de classificação definitivo para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2003). Esta reflete a mudança de uma abordagem baseada nas consequências das doenças para uma abordagem que prioriza a funcionalidade como um componente da saúde e considera o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas. A nomenclatura utilizada baseia-se nas descrições positivas de função, atividade e participação (NORDENFELT, 2003; SAMPAIO; LUZ, 2009).

Na versão final da OMS, funcionalidade engloba todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo de realizar atividades e tarefas relevantes da rotina diária, bem como sua participação na sociedade. Similarmente, incapacidade abrange as diversas manifestações de uma doença, como: prejuízos nas funções do corpo, dificuldades no desempenho de atividades cotidianas e desvantagens na interação do indivíduo com a sociedade (OMS, 2003).

Nesse contexto é inserida o que se denomina de avaliação funcional, onde se busca verificar em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas dos idosos de forma autônoma e independente, ou seja, sem a necessidade de adaptações ou de auxílio de outras pessoas, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado. Essa avaliação se torna, portanto, essencial para

estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

A avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas atividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de habilidades diversas para o desempenho das tarefas da vida cotidiana, para a realização de interações sociais, em suas atividades de lazer e em outros comportamentos requeridos em seu dia-a-dia. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a eficácia e a eficiência das intervenções propostas (SAMPAIO; LUZ, 2009).

Muitos são os instrumentos utilizados para avaliação funcional em gerontologia. O Index de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVDs) desenvolvido por Sidney Katz é, ainda hoje, um dos instrumentos mais utilizados nos estudos gerontológicos nacionais e internacionais, embora tenha sido publicado pela primeira vez em 1963 (KATZ *et al.*, 1963; KATZ; STROUD, 1989; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Esta representa os processos mais básicos envolvidos na função independente diária, incluindo: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, se locomover pela casa, e comer. Problemas relacionados às AVDs refletem os problemas físicos mais graves e a perda dessas habilidades, como a capacidade de se alimentar, e pode ter consequências graves (GARMAN; COHEN, 2002; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

O instrumento de avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), ou escala de Lawton, é muitas vezes utilizado com aquele das AVDs para dar uma ideia mais completa do nível de capacidade funcional. Enquanto as AVDs representam um nível muito básico de função, as competências abrangidas pelo AIVDs são cognitivamente de maior complexidade. Essas atividades envolvem mais interação com o ambiente do que as abrangidas pelo AVDs, incluindo atividades como utilizar o telefone, fazer compras, utilizar transportes, usar medicamentos, lidar com dinheiro e preparo de refeições (GARMAN; COHEN, 2002; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009). As AIVDs são os marcadores do declínio da capacidade funcional, até que se instale a dependência total, caso esse idoso não seja incentivado ao exercício das atividades de autocuidado (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009).

A avaliação do estado funcional é portanto altamente sugerido em pacientes idosos com câncer, e em especial avaliação de AIVDs que são habilidades necessárias para a manutenção de independência na comunidade, e AVDs, que pode ser mais importante no ambiente hospitalar (BRUNELLO; SANDRI; EXTERMANN, 2009).

O impacto do câncer e seus tratamentos é uma preocupação constante em idosos. Chen e colaboradores (2003) verificaram que no final do tratamento com quimioterapia, idosos que tiveram quimiotoxicidade apresentaram maior declínio na capacidade funcional ($P= 0,04$) do que aqueles sem quimiotoxicidade. Em outro estudo de idosos em tratamento do câncer, constataram que 30% tinham dificuldade com 1-3 atividades instrumentais e 27% tinha dificuldade com as AVDs (GOODWIN, 2007). A dependência funcional está associada a mau prognóstico e baixa tolerância à terapia. Entre os idosos submetidos à cirurgia, a necessidade de assistência com atividades instrumentais da vida diária se mostrou associada ao risco aumentado de complicações pós-operatórias (HURRIA, 2009).

Ainda não há um bom entendimento sobre como um diagnóstico de câncer muda o estado funcional do paciente através de um período de tempo prolongado. Da mesma forma, não sabemos como câncer interage com outras comorbidade a afetar o estado funcional. Entretanto, poucos estudos têm avaliado, especificamente, o estado funcional dos pacientes idosos com câncer e várias questões ainda precisam ser esclarecidas como, por exemplo, quais os fatores que influenciam a condição de funcionalidade; como esta pode mudar ao longo do tempo, principalmente diante do diagnóstico e tratamento do câncer e como a qualidade de vida está relacionada a essas mudanças (GARMAN; COHEN, 2002). Particularmente, no Brasil também são ainda escassos os estudos que avaliaram essa condição em pacientes com câncer.

A funcionalidade é um importante domínio da AGM e a sua avaliação antes do início do tratamento do câncer e ao longo do período de seguimento pode contribuir para a prevenção de incapacidades e melhor qualidade de vida do paciente (GARMAN; COHEN, 2002).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar os fatores associados à incapacidade funcional em idosos com câncer de próstata incidente atendidos em hospitais do Sistema Único de Saúde de Campo Grande, MS.

3.2 Específicos

- Estimar a prevalência de dependência funcional em Atividades Básicas da Vida Diária;
- Estimar a prevalência de dependência funcional em Atividades Instrumentais da Vida Diária;
- Analisar os fatores associados à dependência funcional na população de estudo.

4 METODOLOGIA

4.1 Fonte de dados

Esta dissertação utilizou dados secundários do projeto de pesquisa “Avaliação Geriátrica Multidimensional em idosos com câncer de próstata: viabilidade de implantação e potencial de impacto na sobrevida”, cujo objetivo era avaliar as condições de saúde de idosos com câncer de próstata, atendidos em hospitais da rede pública habilitados para atendimento oncológico no Rio de Janeiro e em Campo Grande e investigar o seu impacto potencial na prescrição do tratamento e na sobrevida. O projeto foi desenvolvido por uma equipe de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. O instrumento de coleta de dados do projeto maior contempla sete dimensões da Avaliação Geriátrica Multidimensional (AGM), entre elas a capacidade funcional em Atividades Básicas da Vida Diária (AVDs) e em Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs).

4.2. Desenho de estudo

Estudo seccional, com o objetivo de caracterizar a condição funcional dos indivíduos que compõe a população de estudo e analisar os fatores a ela associados.

4.3 Critérios de inclusão

Foram considerados critérios de inclusão neste estudo:

- Idade de 60 anos ou mais;
- Caso incidente de câncer de próstata confirmado por laudo histopatológico;

- Assistido em hospitais habilitados para atendimento de alta complexidade em oncologia no Sistema Único de Saúde, na cidade de Campo Grande;
- Recrutado no período de determinação da modalidade de tratamento.

4.4 População estudada

Constituíram a população de estudo 174 indivíduos que atenderam os critérios de inclusão e foram entrevistados entre abril de 2012 e março de 2014.

4.5 Coleta de dados

Os idosos selecionados que concordaram em participar e em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido foram entrevistados no ambulatório do hospital, preferencialmente após a consulta médica na qual o seu tratamento foi definido. Na entrevista foi utilizado um questionário desenhado especificamente para o estudo, constituído por variáveis sociodemográficas e clínicas e por uma Avaliação Geriátrica Multidimensional (AGM), abrangendo os seguintes domínios: capacidade funcional em AVDs e em AIVDs, cognição, comorbidade, condição nutricional, condição emocional e uso de medicamentos (ANEXO A). Todos os domínios foram avaliados com base em instrumentos validados para a população brasileira, que apresentam boa reprodutibilidade e são amplamente utilizados em geriatria e oncologia geriátrica.

4.6 Variáveis de estudo

4.6.1 Capacidade funcional em Atividades Básicas da Vida Diária (AVDs)

A capacidade funcional em atividades básicas da vida diária envolve tarefas cotidianas que possibilitam que o indivíduo viva de forma independente. Na avaliação da capacidade funcional, foi utilizada a escala de Katz (KATZ *et al.*, 1963). Essa escala contém seis itens que avaliam o desempenho do indivíduo em comportamentos básicos e habituais de autocuidado: alimentação, asseio pessoal, capacidade para se vestir, controle esfincteriano e transferência. Cada item apresenta três categorias, sendo essas: sem ajuda, com ajuda parcial e com ajuda total, exceto pelo controle esfincteriano, que tem como classificação controle total da micção, acidentes ocasionais e com ajuda total. Para cada item realizado sem ajuda é atribuído 1 ponto. Os indivíduos foram classificados como dependentes, quando não conseguiam realizar uma ou mais das atividades ou necessitavam de ajuda para realizá-las. Utilizou-se também uma classificação em três categorias, a qual leva em conta o total de pontos obtidos na escala: independente (6 pontos), dependente parcial (3-5 pontos) e dependente total (menos que 3 pontos) (KATZ *et al.*, 1963). A escala de Katz foi validada para uso na população brasileira (LINO *et al.*, 2008).

4.6.2 Capacidade funcional em Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs)

A capacidade funcional em atividades instrumentais da vida diária envolve tarefas mais refinadas que possibilitam a autonomia do indivíduo e a tomada de decisões. Para essa avaliação foi utilizada a escala de Lawton, que inclui atividades como: usar o telefone, fazer compras, utilizar transportes, usar medicamentos, lidar com dinheiro e preparar refeições (LAWTON; BRODY, 1969). Cada item apresenta três possíveis respostas: realiza sem ajuda, necessita de ajuda parcial para realizar e não consegue realizar. Para cada item realizado sem ajuda, são atribuídos 3 pontos; 2 pontos quando necessita de ajuda parcial e 1 ponto caso não consiga realizar. Os indivíduos foram classificados como dependentes quando necessitavam de ajuda ou não conseguiam realizar uma ou mais das atividades. Utilizou-se também uma classificação em três categorias, com base na pontuação obtida na escala: independente (24 pontos), dependente parcial (9-23 pontos) e dependente total (0-8 pontos) (NUNES *et al.*, 2010). Esta escala foi validada para a população brasileira por Santos e Virtuoso (2008).

4.6.3 Variáveis sociodemográficas

Idade: variável contínua, analisada também estratificada em três faixas etárias: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais.

Situação conjugal: os participantes foram agrupados em duas categorias: casados/vivendo com companheira e em divorciados/solteiros/viúvos.

Escolaridade: analisada em duas categorias: não frequentou a escola e tem qualquer nível de escolaridade.

4.6.4 Relativas a condições de saúde

Cognição: avaliada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN, MF; FOLSTEIN, SE; MCHUGH, 1975; BERTOLUCCI *et al.*, 1994). Este instrumento apresenta 30 itens e para cada resposta certa é atribuído 1 ponto. A pontuação máxima corresponde, portanto, a 30 pontos. Essa dimensão foi trabalhada como uma variável dicotômica (sem ou com déficit cognitivo). Para os idosos com escolaridade formal, o ponto de corte considerado para caracterizar a presença de déficit cognitivo foi de 24 pontos, correspondendo a 18 pontos para aqueles sem escolaridade formal (LOURENÇO; VERAS, 2006).

Estado emocional: Avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS) que apresenta 15 itens, sendo atribuído um ponto para cada resposta negativa que, dependendo da questão, pode ser sim ou não (YESAVAGE *et al.*, 1982). Os indivíduos são classificados em três categorias com base na pontuação obtida na escala: 0-5 pontos: sem sintomas depressivos; 6-9 pontos: sintomas depressivos leves; 10-15 pontos: depressão severa. A variável foi trabalhada de forma dicotômica, agrupando em uma mesma categoria os indivíduos que apresentavam sintomas depressivos leves ou severos. Essa escala foi validada para utilização na população brasileira (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Estado nutricional: variável categórica mensurada com base na Mini Avaliação Nutricional reduzida (MANR) (RUBENSTEIN *et al.*, 2001). Os indivíduos foram classificados em três categorias, considerando a pontuação obtida: desnutridos (0 a 7 pontos); em risco nutricional (8 a 11 pontos) e estado nutricional normal (12 a 14 pontos). Para fins de

análise, essa variável foi transformada em variável dicotômica, sendo agrupados em uma única categoria os indivíduos desnutridos ou em risco nutricional. A Mini-Avaliação Nutricional foi validada para uso na população brasileira (FERREIRA; NASCIMENTO; MARUCCI, 2008).

Uso de medicamentos: considerou-se como polifarmácia a utilização regular de 5 ou mais medicamentos (PIZZOL *et al.*, 2012).

Comorbidade: Avaliada pela *Cumulative Illness Rating Scale Geriatric* (CIRS-G) (MILLER, PARADIS, HOUCK, 1992). Nesta escala cada órgão ou sistema afetado é pontuado com base no grau de severidade. Para condição atual leve/ condição passada importante é atribuído 1 ponto; para incapacidade ou morbidade moderada/necessidade de terapêutica de primeira linha, são atribuídos 2 pontos; para incapacidade severa/constante/importante/condições crônicas não controladas, 3 pontos; para condições extremamente severas/que requerem tratamento imediato/ insuficiência do órgão/incapacidade funcional severa, 4 pontos. O escore total da escala corresponde à soma dos valores atribuídos a cada órgão/sistema afetado. Os indivíduos são classificados em quatro categorias com base no escore total: 0 pontos, ausência de comorbidade; 1 a 2 pontos, comorbidade leve; 3 a 8 pontos, comorbidade moderada; 9 pontos ou mais, comorbidade severa (MILLER, PARADIS, HOUCK, 1992). Para fins de análise, a variável foi transformada em dicotômica, agrupando em uma categoria indivíduos sem comorbidade ou com comorbidade leve e, em outra, aqueles com comorbidade moderada/severa.

4.7 Análise estatística

Realizou-se a análise descritiva da população de estudo, segundo variáveis sociodemográficas e de dimensões da saúde global, por condição funcional para AVDs e para AIVDs. Estimou-se a prevalência de dependência funcional em AVDs e AIVDs.

A existência de associações estatísticas entre as variáveis independentes do estudo e os desfechos dependência funcional em AVDs e dependência funcional em AIVDs foi explorada por meio da estimação de razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. Posteriormente, as variáveis que apresentaram associações estatisticamente significativas com os desfechos foram avaliadas em um modelo múltiplo por meio da regressão de Poisson.

Como critério para avaliação na análise múltipla, utilizou-se a presença de associação com a variável dependente em nível de significância inferior ou igual a 0,20 nas análises bivariadas. Considerou-se nível de significância estatística de 0,05 para que as variáveis fossem mantidas nos modelos finais.

As análises estatísticas foram efetuadas utilizando-se os pacotes SPSS 17.0 (Statistical Package Social Science) e o STATA 10 for Windows.

4.8 Aspectos éticos

A estruturação e o planejamento deste projeto seguiram as normas dispostas na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. A divulgação dos resultados do estudo será referenciada somente à amostra.

Os procedimentos do projeto maior do qual deriva este estudo foram desenvolvidos de forma a proteger a privacidade dos indivíduos e o sigilo das informações coletadas que permanecerão sob a guarda da coordenadora do projeto na Fundação Oswaldo Cruz. O referido projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, tendo sido aprovado. Também foi submetido às comissões de ética dos hospitais, Hospital do Câncer Professor Dr. Alfredo Abrão, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul e Santa Casa de Campo Grande tendo sido autorizada a realização da pesquisa em todas essas instituições.

Este projeto recebeu a aprovação do comitê de ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, com o CAAE 37575214.9.0000.0021 (ANEXO B).

5 RESULTADOS

A média de idade da população de estudo foi de 72,09 ($\pm 7,15$) anos e a mediana de 72,0 anos, sendo que 43% dos indivíduos encontrava-se na faixa etária entre 60-69 anos ($n=75$). A prevalência de dependência em AVDs na população de estudo foi de 20,1% ($n=35$), enquanto a prevalência de dependência em AIVDs correspondeu a 41,4% ($n=72$).

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos indivíduos por condição funcional em AVDs, segundo as covariáveis em estudo. Pode-se observar que a dependência em AVDs aumenta com a idade. Mais de 90% dos idosos entre 60-69 anos de idade eram independentes e esse percentual se reduziu a 58% entre aqueles com 80 anos ou mais. Verificou-se também o predomínio de dependência entre indivíduos que não têm uma companheira e que não frequentaram a escola. Com relação às dimensões da saúde avaliadas, observou-se que somente um pequeno número de idosos apresentava sintomas depressivos e fazia uso de polifarmácia. Observou-se déficit cognitivo e estado nutricional alterado, respectivamente, em 30% e 32% dos idosos estudados. Verificou-se que 117 indivíduos (67%) apresentavam comorbidade moderada/severa. Ao analisar as razões de prevalência, observou-se que todas as covariáveis apresentavam associação com dependência em AVDs na população de estudo, embora somente para idade, escolaridade, cognição, estado emocional e estado nutricional essas fossem estatisticamente significativas.

Na Tabela 2, encontra-se o modelo final da análise múltipla para dependência em AVDs. Idade, escolaridade e estado emocional foram fatores independentes associados à incapacidade funcional nessas atividades. A cada ano a mais de idade, a probabilidade de ser dependente em AVDs era 7% maior. Idosos que não frequentaram escola apresentaram probabilidade duas vezes maior de serem dependentes em comparação com aqueles que têm algum nível de escolaridade, enquanto aqueles com sintomas depressivos têm 2,25 vezes a probabilidade de terem incapacidade funcional em AVDs, comparados com aqueles que não apresentam esses sintomas.

Na Tabela 3, encontra-se a distribuição da população de estudo por funcionalidade nas seis atividades incluídas na escala de Katz. Foi possível observar que a atividade mais prejudicada entre os idosos que constituíram a população de estudo está relacionada à micção/evacuação, na qual apenas cinco indivíduos foram considerados independentes. Nas demais atividades, a proporção de idosos dependentes variou entre 11,4% e 25,7%. Entre

essas cinco atividades, vestir-se foi aquela que apresentou um maior número de indivíduos que necessitavam de ajuda total.

A distribuição da população de estudo segundo condição funcional em AIVDs se encontra na Tabela 4. Da mesma forma que para AVDs, observou-se aumento da prevalência de dependência com o aumento da idade. Entre os indivíduos com 80 anos ou mais, 74% apresentavam incapacidade funcional em AIVDs. Verificou-se também alta prevalência de dependência entre os indivíduos que não frequentaram escola, apresentavam déficit cognitivo, estavam desnutridos ou em risco nutricional. Todas as covariáveis analisadas mostraram-se associadas à dependência em AIVDs, porém somente idade, escolaridade, cognição, estado emocional, estado nutricional e comorbidade apresentaram associações estatisticamente significativas.

Na Tabela 5, encontra-se o modelo final com as variáveis que permaneceram associadas à dependência em AIVDs, após ajustamento, na regressão múltipla. Mostraram associação independente com incapacidade funcional em AIVDs as variáveis idade, escolaridade e cognição. Indivíduos que não frequentaram escola apresentaram 2,12 vezes mais probabilidade de serem dependentes, em relação aos que tinham algum nível de escolaridade, enquanto idosos com déficit cognitivo tiveram probabilidade duas vezes maior de serem dependentes, comparados com aqueles sem déficit cognitivo. Para cada ano de idade, a probabilidade de dependência em AIVDs é 4% superior.

Analisou-se a distribuição da dependência em AIVDs por tipo de atividade avaliada na escala de Lawton (Tabela 6). A maior proporção de dependência foi observada para as atividades arrumar a casa, lavar a própria roupa, usar o telefone e cuidar do dinheiro.

Tabela 1 – Distribuição dos indivíduos por condição funcional em Atividades Básicas da Vida Diária, segundo estratos de covariáveis do estudo e razões de prevalência, Campo Grande, 2012-2013 (N=174).

Variáveis	Independente		Dependente		RP (IC 95%)
	N	%	N	%	
Idade (contínua)	-	-	-	-	1,09 (1,05-1,13)
Faixa etária					
60 – 69 anos	68	90,7	7	9,3	1
70 – 79 anos	53	77,9	15	22,1	2,52 (1,10-5,75)
80 anos ou mais	18	58,1	13	41,9	4,49 (1,98-10,18)
Status Conjugal					
Casado/companheira	96	82,9	21	17,9	1
Divorciado/solteiro/viúvo	43	75,4	14	24,6	1,47(0,82-2,62)
Nível de escolaridade					
Qualquer nível escolaridade	107	87,7	15	12,3	1
Não frequentou a escola	32	61,5	20	38,5	2,93 (1,65-5,19)
Cognição					
Sem déficit	101	84,9	18	15,1	1
Com déficit	35	67,3	17	32,7	2,05(1,16-3,61)
Estado emocional					
Sem sintomas depressivos	126	84,0	24	15,1	1
Com sintomas depressivos	10	50,0	10	50,0	3,00(1,70-5,28)
Estado Nutricional					
Sem risco	97	87,4	14	12,6	1
Em risco/ Desnutrido	37	66,1	19	33,9	2,51(1,38-4,56)
Uso de polifarmácia					
Não	122	80,3	30	19,7	1
Sim	13	76,5	4	23,5	1,19(0,48-2,98)
Comorbidade					
Sem/leve	50	87,7	7	12,3	1
Moderado/severa	89	76,1	28	23,9	2,02(0,94-4,32)

Tabela 2 - Modelo final da análise de regressão múltipla de Poisson para dependência em Atividades Básicas de Vida Diária.

Variável	Razões de prevalência ajustadas* (IC95%)
Idade (contínua)	1,07 (1,03-1,12)
Escolaridade (não frequentou a escola)	2,00 (1,09-3,67)
Estado emocional (com sintomas depressivos)	2,25 (1,25-4,05)

* Ajustadas por todas as variáveis no modelo.

Tabela 3 - Distribuição da população de estudo por funcionalidade nas Atividades de Vida Diária (AVDs) (N=174).

Atividades (AVDs)	Independentes		Dependentes			
	Sem ajuda		Com ajuda parcial		Com ajuda total	
	N	%	N	%	N	%
Tomar banho	27	77,1	4	11,4	4	11,4
Vestir-se	26	74,3	3	8,6	6	17,1
Ir ao banheiro	28	80,0	6	17,1	1	2,9
Levantar da cama ou cadeira	29	82,9	5	14,3	1	2,9
Comer	31	88,6	3	8,6	1	2,9
Urinar e evacuar	5	14,3	19	54,3	11	31,4

Tabela 4 - Distribuição da população de estudo por condição funcional em Atividades Instrumentais da Vida Diária, segundo estratos de covariáveis do estudo e razões de prevalência, Campo Grande, 2012-2013 (N=174).

Variáveis	Independente		Dependente		RP (IC 95%)
	N	%	N	%	
Idade contínua	-	-	-	-	1,06 (1,03-1,09)
Faixa etária					
60 - 69 anos	56	74,7	19	25,3	1
70 - 79 anos	38	55,9	30	44,1	1,74 (1,09-2,79)
80 anos ou mais	8	25,8	23	74,2	2,93 (1,88-4,55)
Status Conjugal					
Casado/companheira	72	61,5	45	38,5	1
Divorciado/solteiro/viúvo	30	52,6	27	47,4	1,23(0,86-1,76)
Nível de escolaridade					
Qualquer nível escolaridade	88	72,1	34	27,9	1
Não frequentou a escola	14	26,9	38	73,1	2,62 (1,88-3,65)
Cognição					
Sem déficit	81	68,1	38	31,9	1
Com déficit	19	36,5	33	63,5	1,99(1,42-2,77)
Estado emocional					
Sem sintomas depressivos	92	61,3	58	38,7	1
Com sintomas depressivos	7	35,0	13	45,0	1,68(1,15-2,46)
Estado Nutricional					
Sem risco	75	67,6	36	32,4	1
Em risco/desnutrido	22	39,3	34	60,7	1,87(1,33-2,63)
Uso de polifarmácia					
Não	91	59,9	61	40,1	1
Sim	7	41,2	10	58,8	1,46(0,94-2,28)
Comorbidade					
Sem/leve	43	75,4	14	24,6	1
Moderado/severa	59	50,4	58	49,6	2,02(1,24-3,29)

Tabela 5 - Modelo final da análise de regressão múltipla de Poisson para dependência em Atividades Instrumentais da Vida Diária.

Variável	Razões de prevalência ajustadas* (IC95%)
Idade (contínua)	1,04 (1,02-1,07)
Nível de escolaridade (não frequentou a escola)	2,12 (1,51-2,97)
Cognição (com déficit)	1,50 (1,09-2,06)

* Ajustadas por todas as variáveis no modelo.

Tabela 6 - Distribuição da população de estudo por funcionalidade nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs).

Atividades	Independentes		Dependentes			
	Sem ajuda		Com ajuda parcial		Com ajuda total	
	N	%	N	%	N	%
Usar o telefone	21	60,0	7	20,0	7	20,0
Usar meio de transporte	23	65,7	9	25,7	3	8,6
Fazer compras	22	62,9	4	11,4	4	11,4
Arrumar a casa	15	42,9	7	20,0	13	37,1
Preparar a própria comida	22	62,9	3	8,6	10	28,6
Lavar a própria roupa	18	51,4	6	17,1	11	31,4
Cuidar do dinheiro	21	60,0	9	21,7	5	14,3
Tomar os remédios	22	62,9	6	17,1	7	20,0

6 DISCUSSÃO

Assim como este estudo, outras investigações realizadas com idosos brasileiros também observaram o predomínio de idosos da faixa etária 60-74 anos, mesmo diante do significativo aumento da população idosa acima de 75 anos (CUNHA *et al.*, 2009; XAVIER *et al.*, 2011; BARBOSA *et al.*, 2014).

No estudo atual observou-se maior prevalência de dependência nas AIVDs do que nas AVDs, o que está de acordo com outras pesquisas. Hierarquicamente, as perdas ocorrem de atividades instrumentais de vida diária para atividades básicas de vida diária, devido às AIVDs exigirem maior integridade física e cognitiva comparada às AVDs (SANTOS; PAVARINI, 2011; BARBOSA *et al.*, 2014).

As prevalências de incapacidade funcional na amostra geral para AVDs e AIVDs foram equivalentes às detectadas por estudos, como Millán-Calenti e colaboradores (2010) em uma amostra aleatória de 598 indivíduos com mais de 65 anos, onde a prevalência de dependência nas AVDs foi de 34,6% e de 53,5% para as AIVDs. Em estudo realizado com 368 idosos de uma cidade do Rio Grande do Sul a prevalência de dependência em AVDs foi de 6,52%, enquanto que para AIVDs chegou a 15% (LEITE *et al.*, 2015). Outro estudo transversal realizado com 388 idosos atendidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste do município de Goiânia teve o percentual de idosos que necessitavam de ajuda para executar as AVDs e AIVDs de 35,8% e 60,6%, respectivamente (NUNES *et al.*, 2010). Maciel e Guerra (2007) encontraram dados semelhantes.

Nesta avaliação, verificou-se que a maioria dos idosos encontrava-se na situação de independência para AVDs, ou seja, 269 (86,8%) dos entrevistados eram capazes de realizar todas as atividades sem nenhuma assistência. Observou também que 147 (47,4%) dos idosos encontravam-se em situação de independência total para AIVDs. Barbosa e colaboradores (2014) em um estudo transversal com 329 idosos de uma unidade de estratégia de saúde da família de Montes Claros-MG, encontraram 25,9% (n=74) de dependência considerando somente as AIVDs. Em outro estudo realizado com 316 idosos em Lafaiete Coutinho-BA, a prevalência de dependência para AIVDs foi de 41,0% (FREITAS *et al.*, 2012). Em outra análise similar, um estudo realizado em sete países da América Latina e ilhas do Caribe com idosos, os investigadores encontraram maiores prevalências de incapacidade funcional para as atividades básicas de vida diária no Chile (34,7%), no México (30,2%), na Argentina (32,1%)

e no Brasil (28,6%). Com relação às atividades instrumentais, as ocorrências de incapacidade funcional foram maiores no Brasil (33,8%), no Chile (30,3%), na Argentina (27,6%) e em Cuba (26,7%). A variação das prevalências dos desfechos estudados entre os países foi justificada por diferenças nos anos de escolaridade da população-alvo, características da infraestrutura das cidades oferecida aos idosos, assim como fatores culturais relacionados à proteção do idoso em certas localidades (ORTIZ *et al.*, 2006).

Quanto à distribuição da população de estudo por funcionalidade nas AVDs, Barbosa e colaboradores (2014) encontraram uma distribuição similar à deste estudo. Em seus achados, os idosos precisaram de ajuda principalmente para: controle da micção (9,4%), vestir-se (7,6%) e banhar-se (6,6%). Del Duca, Silva e Hallal (2009), em estudo que também avaliou a funcionalidade em AVDs observaram que, entre as atividades de autocuidado, a maior proporção de dependência foi observada para o controle das funções de urinar e/ou evacuar (22,3%), seguida por vestir-se (9,1%) e tomar banho (9,9%). Costa, Nakatani e Bachion (2006) encontraram ainda com relação à dependência para realizar as AVDs, que 77,5% dos idosos apresentaram algum tipo de incontinência para as micções e 27,5% para as evacuações. Neste estudo, a maior frequência de dependência em AVDs também foi observada para a incontinência urinária, corroborando os achados das investigações citadas, assim como de outros estudos (MILLAN-CALENTI *et al.*, 2010; FREITAS *et al.*, 2012). É importante destacar, porém, que muitos idosos que constituíram a população deste estudo apresentavam hiperplasia prostática benigna, previamente ao diagnóstico de câncer de próstata, patologia na qual se apresenta uma série de sintomas urinários, entre eles, a incontinência (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008; TONON; SHOFFEN, 2009). Esse tipo de dependência é preocupante, pois pode gerar constrangimentos e levar ao isolamento social, a alterações na autoestima e autoimagem (ARAÚJO; HABR-GAMA, 2002; ARAP; GOMES, 2002). Faz-se necessário planejar estratégias que melhorem o estilo de vida dos idosos com promoção, tratamento e reabilitação da capacidade funcional do esfíncter. A promoção dever ser realizada por meio de mudanças comportamentais e exercícios que visam fortalecer o esfíncter uretral (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

Quanto às principais atividades que determinam a dependência nas AIVDs, é possível perceber uma diversidade na literatura. Segundo Barbosa e colaboradores (2014), a atividade na qual predominava a dependência em AIVDs foi ir a lugares mais distantes sozinho, usando algum transporte (10,1%), seguida de lavar e passar roupa (14,3%) e usar o telefone (7%). Del Duca, Silva e Hallal (2009) observaram maior dependência por parte dos idosos para realizar deslocamentos utilizando algum meio de transporte (17,6%), fazer compras (16,1%) e lavar a

roupa (15,9%). Em estudo realizado em Goiânia - GO, as proporções de idosos que relataram dependência, no caso necessitando de ajuda, quanto ao manuseio de dinheiro (73,9%), uso de meios de transporte (72,5%) e trabalho doméstico (40,6%) foram superiores às verificadas para as demais atividades da AIVD. As três atividades em que os idosos tinham maior dependência total incluíam: lavar qualquer peça de roupa (30,4%), realizar trabalho doméstico (26,1%) e utilizar o telefone (20,3%) (COSTA; NAKATANI; BACHION; 2006).

Em Pelotas - RS, realizar deslocamentos utilizando algum meio de transporte também foi a atividade, entre as AIVDs, em que os idosos apresentaram maior dependência (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009). Em Lafaiete Coutinho - BA e em Cuiabá - MT, idosos tiveram mais dificuldade quanto ao uso do telefone (FREITAS *et al.*, 2012; OLIVERIRA; MATTOS, 2012). Em outro estudo realizado em Goiânia - GO, a maior incapacidade relatada foi para lavar e passar roupa (NAKATANI *et al.*, 2009).

Tanto para as atividades básicas quanto para as instrumentais de vida diária, o avanço da idade está associado à maior prevalência de incapacidade funcional. O aumento da idade cronológica, aliado ao processo natural de envelhecimento, apresenta relação direta com maiores níveis de incapacidade funcional (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

Em outros estudos, também se observou que com o avanço da idade, maior é a probabilidade de dependência tanto nas AIVDs quanto nas AVDs. Isto porque a capacidade de realizar uma tarefa envolve a integração de múltiplos sistemas fisiológicos que com o avançar dos anos, gradualmente entram em declínio da função orgânica (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; NUNES *et al.*, 2010; MILLAN-CALENTI *et al.*, 2010; FREITAS *et al.*, 2012; PEREIRA *et al.*, 2012).

A associação entre incapacidade funcional em atividades básicas e instrumentais com o aumento da idade é um importante indicador para que os serviços de saúde planejem ações visando prevenir ou postergar a incapacidade funcional, garantindo independência e maior qualidade de vida ao idoso (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

Em estudo realizado em Guarapuava-PR, com idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde, a idade mostrou-se um fator fortemente associado à diminuição da capacidade funcional em AVDs e AIVDs (RP=5,3, IC95%= 1,41-20,3). Os idosos com 80 anos ou mais tiveram alta prevalência de algum grau de incapacidade funcional, quando comparados aos de 60-69 anos; o que concorda com resultados de outros estudos, como o de Joaçaba-SP, que para os idosos com 70 anos ou mais tiveram maior chance de ter capacidade funcional inadequada, quando comparados àqueles com entre 60 e 69 anos (RP=8,3, IC95%= 3,9-17,7) (FIEDLER; PERES, 2009; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). Em outro

estudo, realizado na região metropolitana de Belo Horizonte - MG, os pesquisadores demonstraram que entre idosos, o risco de incapacidade funcional para ambas as atividades (AVDs e AIVDs) dobra a cada década de vida, e ainda que a prevalência de dependência total para AVDs aumentou progressivamente com a idade, passando de 4,5% na faixa etária dos 60-69 anos para 24,4% entre os idosos com mais de 80 anos ($p < 0,001$). A faixa etária de 80 anos apresentou forte associação com a incapacidade funcional em AVDs, de forma independente dos demais fatores considerados no estudo, além de maior risco de dependência em AVDs comparados aos de 60 a 69 anos (GIACOMIN *et al.*, 2008).

Em estudo realizado em São Carlos - SP, verificou-se correlação entre faixa etária e dependência em AVDs, mensurada pela escala de Katz, ou seja, conforme a faixa etária aumenta, o grau de dependência dos idosos também aumenta. Neste estudo, observou-se que o aumento dos anos de vida é tido como fator predisponente para o declínio funcional das atividades básicas da vida diária do idoso. Por meio da correlação de Spearman, verificou-se uma correlação forte (coeficiente de correlação = 0,977) e significativa ($p = 0,000$) entre Índice de Katz e faixa etária (SANTOS; PAVARINI, 2011).

Covinsky e colaboradores (2003) em estudo quanto à idade, sua relação com o declínio funcional em AVDs e a hospitalização demonstraram que mais de 35% dos participantes (2.761 com idade maior ou igual a 70 anos) tiveram piora em sua capacidade funcional, em relação à admissão. Verificaram que os pacientes mais idosos tinham maior nível de dependência funcional em AVDs antes da hospitalização, quando comparados aos indivíduos idosos com menor idade. Além disso, a prevalência de declínio funcional apresentou impressionante relação com a idade, excedendo 50% em pacientes acima de 85 anos. De acordo com esses autores, maior prevalência de declínio funcional em AVDs e menores possibilidades de recuperação da capacidade funcional após a admissão poderiam explicar a associação entre a idade e piores resultados funcionais durante a hospitalização.

Corroborando os resultados dos estudos citados, a idade permaneceu como fator independente associado a incapacidade funcional no modelo final da análise múltipla para dependência tanto para AVDs como para AIVDs, no presente estudo.

O reduzido grau de instrução de grande parte dos idosos brasileiros está relacionado a falta de oportunidade de frequentar escola entre as décadas de 1930 e 1940, além das atribuições do trabalho doméstico daquela época, sendo que atualmente o nível de escolaridade vem aumentando em decorrência dos programas de alfabetização para adultos e idosos (AIRES; PASKULIN, MORAIS, 2010; GUEDES *et al.*, 2012). Pessoas com maior instrução têm maiores preocupações com sua saúde e capacidade de recuperação, assim como

hábitos higiênicos mais saudáveis, do que aquelas menos favorecidas (MACIEL; GUERRA, 2007).

Algumas incapacidades se associam à falta de escolaridade como: manusear dinheiro, tomar medicação, usar o telefone, fazer compras e utilizar meios de transporte, segundo relataram os idosos entrevistados. Tais incapacidades comprometem sobremaneira a socialização dos mesmos, diminuindo sua autonomia. Por isso, é preciso proporcionar adaptações que favoreçam condições de acesso aos conhecimentos e recursos, que poderão torná-los autônomos e independentes (COSTA; NAKATANI; BACHION; 2006).

Fielder e Peres (2009) perceberam que quanto menor o número de anos de estudos maior a proporção de indivíduos com capacidade funcional inadequada para AIVDs (RP= 4,01, IC95% 1,99 – 8,07). Maciel e Guerra (2007), em um estudo transversal com 310 idosos na cidade de Santa Cruz-RN, encontraram associação significativa da escolaridade com dependência funcional em AVDs e AIVDs (RP= 3,2 IC95% 1,4-7,2). Para Alves, Leite e Machado (2010) quanto maiores o nível educacional, menor a probabilidade de o idoso reportar uma pior capacidade funcional. A educação determina diversas vantagens para a saúde porque influencia fatores psicossociais e de comportamento. Indivíduos idosos com nível educacional mais elevado são menos prováveis de se expor aos fatores de risco para doenças e de se submeter a condições de trabalho inadequadas. Maior educação favorece o acesso a: informações, modificação do estilo de vida, adoção de hábitos saudáveis e procura dos serviços de saúde. Já para Giacomini e colaboradores (2008) a diferença não foi estatisticamente significativa, resultado que discorda do obtido neste estudo, no qual se observou associação com significância estatística tanto para dependência em AVDs quanto em AIVDs, permanecendo inclusive como fator independente associado a incapacidade funcional no modelo final da análise múltipla para ambas. Em outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, com idosos acima de 80 anos, os autores ressaltam que também não houve associação estatística dessa variável com incapacidade funcional para ambas ($p=0,891$) (AIRES; PASKULIN, MORAIS, 2010).

Neste estudo a presença de sintomas depressivos esteve associada a dependência em AVDs e AIVDs, assim como em um estudo semelhante realizado em Goiânia - GO onde a depressão foi considerada um fator de risco para dependência de todas as AVDs (RP=1,88, IC 95%= 1,44-2,45) e para as AIVDs (RP= 1,21, IC 95%= 1,03-1,42), exceto mover-se na cama (NUNES *et al.*, 2010).

A depressão é uma síndrome multifatorial caracterizada por um estado patológico de sofrimento psíquico com distúrbios afetivo e de humor. A maioria das depressões nos idosos é

atípica e está frequentemente associada à redução da autoestima, falta de ânimo, sensação de vazio, sentimento de culpa, pessimismo, desamparo, inutilidade, irritabilidade, inquietação e fadiga. A presença de sintomas depressivos traz consequências negativas para a qualidade de vida do indivíduo e grandes implicações sociais. A avaliação dessa condição possibilita identificar as causas tratáveis desses transtornos e propor medidas preventivas de forma a manter o indivíduo na comunidade pelo maior tempo possível e aproveitar ao máximo sua autonomia (NUNES *et al.*, 2010). A sintomatologia depressiva é hoje considerada um importante preditor de incapacidade, com importância primordial no desencadeamento e agravamento do declínio funcional. O envelhecimento acarreta várias perdas, como o comprometimento da saúde, a morte de familiares, perda das relações sociais, do trabalho e do prestígio social. Há também sintomas relacionados à diminuição do sono, perda do prazer nas atividades habituais e sexuais. Além disso, os transtornos depressivos têm importante repercussão sobre a qualidade de vida dos idosos, com risco de maior mortalidade e suicídio (MACIEL; GUERRA, 2007).

Maciel e Guerra (2007), em um estudo transversal com 310 idosos na cidade de Santa Cruz-RN, encontraram associação significativa da sintomatologia depressiva com dependência funcional em AVDs e AIVDs ($p < 0,001$), permanecendo inclusive no modelo final da análise multivariada de ambos. No presente estudo, a presença de sintomatologia depressiva permaneceu como fator independente associado a incapacidade funcional no modelo final da análise múltipla somente para dependência em AVDs, apesar de ser estatisticamente significativa para dependência funcional em AIVDs na análise univariada.

O processo cognitivo é a interação entre as funções psicológicas (motivação, atenção, percepção, aprendizagem, memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento e discurso) e o processo fisiológico que começa com a estimulação dos órgãos sensoriais (visão, tato, audição, paladar, olfato). O comprometimento das funções cognitivas, como déficit de memória de fixação e evocação, perturbação na orientação espaço-temporal, dificuldade de atenção, prejuízo na capacidade de julgamento, apraxias e afasias, implica perdas de independência e autonomia (NUNES *et al.*, 2010). O déficit cognitivo pode manifestar-se durante o processo de envelhecimento com início e progressão variáveis e relaciona-se com as próprias perdas biológicas inerentes ao processo de envelhecimento e à cultura do indivíduo. Ademais, os níveis social, econômico, instrucional e a idade interferem no desempenho do idoso. O déficit cognitivo em idosos consiste em “lentidão leve, generalizada e perda de precisão, quando estes são comparados com pessoas mais jovens, e pode ser medido por testes objetivos que relacionem situações do cotidiano”, a exemplo o Mini exame do Estado Mental

adaptado e validado para a cultura brasileira (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011; LEITE *et al.*, 2015).

No presente estudo, a presença de déficit cognitivo permaneceu como fator independente associado a incapacidade funcional no modelo final da análise múltipla somente para dependência em AIVDs, apesar de ter sido estatisticamente significativa para dependência funcional em AVDs na análise univariada.

O déficit cognitivo pode relacionar-se à presença de incapacidade funcional no desempenho de atividades da vida diária, especialmente, em populações com baixo nível de escolaridade (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011). Nunes e colaboradores (2010), assim como neste estudo, encontraram associação entre o déficit cognitivo e dependência para AVDs (RP= 1,46, IC 95%= 1,11-1,92) e AIVDs (RP= 1,76, IC 95%= 1,54-2,01). Em um estudo transversal com 368 idosos do Rio Grande do Sul, a partir do cruzamento dos dados das variáveis capacidade funcional e condições cognitivas, pode-se observar que dos 341 (93,4%) idosos independentes para a realização das AVDs, 220 (60,3%) não apresentaram declínio cognitivo. Dos 24 (6,6%) idosos que apresentaram dependência parcial ou total, 17 (4,7%) tinham declínio cognitivo (LEITE *et al.*, 2015). Maciel e Guerra (2007), em um estudo transversal com 310 idosos na cidade de Santa Cruz-RN, encontraram associação significativa da cognição com dependência funcional em AVDs e AIVDs ($p < 0,001$).

Recomenda-se que a aplicação de instrumentos que avaliem a função cognitiva e a capacidade funcional do idoso subsidiem o planejamento da atenção à saúde, visando a desenvolver ações terapêuticas e de reabilitação a serem aplicadas de forma individual. Entretanto, no Brasil essa prática ainda não faz parte da rotina dos serviços de saúde. Uma das possíveis hipóteses explicativas para a não utilização desses instrumentos pode ser o fato de que os profissionais de saúde ainda não estejam atentos a algumas lacunas, como exemplo, compreender o processo de envelhecimento como etapa da vida, ou, ainda, a formação inadequada na graduação (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011).

No presente estudo a variável nutricional apresentou associação estatisticamente significativa com dependência funcional tanto para AVDs como para AIVDs nas análises univariadas. Entretanto, isso não se manteve na análise múltipla.

Apesar de citados por vários estudos, a relação entre marcadores nutricionais e inflamatórios ainda não foi explicada com clareza. Desnutrição é uma condição comum, grave e sub-diagnosticada nos idosos (CUNHA *et al.*, 2009). Em um estudo transversal realizado com idosos institucionalizados em Uberlândia-MG observou-se que os idosos classificados com baixo peso pelo IMC obtiveram uma maior proporção de risco para a dependência

funcional (RP = 1,20). Além disso, o baixo peso representou importante fator de risco para a dependência dos idosos, independente dos outros fatores analisados. Isso pode ser explicado pelo fato de que para realizar qualquer atividade que exija esforço físico, como as AVDs, é necessário que a massa corporal esteja preservada (SOUSA *et al.*, 2014).

A incapacidade ou dependência funcional é um processo dinâmico e progressivo, sendo consequência, principalmente, das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de mudanças fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento. Sendo assim, as doenças crônicas constituem um fator de risco para incapacidade funcional em idosos (RODRIGUES *et al.*, 2009; ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). A transição demográfica, advinda do envelhecimento populacional, está diretamente relacionada com a transição epidemiológica, em que há aumento do número de DCNT e diminuem os casos de doenças infecciosas e parasitárias. As doenças mais frequentes nos idosos atuais são os acidentes vasculares cerebrais, fraturas após quedas, insuficiência cardíacas e/ou pulmonares, diabetes *mellitus* e Alzheimer (XAVIER *et al.*, 2011; SOUSA *et al.*, 2014). A prevalência de agravos à saúde, principalmente doenças crônicas, aumenta consideravelmente com a idade e, conseqüentemente, eleva os custos relacionados à assistência à saúde, social e serviços de cuidados de longa duração (DORANTES-MENDOZA *et al.*, 2007; PARKER; THORSLUND, 2007; FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011).

A avaliação da capacidade funcional dos idosos permite uma visão mais abrangente em relação às morbidades referidas e ao impacto da doença para a pessoa. Idosos com múltiplas comorbidades e, em especial, doenças crônicas podem apresentar dificuldades para a realização de atividades da vida diária (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011). Em um estudo realizado em São Paulo-SP, os pesquisadores investigaram a influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos residentes do município, em 2000, observando também que as condições crônicas exerciam significativa influência na dependência funcional. Entre elas estão, por exemplo, a hipertensão arterial, que aumenta em 39% a chance de o idoso ser dependente nas AIVDs, a doença cardíaca que aumenta em 82%, a artropatia em 59% e a doença pulmonar em 50%. Para a dependência nas AIVDs e AVDs, a chance mais do que dobrou para a presença de cada uma dessas doenças crônicas (ALVES *et al.*, 2007). Assim como neste estudo, em outras investigações os autores mostraram que a probabilidade de apresentar incapacidade funcional pode aumentar em função da comorbidade. Entretanto, embora tenha apresentado associação com dependência em AIVDs esta variável não permaneceu nos modelos ajustados para AVDs e AIVDs (SANTOS *et al.*, 2007; MARENGONI *et al.*, 2009).

Quanto ao estado conjugal, bem como autores de trabalhos relacionados ao perfil do idoso no Brasil demonstraram, a grande maioria dos homens idosos está casado ou com companheira (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011). Sabe-se que o estado de viuvez pode influenciar negativamente a capacidade funcional do idoso. Com relação à variável arranjo familiar, na análise dos fatores para dependência moderada/grave foi observado que morar só está associado com incapacidade funcional (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; REIS; ARAÚJO REIS; TORRES, 2015). Na presente investigação não foram observadas associações estatisticamente significativas entre situação conjugal e dependência em AVDs e AIVDs.

Outros autores têm encontrado associações estatisticamente significativas entre dependência funcional e estado civil dos idosos. Em alguns estudos, observou-se maior prevalência de incapacidade em idosos que perderam seus cônjuges e que os idosos casados ou que mantêm relação conjugal estável apresentam menor risco de limitação funcional. Conforme descrito, a probabilidade de viúvos desenvolverem incapacidade é maior pelo fato de a viuvez estar agregada a questões psicológicas e financeiras relacionadas à perda do companheiro (ROSA *et al.*, 2003; MACIEL; GUERRA, 2007; SUDRÉ *et al.*, 2012). Maciel e Guerra (2007) também demonstraram uma forte associação entre a dependência funcional e o estado civil. Os idosos casados ou que mantinham relação conjugal estável apresentaram menor risco de apresentar limitação funcional para AVDs e AIVDs. Em consonância com esta investigação, Millán- Calenti e colaboradores (2010) descreveram em seu estudo que a incapacidade funcional era menor entre os casados, comparados aos sem companheiro. Outro estudo com resultados semelhantes foi o de Barbosa e colaboradores (2014) em que a categoria “sem companheiro” englobava os idosos solteiros, viúvos e divorciados, sendo encontrada maior probabilidade de dependência para AVDs (RP= 3,26, IC95%= 1,25-8,51). Em contrapartida, em estudo realizado em Porto Alegre (RS), o estado civil permaneceu no modelo final apenas para AIVDs, indicando que os idosos que não tinham companheiro eram mais dependentes nestas atividades que os casados (PEREIRA *et al.*, 2012).

No presente estudo não foram verificadas associações estatisticamente significativas entre polifarmácia e dependência em AVDs e AIVDs. A polifarmácia é comumente definida como o consumo múltiplo de medicamentos, embora não haja consenso na literatura quanto à quantidade de medicamentos necessária à configuração de sua prática. Essa definição tem bases unicamente quantitativas, não levando em conta a pertinência clínica no seu uso ou a adequação do regime terapêutico proposto (LOYOLLA FILHO *et al.*, 2008). Em estudo com 811 idosos no Rio Grande do Sul, a polifarmácia foi definida mediante a contagem dos

medicamentos usados concomitantemente, utilizando o ponto de corte de cinco ou mais medicamentos. O uso contínuo de medicamentos foi referido por 586 idosos (72,3%), com uma média de 2,1 medicamentos utilizados diariamente e máximo de 13 medicamentos. A polifarmácia foi verificada em 13,9% da amostra (DAL PIZZOL *et al.*, 2012). Nogueira e colaboradores (2010) também definiram a polifarmácia como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos e no seu estudo, após ajuste pelos fatores socioeconômicos e demográficos, observou-se associação positiva e independente entre polifarmácia e incapacidade funcional. No que se refere à associação observada entre polifarmácia e incapacidade funcional, foram identificados poucos trabalhos que tenham abordado essa questão.

O presente estudo apresenta limitações. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível estabelecer a sequência temporal entre as variáveis independentes e os desfechos analisados, podendo comprometer as evidências de relação causal. As informações utilizadas foram auto-referidas e podem não refletir, efetivamente, a situação de alguns idosos. Além disso, vários pesquisadores realizaram a coleta de dados, o que apesar da padronização dos métodos de investigação empregados no estudo, poderia ter levado a pequenas variações.

As informações sobre AVDs e AIVDs podem ser influenciadas pela função cognitiva, escolaridade e outras variáveis, embora a validade e confiabilidade das escalas de Katz e Lawton estejam suficientemente estabelecidas na literatura.

Os resultados deste e de outros trabalhos apontam para a necessidade da realização de estudos longitudinais que avaliem fatores de risco para dependência nesse grupo populacional, de forma a subsidiar o planejamento de estratégias de promoção de saúde e prevenção de incapacidades, que visem à independência e melhor qualidade de vida do idoso.

7 CONCLUSÕES

A prevalência de dependência em AVDs na população de estudo foi de 20,1% (n=35), enquanto a prevalência de dependência em AIVDs correspondeu a 41,4% (n=72). Resultados estes correspondentes ao encontrados por diversos autores. Em relação a dependência em AVDs, todas as covariáveis apresentavam associação na população de estudo, sendo que idade, escolaridade, cognição, estado emocional e estado nutricional foram estatisticamente significativas. Idade, escolaridade e estado emocional foram fatores independentes associados à incapacidade funcional nessas atividades. Todas as covariáveis analisadas mostraram-se associadas também à dependência em AIVDs, sendo que idade, escolaridade, cognição, estado emocional, estado nutricional e comorbidade apresentaram associações estatisticamente significativas. Mostraram associação independente com incapacidade funcional em AIVDs as variáveis idade, escolaridade e cognição.

Os resultados apresentados apontam para a necessidade da realização de estudos longitudinais que avaliem fatores de risco para dependência nesse grupo populacional, de forma a subsidiar o planejamento de estratégias de promoção de saúde e prevenção de incapacidades, que visem à independência e melhor qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

Aires M, Paz AA, Perosa CT. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(3):492-9.

Aires M, Paskulin LMG, Moraes EP. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010; 18(1):[07 telas].

Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(8):1924-930.

Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev. Saúde Pública.* 2010; 44(3): 468-478.

Aparicio T, Navazesh A, Boutron I, Bouarioua N, Chosidow D, Mion M, et al. Half of elderly patients routinely treated for colorectal cancer receive a sub-standard treatment. *Critical Reviews in Oncology/Hematology.* 2009; 71:240-257.

Arap MA, Gomes CM. Incontinência urinária. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; Universidade de São Paulo; Ministério da Saúde. *Manual de Condutas Médicas.* Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p.391.

Araújo SEA, Habr-Gama A. Incontinência fecal. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; Universidade de São Paulo; Ministério da Saúde. *Manual de Condutas Médicas.* Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 461 p.388-390.

Balducci L. Aging, frailty and chemotherapy. *Cancer Control*. 2007; 14(1):7-12.

Balducci L. Epidemiology of cancer and aging. *J Oncol Manag*. 2005; 14(2): 47-50.

Balducci L, Yates J. General guidelines for the management of older patients with cancer. *Oncology*. 2000; 14: 221–227.

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

Basso U, Monfardini S. Multidimensional geriatric evaluation in elderly cancer patients: a practical approach. *Eur J Cancer Care*. 2004; 13(5): 424-33.

Belinelo RGS, Almeida SM, Oliveira PP, Onofre PSC, Viegas SMF, Rodrigues AB. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. *Esc Anna Nery* 2014;18(4):697-704.

Bernabei R, Venturiero V, Tarsitani P, Gambassi G. The comprehensive geriatric assessment: when, where, how. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2000; 33: 45-56.

Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr*. 1994; 52:1-7.

Bosetti C, Malvezzi M, Chatenoud L, Negri E, Levi F, Vecchia C. Trends in cancer mortality in the Americas, 1970–2000. *Annals of Oncology*. 2005; 16: 489–511.

Boyle P, Ferlay J. International Agency for Research on Cancer, Lyon, France. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Annals of oncology*. 2005; 16: 481-488.

Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014.[acesso 05 mar 2015]. Disponível em: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>

Brasil_a. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde-Demográficas e Socioeconômicas. [acesso em 05 mar 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popms.def>

Brasil_b. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde-Epidemiológicas e Morbidade. [acesso em 05 mar 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nims.def>

Brasil_c. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde-Estatísticas Vitais.[acesso em 05 mar 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10ms.def>

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. IBGE (dados da internet). [acesso em 05 mar 2015]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/20MV9>

Brunello A, Sandri R, Extermann M. Multidimensional geriatric evaluation for older cancer patients as a clinical and research tool. *Cancer Treat Ver*. 2009; 35(6): 487-92.

Carvalho, JAM; Garcia, RA.O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.Cad Saúde Pública. 2003;19(3):725-733.

Carreca I, Balducci L. Cancer chemotherapy in the older cancer patient. Urol Oncol. 2009; 27(6): 633-42.

Chen H, Cantor A, Meyer J, Corcoran MB, Grendys B, Cavanaugh B, et al. Can older cancer patients tolerate chemotherapy? A prospective pilot study. Cancer. 2003; 97: 1107-14.

Collin MC, Martin RM, Metcalfe C, Gunnell D, Albertsen P, Neal D, et al. An ecological study of prostate cancer mortality in the USA and UK, 1975-2004: are divergent trends a consequence of treatment, screening or artefact? Lancet Oncol. 2008; 9(5): 445–452.

Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária Acta Paul Enferm. 2006;19(1):43-8.

Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness: increased vulnerability with age. J Am Geriatr Soc. 2003; 51(4):451-8.

Cunha FCM, Cintra MTG, Cunha LCM, Couto EAB, Giacomini KC. Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2009; 12(3):475-487.

Dal Pizzol TS, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no sul do Brasil em estudo de base populacional. *Cad saúde pública*. 2012; 28(1): 104-114.

Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(5): 796-805.

Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(1):1-11.

Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(2): 317-25.

Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz JP, Lichtman S, et al.. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol*. 2005; 55(3): 241-52.

Extermann, M. Studies of Comprehensive Geriatric Assessment in patients with cancer. *Cancer Control*. 2003; 10(6):463-468.

Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, usos perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2): 187-93.

Ferreira LS, Nascimento LF, Marucci MF. Use of the mini nutritional assessment tool in elderly people from long-term institutions of southeast of Brazil. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2008; 12 (3): 213-217.

Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(1): 29-35.

Ferrís-i-Tortajada J, García-i-Castellb JO, Berbel-Torneroc, Ortega-García JA. Factores de riesgo constitucionales en el cáncer de próstata. *Actas Urológicas Españolas*. 2011; 35(5):282-288.

Ferrucci L, Giallauria F, Guralnik JM. Epidemiology of aging. *Radiol Clin North Am*. 2008; 46(4): 643-52.

Fernandes MV, Martins JT, Cardelli AAM, Marcon SS, Ribeiro RP. Perfil epidemiológico do homem com câncer de próstata atendido em um hospital universitário. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(2):333-40.

Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(2):409-415.

Folstein, MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975; 12:189-198.

Fonseca LAM, Eluf-Neto J, Wunsch VF. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil, 1980- 2004. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(3): 309-12.

Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis Júnior WM, Rocha SV, Brito TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(6): 933-939.

Friestino JKO, Rezende R, Lorentz LH, Silva OMP. Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: contexto histórico e perspectivas. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2014; 37 (3): 688-701.

Garman KS, Cohen HJ. Functional status and the elderly cancer patient. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2002; 43(3): 191-208.

Giacomin KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(6):1260-1270.

Gonçalves IR; Padovani C; Pompim RC. Caracterização epidemiológica e emográfica de homens com câncer de próstata. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1337-1342.

Goodwin JA. Older Adults' Functional Performance Loss and Adaptation During Chemotherapy. *Geriatric Nursing*. 2007; 28(6): 370-376.

Gray DB, Hendershot GE. The ICIDH-2: developments for a new era of outcomes research. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000; 81(12 Suppl 2): S10-4.

Guedes HM, Batista EAP, Rosa JA, Almeida MEF. O olhar do idoso sobre o atendimento em unidades básicas de saúde de Coronel Fabriciano-MG. REME – Rev. Min. Enferm. 2012; 16(1):75-80.

Haas GP, Delongchamps N, Brawley OW, Wang YC, Roza G. The Worldwide Epidemiology of Prostate Cancer: Perspectives from Autopsy Studies. Can J Urol. 2008; 15(1): 3866–3871.

Hayman JA, Langa KM, Kabeto MU, et al. Estimating the cost of informal caregiving for elderly patients with cancer. J Clin Oncol. 2001;19:3219-25.

Hamaker ME, Vos AG, Smorenburg CH, Rooij SE, Munster BC. The Value of Geriatric Assessments in Predicting Treatment Tolerance and All-Cause Mortality in Older Patients With Cancer. The Oncologist. 2012;17:1439–1449.

Hoffe S, Balducci L. Cancer and age: general considerations. Clin Geriatr Med. 2012; 28(1):1-18.

Hoogerduijn JG, Schuurmans MJ, Hoogerduijn JN MJ, Duijnste MSH, De Rooij SE, Grypdonck MFH. A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. Journal of Clinical Nursing. 2007; 16: 46–57.

Hurria A. Geriatric Assessment in Oncology Practice. Am Geriatr Soc. 2009 ; 57(02).

Johnston M, Pollard B. Consequences of disease: testing the WHO International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH) model. Soc Sci Med. 2001; 53(10): 1261-73.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*. 1963; 165:94-99.

Katz S, Stroud III MW. Functional assessment in geriatrics: a review of progress and directions. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37(3):267-71.

Kellen, E; Bulens, P; Deckx, L et al. Identifying an accurate pre-screening tool in geriatric oncology. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2010; 75:243-248.

Keogh JW, Macleod RD. Body composition, physical fitness, functional performance, quality of life, and fatigue benefits of exercise for prostate cancer patients: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2012; 43(1): 96-110.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*. 1969; 9: 179-186.

Leite MT, Castoni D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil. *Enfermería Global*. 2015; 37: 12-22.

Leonardo KZ, Talmelli LFS, Diniz MA, Fhon JRS, Fabricio-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. *Cienc Cuid Saude*. 2014; 13(1):120-127.

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

Lourenço RA, Veras RP. MEEM: características de medida da escala. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4):712-9.

Loyollla Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(1):89-99.

Maciel AC, Gerra RO. Influence of biopsychosocial factors on the functional capacity of the elderly living in Brazil's northeast. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(2):178-89.

Marengoni A, Strauss E, Rizzuto D, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. *J Intern Med*. 2009; 265(2):288-295.

Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Saúde. Aprova as decisões da Comissão Intergestores Bipartite Estadual. Resolução nº 59 de 27 junho de 2012. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 8.225, de 5 de julho de 2012.p.5.

Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González- Abrales I, Lorenzo T, Fernández-Aruty T, Maseda A. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010; 50(3):306-310.

Miller MD, Paradis CF, Houck PR, Mazumdar S, Stack JA, Rifai AH, et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: Application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatric Research*. 1992; 41: 237-248.

Minayo MC. Aging of the Brazilian population and challenges for the health sector. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(2): 208-9.

Mohile SG, Bylow K, Dale W, Dignam J, Martin K, Petrylak DP, et al. A pilot study of the Vulnerable Elders Survey-13 compared with the Comprehensive Geriatric Assessment of identifying disability in older patients with prostate cancer who receive androgen ablation. *Cancer*. 2007; 109(4):802-810.

Molina-Garrido MJ, Guillén-Ponce C. Development of a cancer-specific Comprehensive Geriatric Assessment in a University Hospital in Spain *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2011. v. 77 p. 148–161.

Monfardini S, Ferrucci L, Fratino L, del Lungo I, Serraino D, Zagonel V. Validation of a multidimensional evaluation scale for use in elderly cancer patients. *Cancer*. 1996;77:395-401.

Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009; 11(1):144-150.

Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*. 2008; 6 (Supl 1):S4-S6.

Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev Bras Fisioter.* 2010;14(4):322-9.

Nordenfelt L. Action theory, disability and ICF. *Disabil Rehabil.* 2003; 25(18): 1075-9.

Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010; 15(6):2887-2898.

Oliveira-Campos M, Cerqueira MB, Rodrigues Neto JF. Population dynamics and the profile of mortality in the municipality of Montes Claros, Minas Gerais State, Brazil. *Cien Saude Colet.* 2011; 16 (Suppl 1): 1303-10.

Oliveira PH, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2012; 21(3):395-406.

Organização Mundial de Saúde. International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. In: *Saúde OMD.* Genebra; 1980.

Organização Mundial de Saúde. CIF: classificação internacional de funcionalidade incapacidade e saúde. 2003.

Ortiz RCA, Ostir GV, Pelaez M, Ottenbacher KJ. Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. *Archives. Gerontologia Geriatria*. 2006;42(1):21-33.

O'Shea S, Morris ME, Lansek R. Dual task interference during gait in people with Parkinson disease: effects of motor versus cognitive secondary tasks. *PhysTher*. 2002; 82:888-97.

Paixão Jr. CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(1):7-19.

Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciêns Saúde Colet*. 2006;11(4):967-74.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39 (6):1-5.

Parker MG, Thorslund M. Health Trends in the Elderly Population: Getting Better and Getting Worse. *The Gerontologist* . 2007; 47(2):150–158.

Pereira GN, Bastos GAN, Del Duca GF, Bós AJG. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(11):2035-2042.

Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(6): 907-13.

Pinto BK, Muniz RM, Schwartz E, Budó, MLD, Heck RM, Lange C. Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(6):942-8.

Pizzol TSD, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no sul do Brasil em estudo de base populacional. *Cad saúde pública.* 2012; 28(1): 104-114.

Reis LA, Reis LA, Torres GV. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. *Cienc Cuid Saude.* 2015; 14(1):847-854.

Repetto L, Balducci L. A case for geriatric oncology. *Lancet Oncol.* 2002; 3(5):289-97.

Rodin MB, Mohile SG. A practical approach to geriatric assessment in oncology. *Journal of Clinical Oncology.* 2007; 25(14):1936-44.

Rodrigues MAP, Facchini LA, Thumé E, Maia F. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. *Cad. Saúde Pública.* 2009; (25 Suppl 3): 464-476.

Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos, LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública.* 2003; 37(1): 40-8.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA SF). *Journal of Gerontology & Medical Sciences.* 2001; 56(6): 366-372.

Rubenstein LZ; Rubenstein LV. Multidimensional Geriatric Assessment in: Tallis RC, Fillit HM, Brocklehurst JC(ed). Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 5ª ed. Estados Unidos da América: Churchill Livingstone; 1998. p. 207-216.

Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(3): 475-483.

Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. Rev. bras. fisioter. 2005; 9(2):129-36.

Santos AA, Pavarini SC. Functionality of elderly people with cognitive impairments in different contexts of social vulnerability. Acta Paul Enferm. 2011; 24(4):520-526.

Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa, JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. Cad Saude Publica. 2007; 23(11):2781-2788.

Santos RL, Virtuoso Jr. JS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. Revista Brasileira em Promoção de Saúde. 2008; 21(4):290-296.

Santos-Filho D, Missailids S, Fonseca AS, Filho MB. Prostate Cancer, Treatment Modalities and Complications: An Evaluation of the Scientific Literature [edição especial]. Braz. arch. biol. technol. 2008; 51: 51-56.

Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004; 9(4):897-908.

Silva JFS, Mattos IE, Aydos RD. Tendência de mortalidade por câncer de próstata nos Estados da Região Centro-Oeste do Brasil, 1980 – 2011. *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 395-406.

Sousa KT, Mesquita LAS, Pereira LA, Azeredo CM. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(8):3513-3520.

Sudré MRS, Reiners AAO, Nakagawa JTT, Azevedo RCS, Floriano LA, Morita LHM. Prevalência de dependência em idosos e fatores de risco associados. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(6):947-53.

Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(6):907-13.

Puts MTE, Hardt J, Monette J, Girre V, Springall E, Alibhai SMH. Use of Geriatric Assessment for Older Adults in the Oncology Setting: A Systematic Review. *J Natl Cancer Inst*. 2012; 104:1133-1163.

Tonon TCA, Shoffen JPS. Câncer de Próstata: uma Revisão da Literatura. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2009; 2(3):403-410.

Veras RP. International experiences and trends in health care models for the elderly. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(1):231-8.

Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, et al. Characteristics of nondisabled older patients developing new disability associated with medical illnesses and hospitalization. *J Gen Int Med.* 2007; 22(5): 668–74.

Wieland D, Hirth V. Comprehensive Geriatric Assessment. *Cancer Control.* 2003; 10(6): 454-462.

Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *R. bras. Est. Pop.* 2006; 23(1): 5-26.

World Health Organization. The International Agency for Research on Cancer (IARC). Globocan 2012. Documento na internet. [acesso em 05 mar 2015]. Disponível em: http://http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

Wünsch Filho V, Antunes JLF, Boing AF, Lorenzi, RL. Perspectivas da Investigação sobre Determinantes Sociais em Câncer. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2008;18(3):427-450.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research.* 1982; 17:37-49.

Xavier SG, Brito GEG, Oliveira EA, Carvalho DB, Rolim IB, Lucena EMF. Capacidade Funcional de Idosos Adscritos à Estratégia Saúde da Família no Município de João Pessoa – PB. *R bras ci Saúde.* 2011; 15(3):287-294.

ANEXO A - Instrumento de recrutamento

1



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz




**Avaliação Geriátrica Multidimensional em idosos com câncer de próstata:
Viabilidade e potencial de impacto na sobrevida**

➤ **INSTRUMENTO MÓDULO 1 - RECRUTAMENTO**

1. IDENTIFICAÇÃO

1. Número de identificação no estudo:
2. Número do prontuário/matricula:
3. Data da entrevista: ____/____/____
4. Nome do entrevistador: _____
5. Local da entrevista (nome do hospital/ambulatório/clínica no qual se encontra o paciente) _____
6. Nome do entrevistado: _____
7. Nome de outro respondente (*somente quando o paciente não puder responder a entrevista*): _____
8. Data do nascimento: ____/____/____
9. Idade em anos completos:
10. Endereço residencial: Rua _____
11. Número da casa (apto): (_____) _____
12. Cidade: _____ Bairro: _____
13. Estado: _____
14. Telefones para contato: () _____ - _____ () _____ - _____ () _____ - _____

AUTORIZA CONTATO POR TELEFONE: ☐

15. Outras informações (referência para localização, etc.): _____

2. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

16. Qual é o seu estado conjugal atual?
(1) casado (2) vive com companheiro(a) (3) divorciado ou separado (4) viúvo (5) solteiro
(888) não sabe informar
17. Sabe ler ou escrever um bilhete simples? (1) sim (2) não.
18. Até que grau o Sr. estudou?
(1) não foi à escola (2) primeiro grau (só primário) (3) primeiro grau (primário + ginásio)
(4) segundo grau completo (antigo clássico e científico, ensino médio ou técnico)
(5) graduação (nível superior ou mais) (888) não sabe informar.
19. Contando com o Sr, quantas pessoas moram em sua casa? (_____) pessoas (888) não sabe informar.
20. Somando a renda das pessoas que moram na sua casa, inclusive a sua, qual é o valor (em reais)?
(_____) reais (888) não sabe informar.

Nº no Estudo:

3. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA MULTIDIMENSIONAL

3.1. Capacidade Funcional

3.1.1 Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs)

Para cada item abaixo, assinale a descrição que se aplica (a palavra "ajuda" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal)

21. Para tomar banho o Sr	(1) Não recebe ajuda. (2) Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo. (3) Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou não toma banho sozinho.
22. Para vestir-se o Sr	(1) Pega as roupas e veste-se completamente sem ajuda. (2) Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. (3) Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa.
23. Para ir ao banheiro o Sr	(1) Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda <i>*(pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã).</i> (2) Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite. (3) Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas.
24. Para deitar e levantar da cama ou da cadeira o Sr	(1) Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda <i>*(pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador).</i> (2) Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda. (3) Não sai da cama.
25. Para comer o Sr	(1) Alimenta-se sem ajuda. (2) Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão. (3) Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos.
26. Para urinar e/ou evacuar o Sr	(1) Controla inteiramente a micção e a evacuação (2) Tem "acidentes" ocasionais (3) Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente.

27. **Escore das AVDs:** _____

28. **Classificação da capacidade funcional em AVDs:** (0) independente (1) dependente parcial (2) dependente

3.1.2. Avaliação das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs)

29. Consegue usar o telefone?	(1) Consegue olhar os números, discar, receber e fazer chamadas sem ajuda. (2) Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas. (3) Não consegue usar o telefone
30. Consegue usar um meio de transporte para se deslocar?	(1) Consegue dirigir seu próprio carro ou andar em um ônibus ou de táxi sozinho. (2) Consegue se locomover fora de casa, mas não sozinho. (3) Não consegue se locomover fora de casa.
31. Consegue fazer compras?	(1) Consegue tomar conta de todas as compras (desde que o transporte seja providenciado). (2) Consegue fazer compras, mas não sozinho. (3) Não consegue fazer compras.
32. Consegue arrumar a casa?	(1) Consegue fazer o trabalho doméstico pesado (exemplo: limpar o chão). (2) Consegue fazer o trabalho doméstico leve, mas precisa de ajuda nas tarefas pesadas. (3) Não consegue fazer qualquer trabalho doméstico.

Nº no Estudo:

--	--	--	--

3

33. Consegue preparar a sua comida?	(1) Consegue planejar e preparar uma refeição completa. (2) Prepara somente refeições pequenas ou recebe ajuda para prepará-las.. (3) Não consegue preparar qualquer comida. <i>*Se o paciente nunca foi responsável por preparar uma refeição, pergunte algo como: <u>fazer sanduíche, pegar uma fruta para comer, etc.</u> Verificar se essas atividades diminuíram e marcar da mesma forma.</i>
34. Consegue lavar sua própria roupa	(1) Consegue lavar toda a sua roupa. (2) Consegue lavar somente pequenas peças de roupa. (3) Não consegue lavar a sua própria roupa. <i>*Se o paciente nunca foi responsável por lavar sua roupa, pergunte se consegue fazer trabalhos manuais domésticos como: <u>pequenos reparos na casa.</u> Verificar se essas atividades diminuíram e marcar da mesma forma.</i>
35. Consegue cuidar do seu dinheiro?	(1) Consegue pagar contas e preencher cheques sem ajuda. (2) Necessita de ajuda para pagar as contas ou usar o talão de cheques. (3) Não consegue lidar com dinheiro.
36. Consegue tomar os seus remédios?	(1) Consegue tomar as medicações na dose e hora certa e sem ajuda. (2) Consegue tomar as medicações, mas precisa ser lembrado ou alguém precisa preparar a medicação. (3) Não consegue tomar suas medicações sem ajuda.

37. Escore das AIVDs: _____

38. Classificação da capacidade funcional em AIVDs:

(0) independente (1) dependente parcial (2) dependente

3.2. Cognição: Mini Exame do Estado Mental

Questões		Resposta
39. Que dia é hoje?	-----	(1) Certo (2) Errado
40. Em que mês estamos?	-----	(1) Certo (2) Errado
41. Em que ano estamos?	-----	(1) Certo (2) Errado
42. Em que dia da semana estamos?	-----	(1) Certo (2) Errado
43. Que horas são agora aproximadamente?	-----	(1) Certo (2) Errado
44. Em que local nós estamos? *(apontar para o chão; Resposta=quarto, sala do ambulatório, cômodo)	-----	(1) Certo (2) Errado
45. Que local é este aqui? *(Apontando ao redor; Resposta=hospital, clínica, ambulatório)	-----	(1) Certo (2) Errado
46. Em que bairro nós estamos (ou qual o nome de uma rua próxima)?	-----	(1) Certo (2) Errado
47. Em que cidade nós estamos?	-----	(1) Certo (2) Errado
48. Em que estado nós estamos?	-----	(1) Certo (2) Errado
49. Vou dizer três palavras e o senhor irá repeti-las a seguir: CARRO – VASO – TIJOLO	49a. Carro 49b. Vaso 49c. Tijolo	(1) Certo (2) Errado (1) Certo (2) Errado (1) Certo (2) Errado

Nº no Estudo:

--	--	--	--

4

50. Gostaria que o senhor me dissesse quanto é:	50a. 100 - 7	(1) Certo (2) Errado
	50b. 93 - 7	(1) Certo (2) Errado
	50c. 86 - 7	(1) Certo (2) Errado
	50d. 79 - 7	(1) Certo (2) Errado
	50e. 72 - 7	(1) Certo (2) Errado
51. O senhor consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco?	51a. Carro	(1) Certo (2) Errado
	51b. Vaso	(1) Certo (2) Errado
	51c. Tijolo	(1) Certo (2) Errado
52. Mostre um relógio e peça ao entrevistado que diga o nome	-----	(1) Certo (2) Errado
53. Mostre uma caneta e peça ao entrevistado que diga o nome	-----	(1) Certo (2) Errado
54. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	-----	(1) Certo (2) Errado
55. Agora <u>pegue este papel</u> com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão	55a. Pega a folha com a mão correta	(1) Certo (2) Errado
	55b. Dobra corretamente	(1) Certo (2) Errado
	55c. Coloca no chão	(1) Certo (2) Errado
56. Vou lhe <u>mostrar uma folha</u> onde está escrito uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: FECHÉ OS OLHOS	-----	(1) Certo (2) Errado
57. Gostaria que o senhor <u>escrevesse uma frase</u> de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande.	-----	(1) Certo (2) Errado
58. Vou lhe <u>mostrar um desenho</u> e gostaria que o senhor copiasse, tentando fazer o melhor possível	-----	(1) Certo (2) Errado

59. **Escore do MEE:** _____60. **Classificação pelo MEE:** (0) sem déficit cognitivo (1) com déficit cognitivo

3.4 Comorbidades

3.4.1. Escala de Charlson

Escala de Comorbidades de Charlson

Assinale as comorbidades apresentadas pelos pacientes com um X na linha correspondente da coluna da direita. A coluna da esquerda deve ser utilizada para anotar aspectos referentes às doenças verificados em prontuário e também informações do paciente que devem ser consideradas para inclusão como comorbidade.

Nº no Estudo:

--	--	--	--

5

Índice de Comorbidades de Charlson (ICC)

61. Infarto do miocárdio (não inclui alterações do ECG sem antecedentes médicos)	☐
62. Doença coronariana	☐
63. Insuficiência Cardíaca Congestiva	☐
64. Doença Vascular Periférica (inclui aneurisma de aorta com 6 cm ou mais)	☐
65. Doença cerebrovascular	☐
66. Demência	☐
67. Doença Pulmonar Crônica (DPOC)	☐
68. Doença do tecido conjuntivo	☐
69. Úlcera péptica	☐
70. Hepatopatia leve (sem hipertensão portal, inclui hepatite crônica)	☐
71. Diabetes mellitus sem evidência de complicações	☐
72. Hemiplegia ou paraplegia	☐
73. Doença renal moderada ou severa	☐
74. Diabetes com complicações (retinopatia, nefropatia, etc.)	☐
75. Tumor sem metástase (excluir se > 5 anos desde o diagnóstico)	☐
76. Leucemia (Aguda ou Crônica)	☐
77. Linfoma	☐

Nº no Estudo:

--	--	--	--

6

78. Doença hepática moderada ou severa

79. Tumor sólido com metástase

80. SIDA (AIDS)

81. Escore do índice de Charlson: _____

82. Classificação: _____

3.4.2. Escala de avaliação de doença cumulativa em geriatria (CIRS-G)

Utilize a tabela abaixo para a pontuação de cada item. Escreva uma breve descrição da condição de saúde, justificando as pontuações escolhidas.

Estratégia de pontuação

0 - Nenhum problema

1 - Problema leve atual ou problema passado significativo

2 - Moderada incapacidade ou morbidade / requer terapêutica de "primeira linha"

3 - Severa/constante incapacidade significativa / problemas crônicos "não controláveis"

4 - Extremamente severo/tratamento imediato necessário / disfunção orgânica terminal / grave comprometimento da função

ÓRGÃO/SISTEMA - DESCRIÇÃO	ESCORE
83. CORAÇÃO	
84. VASCULAR	
85. HEMATOPOIÉTICO	
86. RESPIRATÓRIO	
87. OLHOS, OUVIDOS, GARGANTA E LARINGE	
88. TRATO GASTROINTESTINAL SUPERIOR	
89. TRATO GASTROINTESTINAL INFERIOR	
90. FÍGADO	
91. RENAL	
92. GÊNITO-URINÁRIO	
93. MUSCULOESQUELÉTICO / TEGUMENTO	
94. NEUROLÓGICO	
95. ENDÓCRINO/METABÓLICO E MAMA	
96. DOENÇA PSIQUIÁTRICA	

97. NÚMERO TOTAL DE CATEGORIAS ASSINALADAS _____

98. ESCORE TOTAL _____

Nº no Estudo:

--	--	--	--

7

99. Índice de gravidade: (escore total/número total de categorias assinaladas) _____
100. Número de categorias no nível 3 de gravidade: _____
101. Número de categorias no nível 4 de gravidade: _____

3.5 Escala de Depressão Geriátrica 15 (GDS -15)

Escolha a resposta mais apropriada ao seu estado de espírito durante a última semana.

102. Você está basicamente satisfeito com sua vida? (1)Sim (2)Não
103. Você abandonou muitas atividades de interesse? (1)Sim (2)Não
104. Você sente que sua vida é vazia? (1)Sim (2)Não
105. Você sente-se entediado com frequência? (1)Sim (2)Não
106. Você vê o futuro com otimismo? (1)Sim (2)Não
107. Você tem medo de que algo de mal lhe aconteça? (1)Sim (2)Não
108. Você se sente feliz a maior parte do tempo? (1)Sim (2)Não
109. Você se sente perturbado por pensamentos que não lhe saem da cabeça? (1)Sim (2)Não
110. Você prefere ficar em casa a sair em busca de novas experiências? (1)Sim (2)Não
111. Você acha que sua memória é pior que a da maioria das pessoas? (1)Sim (2)Não
112. Você acha que é maravilhoso estar vivo agora? (1)Sim (2)Não
113. Você sente que não tem nenhum valor no estado que se encontra agora? (1)Sim (2)Não
114. Você se sente cheio de energia? (1)Sim (2)Não
115. Você sente que não há esperança para a sua situação? (1)Sim (2)Não
116. Você acha que a maioria das pessoas está melhor que você? (1)Sim (2)Não

117. Escore da GDS-15: _____

118. Classificação pela GDS-15: (0)sem depressão (1)depressão leve (2)depressão severa

3.6. Mini-avaliação nutricional (MAN)

119. Peso _____ 120. Altura _____

121. A ingestão de alimentos diminuiu nos últimos 3 meses devido à falta de apetite, problemas digestivos, dificuldade de mastigação ou deglutição

- (1) redução severa na ingestão de alimentos
- (2) redução moderada na ingestão de alimentos
- (3) não houve redução na ingestão de alimentos

122. Perda de peso involuntária nos últimos 3 meses

- (1) perda de peso superior a 3 kg
- (2) perda de peso entre 1 e 3 kg
- (3) nenhuma perda de peso
- (4) não sabe

123. Mobilidade

- (1) preso à cama ou à cadeira
- (2) pode sair da cama/cadeira, mas não sai
- (3) sai da cama/cadeira

124. Sofreu estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses

- (1) sim
- (2) não

125. Problemas neuropsicológicos

- (1) demência severa ou depressão
- (2) demência leve
- (3) sem problemas psicológicos

126. Índice de Massa Corporal (IMC) (peso em kg / altura em m²) (para ser preenchido após a entrevista)

- (1) IMC menor do que 19
- (2) IMC 19 até menos do que 21
- (3) IMC 21 até menos do que 23
- (4) IMC 23 ou maior

127. Escore da MAN: _____

128. Avaliação nutricional: (0)sem risco nutricional (1)em risco nutricional

Nº no Estudo:

--	--	--	--

3.7. Escala de Apoio social

"Se você precisar, com que frequência conta com alguém..."	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
129. Que o ajude se ficar de cama?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
130. Para lhe ouvir, quando você precisa falar?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
131. Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
132. Para levá-lo ao médico?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
133. Que demonstre amor e afeto por você?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
134. Para se divertir junto?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
135. Para lhe dar informação que o (a) ajude a compreender uma determinada situação?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
136. Em quem confiar, ou para falar de você ou sobre seus problemas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
137. Que lhe dê um abraço?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
138. Com quem relaxar?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
139. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
140. De quem você realmente quer conselhos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
141. Com quem distrair a cabeça?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
142. Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
143. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
144. Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
145. Com quem fazer coisas agradáveis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
146. Que compreenda seus problemas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
147. Que você ame e que faça você se sentir querido?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

148. Escore da Escala de Apoio Social: _____

149. Classificação: _____

3.8 VES 13

150. Qual é a sua idade? _____

151. Comparando com outras pessoas da sua idade, como é a sua saúde:

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

	Nenhuma Dificuldade	Pouca Dificuldade	Alguma Dificuldade	Muita Dificuldade	Não Consegue Fazer
152. Quanta dificuldade você tem para curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
153. Quanta dificuldade você tem para levantar ou carregar objetos de mais ou menos 5kg?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
154. Quanta dificuldade você tem para alcançar ou estender os braços acima dos ombros?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
155. Quanta dificuldade você tem para escrever, manusear ou agarrar objetos pequenos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
156. Quanta dificuldade você tem para caminhar 400 metros?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
157. Quanta dificuldade você tem para realizar trabalho de casa pesado, como esfregar pisos ou limpar janelas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

158. Por causa da sua saúde ou condição física você tem dificuldade para comprar itens de uso pessoal (como produtos de higiene ou medicamentos)?

(1) SIM -> 158b. Você tem ajuda para fazer compras? (1)SIM (2)NÃO

(2) NÃO

(3) NÃO FAZ -> 158c. É por causa de sua saúde? (1)SIM (2)NÃO

Nº no Estudo:

--	--	--	--

9

159. Por causa da sua saúde você tem dificuldade para lidar com dinheiro (como controlar os gastos ou pagar contas)?

(1) SIM -> **159b.** Você tem ajuda para lidar com dinheiro? (1)SIM (2)NÃO

(2) NÃO

(3) NÃO FAZ -> **159c.** É por causa de sua saúde? (1)SIM (2)NÃO

160. Por causa da sua saúde você tem dificuldade para caminhar pela sala?

(1) SIM -> **160b.** Você tem ajuda para caminhar? (1)SIM (2)NÃO

(2) NÃO

(3) NÃO FAZ -> **160c.** É por causa de sua saúde? (1)SIM (2)NÃO

161. Por causa da sua saúde você tem dificuldade para fazer trabalho doméstico leve (como lavar pratos, arrumar a casa ou limpeza leve)?

(1) SIM -> **161b.** Você tem ajuda com o trabalho doméstico? (1)SIM (2)NÃO

(2) NÃO

(3) NÃO FAZ -> **161c.** É por causa de sua saúde? (1)SIM (2)NÃO

162. Por causa da sua saúde você tem dificuldade para tomar banho?

(1) SIM -> **162b.** Você tem ajuda para tomar banho? (1)SIM (2)NÃO

(2) NÃO

(3) NÃO FAZ -> **162c.** É por causa de sua saúde? (1)SIM (2)NÃO

163. Escore do VES-13: _____

164. Classificação do VES-13: (0)hígido (1)vulnerável

3.9. Polifarmácia

Medicamentos usados regularmente no mês anterior à internação:

Nome comercial	Princípio ativo	Posologia/Dosagem
165.		
166.		
167.		
168.		
169.		
170.		
171.		

172. (para medicamentos adicionais): _____

173. Número de medicamentos: _____

4. INFORMAÇÕES SOBRE ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

174. Quando foi solicitada a biópsia de próstata. (informar a data)? ____/____/____ (888) não sabe informar.

175. Onde e por quem foi solicitada a biópsia de próstata?

(1) em uma consulta na unidade de saúde que frequenta regularmente e pelo próprio médico desta unidade (pule para q. 177)

(2) em uma consulta agendada em outra unidade de saúde (que não frequenta regularmente) e/ou por um médico especialista (urologista)

(3) em uma consulta em clínica ou consultório privado (particular ou convênio) e por um médico especialista (pule para q.177)

(4) outra resposta (especificar) _____

(888) sem informação

Nº no Estudo:

--	--	--	--

10

176. Quanto tempo transcorreu entre a consulta na unidade de saúde que frequenta regularmente e a consulta com o médico especialista que solicitou a biópsia de próstata? _____ (888) não sabe informar.

177. Como foi agendada a biópsia de próstata?

- (1) o próprio entrevistado ou alguém que o ajuda foi ao local onde seria realizada a biópsia e a marcou
- (2) um funcionário da unidade de saúde na qual a biópsia foi solicitada foi quem marcou (agendou a realização da mesma)
- (3) o entrevistado pediu para algum conhecido que trabalha na área da saúde agendar a biópsia
- (4) a biópsia foi agendada de outra forma (especificar) _____
- (888) não sabe informar

178. Quando foi realizada a biópsia de próstata (informar a data)? ____/____/____ (888) não sabe informar.

179. Onde foi realizada a biópsia de próstata (informar a cidade e o hospital ou ambulatório)? _____ (888) não sabe informar.

180. Quanto tempo demorou para o Sr saber o resultado da biópsia de próstata (informar em dias ou meses)? _____ (888) não sabe informar

181. Quanto tempo demorou desde que o Sr. soube o resultado da biópsia de próstata até o atendimento atual? _____ (888) não sabe informar

182. Qual o motivo do atendimento atual?

- (1) internação para fazer cirurgia (pule para questão 183)
- (2) atendimento para fazer radioterapia (pule para questão 187)
- (3) atendimento para fazer quimioterapia (pule para questão 193)
- (4) consulta para pegar hormonioterapia (pule para a questão 199)
- (5) Outros motivos (especificar): _____

183. Como foi agendada a cirurgia da próstata?

- (1) o próprio entrevistado ou alguém que o ajuda foi ao local onde seria realizada a cirurgia e a marcou
- (2) um funcionário da unidade de saúde na qual a biópsia foi solicitada foi quem marcou (agendou) a realização da cirurgia
- (3) o entrevistado pediu para algum conhecido que trabalha na área da saúde agendar a cirurgia
- (4) a cirurgia foi agendada de outra forma (especificar) _____
- (888) não sabe informar

184. A sua cirurgia foi desmarcada alguma vez?

- (1) sim
- (2) não (pule para q. 202)
- (888) não sabe informar (pule para q. 202)

185. Quantas vezes a cirurgia foi desmarcada e por qual motivo? _____ (888) não sabe informar

186. Qual a diferença, em dias, entre a primeira data marcada para a cirurgia e a data em que o Sr vai ser operado? _____ (888) não sabe informar

➤ **Questões 187 a 192: SOMENTE PARA QUEM MARCOU A ALTERNATIVA(2) NA QUESTÃO 182**

187. Quando o Sr vai iniciar as sessões de radioterapia? (informar a data da primeira sessão) _____ (888) não sabe informar

188. Onde será realizada a radioterapia? (informar cidade e hospital ou clínica) _____ (888) não sabe informar

Nº no Estudo:

--	--	--	--

11

189. Como foi agendada a primeira sessão de radioterapia?

- (1) o próprio entrevistado ou alguém que lhe ajuda foi ao local onde seria realizada a radioterapia e a marcou
 (2) um funcionário da unidade de saúde na qual a biópsia foi solicitada foi quem marcou (agendou) a primeira sessão de radioterapia
 (3) um funcionário do hospital onde a cirurgia foi realizada foi quem marcou (agendou) a radioterapia
 (4) o entrevistado pediu para algum conhecido que trabalha na área da saúde agendar a radioterapia
 (5) a radioterapia foi agendada de outra forma (especificar) _____

(888) não sabe informar

190. Essa sessão de radioterapia foi desmarcada (adiada) alguma vez?

- (1) sim
 (2) não (pule para q.202)
 (888) não sabe informar (pule para q.202)

191. Quantas vezes a sessão de radioterapia foi desmarcada (adiada) e por qual motivo?

(888) não sabe informar

192. Qual a diferença, em dias, entre a primeira data marcada para o início da radioterapia e a data em que o Sr vai iniciar a radioterapia?

(888) não sabe informar

➤ Questões 193 a 198: SOMENTE PARA QUEM MARCOU A ALTERNATIVA(3) NA QUESTÃO 182**193. Quando o Sr iniciará as sessões (ciclos) de quimioterapia (informar a data da primeira sessão)?**

(888) não sabe informar

194. Onde será realizada a quimioterapia (informar cidade e hospital ou clínica)?

(888) não sabe informar

195. Como foi agendada a primeira sessão de quimioterapia?

- (1) o próprio entrevistado ou alguém que lhe ajuda foi ao local onde seria realizada a quimioterapia e a marcou
 (2) um funcionário da unidade de saúde na qual a biópsia foi solicitada foi quem marcou (agendou) a realização da quimioterapia
 (3) um funcionário do hospital onde foi realizada a cirurgia marcou (agendou) a primeira sessão de quimioterapia
 (4) o entrevistado pediu para algum conhecido que trabalha na área da saúde agendar a quimioterapia
 (5) a quimioterapia foi agendada de outra forma (especificar) _____

(888) não sabe informar

196. Essa sessão de quimioterapia foi desmarcada alguma vez?

- (1) sim
 (2) não (pule para q.202)
 (888) não sabe informar (pule para q.202)

197. Quantas vezes essa sessão de quimioterapia foi desmarcada e por qual motivo?

(888) não sabe informar

198. Qual a diferença, em dias, entre a primeira data marcada para o início da quimioterapia e a data em que o Sr vai iniciar a quimioterapia?

(888) não sabe informar

➤ Questões 199 a 201: SOMENTE PARA QUEM MARCOU A ALTERNATIVA(4) NA QUESTÃO 182**199. Qual o nome do medicamento hormonioterápico que o Sr está utilizando ou vai utilizar?**

(888) não sabe informar

Nº no Estudo:

--	--	--	--

12

200. Onde o Sr pegou ou irá pegar o medicamento?

(1) no próprio hospital ou ambulatório em que está sendo tratado (informar o nome do serviço e a cidade)

(2) na secretaria de saúde do município onde reside (informar o município) _____

(3) na secretaria de saúde de Campo Grande

(4) na Secretaria Estadual de Saúde (Casa da Saúde)

(5) está comprando em farmácia

(6) outros lugares (especificar) _____

(888) não sabe informar

201. O Sr encontrou alguma dificuldade para pegar o medicamento pela primeira vez?

(1) sim (especificar qual) _____

(2) não

➤ 5.INFORMAÇÕES CLÍNICAS

“NÃO FAZEM PARTE DA ENTREVISTA COM O PACIENTE”

>ESSAS INFORMAÇÕES DEVEM SER COLETADAS NO PRONTUÁRIO<

202. Data do diagnóstico (Data do laudo de exame histopatológico da biópsia de próstata) (DATDIAG):

____/____/____ (888) sem informação no prontuário

203. Laudo (do exame histopatológico da biópsia de próstata) (LAUDO):

204. Estadiamento clínico ao diagnóstico (ESTADCLI):

(1)Estádio I (2)Estádio II (3)Estádio III (4)Estádio IV (888)sem informação no prontuário

205. Escala de Gleason (GLEASON):

(1) 2 (2) 4 (3) 6 (4) 8 (5) 10 (888)sem informação no prontuário

206. Exames diagnósticos e/ou procedimentos realizados previamente à biópsia (EXDIAG):

(1)toque retal (2)ultrassonografia de próstata (3)cirurgia (888)sem informação no prontuário

207. Data da biópsia de próstata (DATABIOP): ____ / ____ / ____ **(888)**sem informação no prontuário

208. Local onde foi submetido à biópsia de próstata (LOCBIOP) (informar a cidade e o serviço) (888)sem informação no prontuário

209. Data do toque retal (DATATOQ): ____ / ____ / ____ **(888)** sem informação no prontuário

210. Local onde foi submetido ao toque retal (LOCTOQ) (informar a cidade e o serviço):

211. Descrição do toque retal (TOQUE):

212. Data do laudo da ultrassonografia de próstata (DATAUS): ____/____/____ (888) sem informação no prontuário

Nº no Estudo:

--	--	--	--

213. Local onde realizou a ultrassonografia de próstata (LOCUS) (informar a cidade e o serviço):

_(888) sem informação no prontuário

214. Laudo da ultrassonografia de próstata (LAUDOUS): _____

(888) sem informação no prontuário

215. Antígeno prostático específico (PSA): _____ ng/ml (total) _____ ng/ml(livre) (888) sem informação no prontuário

216. Data do exame de PSA (DATAPSA): ____/____/____ (888) sem informação no prontuário

217. Metástase ao diagnóstico (CLINMETA) (1) ausência de metástase (2) presença de metástase (888) sem informação

218. Local da metástase ao diagnóstico (LOCMETA)

219. Observações relevantes (OBSRELEV):

Nº no Estudo:

--	--	--	--

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA EM MATO GROSSO DO SUL.

Pesquisador: CARLOS CÉSAR BONTEMPO FERRAZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37575214.9.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 856.122

Data da Relatoria: 02/11/2014

Apresentação do Projeto:

O instrumento de avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), ou escala de Lawton, é muitas vezes utilizado com aquele das AVD para dar uma ideia mais completa do nível de capacidade funcional. Enquanto as AVD representam um nível muito básico de função, as competências abrangidas pelo AIVD são cognitivamente de maior complexidade. Essas atividades envolvem mais interação com o ambiente do que as abrangidas pelo AVD, incluindo atividades como utilizar o telefone, fazer compras, utilizar transportes, usar medicamentos, lidar com dinheiro e preparo de refeições (GARMAN; COHEN, 2002; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009). Alguns estudos têm demonstrado que a presença de dependência em AVD aumenta o risco de mortalidade idosos hospitalizados. Em um estudo de pacientes idosos submetidos a cirurgia, um aumento da necessidade de assistência com AIVDs foi associado com aumento de complicações no pós-operatório. A avaliação do estado funcional é portanto altamente sugerido em pacientes idosos com câncer, e em especial avaliação de AIVDs que são habilidades necessárias para a manutenção de independência na comunidade, e AVD, que pode ser mais importante no ambiente hospitalar (BRUNELLO; SANDRI; EXTERMANN, 2009). Intercorrências clínicas, relacionadas aos esquemas terapêuticos utilizados, são frequentes em pacientes idosos com câncer de próstata (KEOGH; MACLEOD, 2012). Entre as complicações, observadas com maior frequência, estão a

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 856.122

incontinência urinária e a disfunção erétil (SANTOS-FILHO et al., 2008). Neste cenário, a inserção da Avaliação Geriátrica Multidimensional, junto com a avaliação clínica, pode influenciar positivamente na indicação da terapêutica inicial para o câncer. A funcionalidade é um importante domínio da AGM e a sua avaliação antes do início do tratamento do câncer e ao longo do período de seguimento pode contribuir para a prevenção de incapacidades e melhor qualidade de vida do paciente (GARMAN; COHEN, 2002).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar a capacidade funcional de idosos com câncer de próstata atendidos em hospitais do Sistema Único de Saúde de Campo Grande, MS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos aos participantes por se tratar de pesquisa utilizando banco de dados.

Benefícios:

As principais contribuições desta proposta estão relacionadas à construção de uma base científica para o entendimento das relações entre funcionalidade, tratamento do câncer e evolução da doença em indivíduos idosos, no contexto da assistência oncológica do SUS. Sendo a idade como o fator de risco mais importante para o desenvolvimento do câncer e o acelerado ritmo de envelhecimento populacional no Brasil, espera-se um expressivo incremento das taxas de incidência de câncer em idosos nos próximos anos, sendo necessário que os serviços de atenção oncológica estejam preparados para o atendimento qualificado dessa clientela.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa que busca conhecer as características da capacidade funcional de população idosa específica o que pode auxiliar na mudança de política de saúde voltada para o grupo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto referendada pela Coordenação da Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da UFMS.

Declaração de cedência do banco de dados do projeto "Avaliação geriátrica multidimensional em idosos com câncer de próstata: viabilidade e potencial de impacto na sobrevida." da pesquisadora Ines E. Mattos.

Termo de compromisso de uso de banco de dados.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 856.122

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequados

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 03 de Novembro de 2014

Assinado por:

Edilson dos Reis
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br