

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM PACIENTES IDOSOS COM
CÂNCER EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORDESTE DO BRASIL

Autores:

Ana Cláudia Conrado de Oliveira (responsável pela correspondência)

Av. Dr. José Augusto Moreira, 2222, apto 601, Casa Caiada – Olinda. CEP: 53130-410.
Pernambuco, Brasil.

Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde.

Rousiane Silva Cavalcanti

Av. Raimundo Diniz, quadra 2, bloco 28i, apto 103, IPSEP – Recife. CEP: 51190-720.
Pernambuco, Brasil. Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde.

Ana Rodrigues Falbo

Rua Confederação do Equador, 46, apto 101, Graças – Recife. CEP: 52011-060.
Pernambuco, Brasil.

Instituições: Faculdade Pernambucana de Saúde e Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira.

RESUMO

Objetivo: avaliar a capacidade funcional dos pacientes idosos hospitalizados na oncologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP entre outubro de 2013 a abril de 2014. **Método:** estudo de corte transversal envolvendo 108 pacientes com 60 anos ou mais. A capacidade funcional foi mensurada através do Índice de Katz e da Escala de Lawton e Brody. Foi utilizada medida de tendência central e dispersão (mediana e intervalo interquartil) para as variáveis contínuas e para as variáveis categóricas a distribuição de frequência (percentual). A verificação da associação entre a dependência e as variáveis independentes foi realizada pela análise bivariada utilizando teste do quiquadrado ou exato de Fisher (diferença de percentuais) e o Teste de Mood (diferença de medianas). O nível de significância considerado foi de 5,0%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP. **Resultados:** a dependência foi encontrada em 53,7% dos casos, sendo observada associação entre essa e a idade ($p=0,01$) e tempo decorrido desde o diagnóstico de câncer até a entrevista ($p=0,03$), sendo maiores no grupo dependente. **Conclusão:** a maior parte dos pacientes foi considerada dependente funcional. A idade e o tempo de diagnóstico foram fatores associados à incapacidade funcional nos idosos com câncer.

Palavras-chaves: Neoplasias, Idoso, Geriatria, Avaliação Geriátrica, Capacidade Funcional.

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the functional status of hospitalized elderly patients in the oncology of Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP between october 2013 and april 2014 **Method:** cross-sectional study involving 108 patients with 60 years or more. Functional status was measured using the Katz Index and the Lawton and Brody Scale. Measure of central tendency and dispersion (median and interquartile range) was used for continuous variables and for categorical variables was used frequency distribution (percentage). The assessment of the association between the dependency and independent variables was performed by bivariate analysis using chi-square test or Fisher's exact test (difference in percentage) and the Test of Mood (median difference). The significance level was 5.0%. The study was approved by the Ethics Committee in Research of IMIP. **Results:** dependency was found in 53.7% of cases, and association was observed between this and age ($p = 0.01$) and time from diagnosis of cancer to the interview ($p = 0.03$), being higher in the dependent group. **Conclusion:** the most of the patients was considered dependent functional. The age and time of diagnosis were associated with functional disability in elderly patients with cancer.

Keywords: Neoplasms, Aged, Geriatrics, Geriatric Assessment, Functional Status.

INTRODUÇÃO

A elevada incidência de câncer na sociedade atual é inegável. Estima-se que apenas no ano de 2008 ocorreram 12 milhões de casos novos de câncer e sete milhões de óbitos por essa doença em todo o mundo. ¹ No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que cerca de 13,7% das mortes registradas no país sejam relacionadas ao câncer ^{2,3} e que foram catalogados, só em 2008, um milhão de novos casos, sendo a Região Nordeste apontada como a terceira entre as regiões, com 78.960 casos novos.³

O padrão já estabelecido de envelhecimento populacional afeta de forma significativa o impacto de câncer no mundo, pois o prolongamento da expectativa de vida ocasiona um aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente, as cardiovasculares e o câncer. ⁴ A população oncológica com 65 anos ou mais, quando comparados com a de pacientes jovens, apresenta incidência de câncer 11 vezes mais elevada e mortalidade por essa doença 16 vezes maior. ⁵⁻⁸ No Brasil, onde desde os anos 40 a população com 60 anos ou mais é o grupo etário que proporcionalmente mais cresce, a relação entre idosos e o câncer não poderia ser diferente e, em 2010, a mortalidade por câncer foi de 24,6% entre população idosa de 60-69 anos, 20,0% entre 70-79 anos e 14,4% entre 80 anos ou mais. ⁹

O declínio das taxas de mortalidade se caracteriza como um processo real e natural de qualquer sociedade em desenvolvimento. ¹⁰ A ampliação do tempo de vida traz consigo desafios, pois não se trata apenas de quanto tempo se vive a mais, mas da qualidade desta vida. ¹¹ Esse é um item imprescindível na atenção assistencial à saúde em pacientes oncológicos idosos, já que o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional. ¹²

A capacidade funcional surge como um elemento novo e essencial no modelo de atenção à saúde dos idosos¹³, sendo definida como a capacidade de manter as

habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma.¹⁴ O comprometimento dessa capacidade está associada a aumento da fragilidade, dependência, institucionalização, quedas, problemas de mobilidade e morte¹¹, gerando assim implicações para a família, a comunidade, o sistema de saúde e para o próprio idoso.¹² Desta forma, a avaliação da capacidade funcional nos pacientes oncológicos idosos é de grande relevância, pois funciona como um indicativo da sua qualidade de vida.¹⁵

Diversos instrumentos abordam a avaliação da capacidade funcional. Em oncologia, as escalas Karnofsky e Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) são comumente utilizadas. Contudo, estudos apontam que tais escalas tendem a subestimar o real declínio funcional dos pacientes idosos e que a capacidade funcional dos idosos com câncer pode ser mais bem compreendida através da avaliação das Atividades da Vida Diária (AVD) e das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).^{16,17} As AVD, entendidas como a capacidade de autocuidado e de atendimento as necessidades básicas diárias, baseiam-se em controle da alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho.¹⁸ Já as AIVD, habilidades para administrar o ambiente em que vive, são representadas por atividades como preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, manusear suas medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte.¹⁹

Avaliação funcional no idoso com câncer é um tema constantemente abordado em publicações no mundo científico, comprovando que o status funcional influi nas taxas de sobrevida, toxicidade na quimioterapia, morbidade e mortalidade no pós-operatório oncológico.²⁰ Tal a magnitude do tema, certos hospitais brasileiros já desenvolveram algoritmos abordando a identificação de pacientes com baixa capacidade

funcional no processo de verificação de contraindicações ou do alto risco de prejuízos com o tratamento oncológico.²¹

O estudo da capacidade funcional dos pacientes oncológicos idosos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) pode fornecer dados importantes para o planejamento terapêutico e de cuidados a esses pacientes. A identificação de limitações e dificuldades passíveis de intervenção e remoção possibilitará maior adesão às propostas de tratamento disponíveis, tornando mais efetivos os cuidados em saúde.

Dessa forma, o presente estudo teve por finalidade avaliar a condição funcional dos pacientes oncológicos idosos hospitalizados. Assim, espera-se contribuir para a dignificação do processo de envelhecimento e doença por meio de uma abordagem integral e mais efetiva dos cuidados em saúde.

MÉTODO

Realizou-se um estudo de corte transversal com componente analítico, sendo incluídos pacientes com idade igual ou superior a 60 anos nas enfermarias masculina e feminina de oncologia do Centro de Alta Complexidade em Oncologia Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, durante o período entre outubro de 2013 a abril de 2014. O IMIP atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde. Foram excluídos pacientes em cuidados paliativos exclusivos e aqueles com câncer de pele não melanoma.

As informações foram obtidas através de formulário padronizado, respondido pelo paciente ou seu responsável, referente ao período de até 30 dias anterior à admissão hospitalar. Informações adicionais foram obtidas pelos pesquisadores através da revisão dos prontuários médicos.

O desfecho estudado foi a capacidade funcional dos pacientes idosos hospitalizados, mensurada na Avaliação Geriátrica Ampla através do Índice de Katz e da Escala de Lawton e Brody. Em ambos os instrumentos a dependência foi caracterizada por incapacidade em realizar pelo menos uma das funções.^{18, 22}

O Índice de Katz avalia as Atividades da Vida Diária segundo os quesitos: tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência do leito, continência e alimentação, classificando as respostas como dependentes e independentes em cada quesito separadamente. A interpretação do índice é feita graduando a dependência em AVD de acordo com a quantidade de funções comprometidas, tal que: 0: independente em todas as seis funções; 1: independente em cinco funções e dependente em uma função; 2: independente em quatro funções e dependente em duas; 3: independente em três funções e dependente em três; 4: independente em duas funções e dependente em

quatro; 5: independente em uma função e dependente em cinco funções; 6: dependente em todas as seis funções. (Anexo 1)

Uma vez que a escala (índice de Katz) não fornece um resultado consolidado em relação à situação de dependência dos pacientes avaliados e para facilitar a análise dos dados, o estudo atual classificou idosos sem nenhuma função comprometida como independentes e idosos que possuíam pelo menos uma função comprometida como dependentes. Dentre os dependentes, considerou-se ainda, dependência parcial nos idosos dependentes de uma a cinco funções e dependência total nos dependentes em todas as seis funções.

Já a Escala de Lawton e Brody avalia as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) através de sete itens: usar o telefone, viajar, fazer compras, realizar serviços domésticos, preparar refeições e manusear a própria medicação e governar o próprio dinheiro. As respostas pré-estabelecidas possuem um valor que somado representa um score total. E, de acordo com esse score, os pacientes são classificados como independentes (21 pontos), dependentes parciais (entre 7 e 21 pontos), e dependentes totais (7 pontos). (Anexo 2) Tal escala não diferencia a incapacidade da falta de hábito para a execução das atividades em questão. Por esse motivo, diante de resposta negativa para realizar determinada função, os pacientes foram questionados se a não realização se dava por não ter o hábito ou por não ser capaz.

As variáveis independentes estudadas foram segundo o modelo teórico conceitual adotado (Figura 1): aspectos socioeconômicos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda per capita), redes de apoio (situação familiar, apoio rede social, condição da habitação, acesso ao serviço de saúde), variáveis relacionadas ao câncer (topografia, câncer status, tempo decorrido desde o diagnóstico, extensão, tratamento oncológico prévio) e presença de comorbidades.

Após correção das incoerências entre os dados inseridos em dupla entrada no Epi Info versão 3.5.4, por meio do módulo Data Compare do mesmo programa, foi obtido um banco único e realizada a análise descritiva utilizando para as variáveis contínuas medida de tendência central e dispersão (mediana e intervalo interquartil) e para as variáveis categóricas a distribuição de frequência (percentual).

Com o objetivo de verificar a associação entre a dependência em AVD e as variáveis independentes estudadas foi realizada análise bivariada utilizando teste do quiquadrado ou exato de Fisher quando indicado para as variáveis categóricas e para as variáveis contínuas, foi realizado o Teste de Mood para diferença de mediana. O nível de significância considerado em todos os testes foi de 5,0%.

O presente estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP sob o número 20647713.4.0000.5201.

RESULTADOS

Durante os sete meses de coleta de dados, 136 pacientes preencheram os critérios de elegibilidade do estudo, dos quais 28 (20,6%) foram excluídos: dois recusaram-se em participar, três haviam saído para realização de exames no momento da coleta de dados sem possibilidade de contato posterior, seis sem condição clínica de responder às perguntas, seis sem acompanhante esclarecido e 11 internados em dias fora dos dias destinados à coleta e que tiveram alta ou óbito antes da possibilidade de novo contato. No total participaram do estudo 108 pacientes (79,4%). (Figura 2)

Quanto às características de base dos participantes foi observado que a maioria era do sexo masculino e vivia com seu (a) companheiro (a) (respectivamente 58,3% e 59,2%). A idade do grupo variou de 60 a 87 anos com mediana de 68 anos (intervalo interquartil 62 a 74,5 anos). A escolaridade variou de nenhum a 16 anos de estudo com mediana de 4 anos (intervalo interquartil um a 8,5 anos). A renda per capita variou de R\$ 73,00 a R\$ 2.172,00 com mediana de R\$ 482,00 (intervalo interquartil de R\$ 362,00 a R\$ 724,00).

A maioria dos pacientes vivia em habitação adequada (sem barreiras arquitetônicas e com boas condições de higiene) e com a família (58,3% e 88,0%, respectivamente). Em relação ao apoio de rede social, o suporte familiar foi o mais frequente (96,0%). Para mais da metade dos pacientes o acesso físico ao serviço de saúde foi considerado fácil (52,8%), enquanto aproximadamente um terço apontou como maior dificuldade a disponibilidade de transporte (34,3%).

No que concerne ao câncer, a topografia primária observada em metade dos pacientes correspondeu a câncer de pulmão ou estômago ou próstata (respectivamente 18,5%, 13,9% e 17,6%), com predomínio do tipo sólido (98,1%) e do padrão ativo de recidiva ou progressão da doença (75,0%). O tempo de diagnóstico, definido em meses

a partir do recebimento do diagnóstico até o momento da entrevista, variou de 1 a 228 meses com mediana de nove meses (intervalo interquartil de 4 a 18 meses). Metástases à distância ocorreram em 49,1% dos pacientes, ao passo que o comprometimento local de forma avançada e limitada respectivamente em 36,1% e 14,8% dos casos.

Quanto à terapêutica, a quimioterapia foi instituída em algum momento do plano de cuidados em 62,9% dos pacientes, sendo de forma exclusiva ou combinada em 22,2% e 40,7% dos casos respectivamente. Menos de 20,0% dos pacientes nunca haviam realizado tratamento oncológico (19,4%).

A presença de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) foi verificada em associação em 25,0% dos pacientes e de forma isolada em 37,0% e 7,4% respectivamente.

Ao analisar as Atividades de Vida Diária (AVD), considerando o índice de Katz foi observado que mais da metade dos participantes da pesquisa foram classificados como dependentes (53,7%) e dentre esses, 48,1% apresentavam dependência considerada intermediária ou parcial, enquanto 5,6% apresentavam dependência total.

Já a avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) pela Escala de Lawton e Brody revelou que a quase totalidade dos pacientes eram dependentes (98,2%), sendo de forma parcial em 91,5% dos casos e de forma total em apenas em 1,9%. Ao dissociar incapacidade de falta de hábito, os percentuais de dependência em serviços domésticos, viagens e refeições, que antes representavam 92,5%, 83,3% e 81,4% dos casos respectivamente, após segunda avaliação, aparecem em apenas 34,2%, 14,8% e 33,3% dos pacientes respectivamente.

Foi verificada associação entre o grau de dependência e a idade, sendo essa maior no grupo dos idosos dependentes com mediana de idade de 69 anos, enquanto

nos pacientes independentes foi de 64 anos (teste de Mood com $p = 0,01$). Da mesma forma também foi observada diferença com significância estatística em relação ao tempo decorrido desde o diagnóstico até o momento da entrevista, sendo esse maior nos pacientes dependentes quando comparados com os independentes (respectivamente medianas de 12 meses e 7,5 meses – teste de Mood $p = 0,03$). Em relação às demais variáveis estudadas não foram encontradas diferenças com significância estatística.

DISCUSSÃO

No tocante às características de base, estudos realizados em 2007¹² e 2009²³ com idosos brasileiros sobre capacidade funcional observaram que a maior dependência foi predominantemente feminina (respectivamente 58,8% e 56,1% dos casos). Outro estudo realizado no Líbano, em 2011, apresentou achado semelhante.²⁴ Especula-se que tal fato poderia ser explicado pela maior sobrevivência feminina além da maior frequência de condições incapacitantes não fatais nas mulheres. Deve-se levar em consideração o maior número de notificações das condições de saúde nas mulheres em relação aos homens da mesma idade, uma vez que aquelas procuram mais os serviços de saúde.²⁵

O predomínio do sexo masculino encontrado no estudo atual pode ser atribuído, em aproximadamente um terço dos casos, à frequência observada de câncer de próstata e pulmão (17,6% e 18,5% respectivamente), os quais são mais prevalentes em homens. (ESTIMATIVAS 2014). É bem estabelecido que o tabagismo representa a maior causa de câncer de pulmão,²⁶ e que esse se manifesta como efeito tardio do consumo. Vêm se observando uma tendência de mudança no perfil dessa neoplasia, com aumento progressivo em mulheres e tendência à diminuição nos homens. Como o padrão histórico do consumo de cigarros entre as mulheres apresentou pico de exposição cerca de vinte anos mais tarde que nos homens, talvez a maior frequência dessa neoplasia na mulher ainda não esteja sendo expressa nos dias atuais.²⁷⁻²⁹

A mediana de idade de 68 anos, encontrada no estudo atual, caracteriza os pacientes avaliados como idosos jovens, ou seja, menores de 80 anos. Tal caracterização está compatível com a população de idosos brasileiros, que possuem uma expectativa de vida de 74,6 anos.^{30,31}

Ainda sobre as variáveis sociodemográficas, a mediana de renda per capita e de anos de estudo encontrados nos pacientes estudados, respectivamente 482 reais e de

quatro anos, foram compatíveis com o perfil da população atendida pelo IMIP e também com o esperado para a população de idosos brasileiros, dos quais 40,8% vivem com até um salário mínimo como rendimento mensal considerando todas as fontes e têm, em média 4,6 anos de estudo segundo o IBGE.³²

A situação econômica influencia fortemente a capacidade funcional dos idosos, atestado pelo fato de que idosos que residem em locais com menos recursos vão apresentar dificuldade de acesso a serviços de saúde, educação e saneamento básico, com maior probabilidade de apresentarem prejuízo funcional.²³ No presente estudo não foi observada essa associação possivelmente pelo pequeno tamanho da amostra analisada.

A maioria dos pacientes avaliados vivia em habitação sem barreiras arquitetônicas e com boas condições de higiene (58,3%) e contavam com suporte familiar (96%). Segundo o Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (2012), 88,6% dos idosos no Brasil vivem em domicílios onde existem a presença de familiares,³³ contrastando com outras realidades, como na União Europeia, na qual este grupo representa 73,8%, fato que pode ser justificado pelas diferenças culturais, nas quais os idosos europeus, em geral, sofrem uma tendência ao isolamento.³⁴ Mesmo frente às tendências de transformações nas situações de dependência, segundo estudo português,³⁵ a família continua sendo a principal cuidadora, fato que também pode ser observado na população brasileira³³.

Quanto às variáveis relacionadas ao câncer, considerando a topografia, foi observado que 50,0% dos casos correspondeu a câncer de pulmão ou estômago ou próstata (respectivamente 18,5%, 13,9% e 17,6%). Embora seja apontado que pacientes com câncer de pulmão evidenciem menores níveis de funcionalidade em comparação com mama e cólon, e que a neoplasia prostática mostra-se com os maiores níveis de

capacidade funcional,³⁶ no estudo atual não se encontrou associação com significância estatística entre a topografia do câncer e a capacidade funcional.

Também não foi encontrada relevância estatística entre o padrão de atividade tumoral e o grau de dependência. Tal fato é congruente com estudo americano realizado com 203 idosos com câncer, que demonstrou que o status funcional se correlaciona pobremente com a estágio tumoral, indicando que a simples presença de um tumor em estágio avançado não implica necessariamente diminuição da funcionalidade, assim como, tumores em estágio inicial não indicam alta funcionalidade.³⁷

Quanto à terapêutica, a presença de dependência está associada com o aumento do risco de toxicidade da quimioterapia em pacientes idosos com câncer.^{38,39} apesar disso, essa associação não foi verificada no atual estudo. O objetivo terapêutico primordial nessa população gira em torno de manter e prolongar a expectativa de vida ativa associada à sobrevida. Por tal fato, a avaliação da capacidade funcional se perfaz tão importante, pois como evidenciado em estudo francês com 375 idosos, a dependência em AVD foi fator independente para a modificação da terapêutica instituída, que ocorreu em 20,8% dos pacientes.⁴⁰

Considerando a avaliação das Atividades de Vida Diária (AVD), observou-se que a população estudada era dependente em 53,7% dos casos. Estudos em idosos sem câncer apontaram grau de dependência variando de 29,1% a 76,4%,⁴⁰⁻⁴² enquanto que naqueles com câncer, a dependência variou entre 31,5% e 56,5%^{43,51,52}. Tais variações podem ser relacionadas à heterogeneidade das populações quanto às características socioeconômicas, psicossocial e doenças de base, assim como local e método dos estudos.

Estudo, envolvendo 1697 idosos americanos com câncer,⁴⁴ evidenciou que o déficit da capacidade funcional estaria associado a itens como caminhar, tomar banho e

transferência do leito (deitar-se/levantar-se da cama e sentar-se/levantar-se da cadeira). Tais achados dialogam com o resultado encontrado no atual estudo, que evidenciou dependência na transferência e no uso do vaso sanitário em 39,8% dos pacientes nas duas funções.

A dependência em AVD possui um impacto negativo tanto no seguimento oncológico quanto na qualidade de vida do paciente e da família. Estudos revelam que a incapacidade funcional em AVD associa-se à um maior risco de institucionalização,⁴⁵ além de apresentar-se como preditor de morbidade e mortalidade para esses pacientes.^{46,47} Vale destacar ainda que tal dependência interfere no autocuidado e diminui a autonomia do idoso, provocando restrição de suas atividades, limitação social, e aumento do desgaste familiar.⁴⁸

Em relação à avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), foi constatada dependência em 98,1% dos casos. Os achados citados na literatura mostram níveis de incapacidade para AIVD variando entre 58% e 64,5%⁵⁰⁻⁵² sendo, dessa forma, discrepantes do observado no presente estudo.

As repercussões da dependência em AIVD mostradas pela literatura apontam que essa se apresenta como fator prognóstico correlacionado com uma diminuição na sobrevida, em análises multivariadas.^{52,53} Evidencia-se também que as AIVD, fortemente relacionadas com a participação do indivíduo na sociedade, são as primeiras a serem perdidas no cotidiano do idoso, ocorrendo cerca de duas vezes mais que as AVD, podendo, assim, a sua dependência comprometer a socialização do idoso,⁵⁴ tal como resultar em estresse psicológico.⁵⁵

Especula-se que o maior nível de dependência encontrado no atual estudo possa ser justificado pelos itens avaliados e a sua interferência pelo contexto cultural dos participantes. A grande dependência no preparo de refeições e serviços domésticos

(81,4% e 92,5% dos casos, respectivamente), em uma amostra com maioria do sexo masculino, pode ser atribuída, provavelmente, à falta de hábito e não à incapacidade. Outros estudos corroboram com o predomínio dos déficits da capacidade funcional em AIVD encontrados pelo atual estudo.⁴⁵

A agregação de pacientes incapazes para uma função com aqueles que não a realizam por hábito, em uma mesma categoria, foi uma falha identificada na Escala de Lawton e Brody. Quando os pacientes foram considerados segundo a falta de hábito para a realização da tarefa analisada foi observada discrepância nos resultados, de tal forma que, por exemplo, a incapacidade de realizar serviços domésticos, inicialmente descrita em 92,5% dos pacientes, na realidade, foi identificada em 34,2% dos casos. Tal fato levanta questões além da problemática do gênero já citada, sugerindo uma manutenção da dependência provida pelo suporte social, que estaria associada a uma maior integração entre o binômio família-idoso.⁵⁶ A partir disso, indaga-se se a família estaria assumindo, em demasia, as atividades dos idosos em detrimento de suas capacidades, ou ainda, se essa seria uma opção dos próprios idosos frente à um novo momento de vida.

Outra falha encontrada pelo atual estudo na Escala de Lawton e Brody foi a agregação de diferentes níveis de dependência em uma mesma categoria. Pacientes com dependência em uma única função estão incluídos no mesmo grupo de pacientes com dependência em até seis fatores dos sete estudados. Esse fato dificulta a avaliação adequada do real grau de dependência do paciente idoso.

O grau de dependência, no estudo atual, foi associado à mediana de idade e ao tempo decorrido desde o diagnóstico até o momento da entrevista ($p=0,01$ e $p=0,03$ respectivamente). Do ponto de vista numérico, a amostra analisada talvez não tenha sido suficiente para demonstrar outras diferenças que, por ventura, existissem entre os

subgrupos comparados, entretanto, a amostra incluiu 79,4% dos pacientes hospitalizados durante o período do estudo, portanto, representativa.

A idade mostrou-se com um fator de risco para a dependência entre os pacientes estudados. A literatura aponta que o avançar da idade aumenta a probabilidade de o idoso apresentar comprometimento da capacidade funcional,^{23,57} sendo bem estabelecido que essa apresenta um declínio natural após o seu ápice nos primeiros anos da vida adulta. No entanto, cada vez mais, admite-se que a variação da funcionalidade não é influenciada apenas pela idade, mas também pelo estilo de vida na idade adulta como tabagismo, etilismo, dieta, atividade física, assim como fatores externos e ambientais, com destaque para as comorbidades, entre elas o câncer. ENVELHECIMENTO ATIVO- PDF

Estudos relatam que a presença do câncer não foi associada à dependência funcional em pacientes idosos,^{12, 58} concluindo que, a presença de comorbidades tais como osteoartrite e insuficiência cardíaca, mais do que a história do câncer, estaria correlacionada com a incapacidade funcional.¹² Ainda não há uma boa compreensão de como as neoplasias alteram a funcionalidade ou como elas interagem com outras doenças de base para o declínio da capacidade funcional nesses pacientes.⁵⁹ Contudo, embora pareça não se destacar como forte fator de risco para a dependência, quando comparados a outras comorbidades, outros estudos revelam que o declínio funcional provocado pelo câncer é significativo.^{36,59,60}

O tempo de diagnóstico mostrou-se, no atual estudo, como um fator associado para a diminuição da capacidade funcional. Entretanto, um estudo americano incluindo 907 idosos com câncer, diverge de tal achado, mostrando melhora do status funcional ao longo do primeiro ano de seguimento, fato que não pôde ser analisado no atual estudo devido ao seu delineamento transversal.³⁶ Os questionamentos acerca do tempo de

diagnóstico podem estar relacionados a evolução natural da doença, toxicidade do tratamento e não adesão terapêutica, por exemplo. Contudo, poucos estudos em população e cenário semelhantes foram encontrados, dificultando comparações pertinentes.

O grau de dependência funcional encontrado no paciente idoso com câncer pode repercutir na sua qualidade de vida, levando a restrição de suas atividades, de sua autonomia e socialização, além da sobrecarga e desgaste familiar.

CONCLUSÃO

Os pacientes do estudo atual foram, em sua maioria, do sexo masculino, com mediana de idade de 68 anos, mediana de escolaridade de quatro anos e mediana de renda de 482 reais. A maior parte vivia em habitação adequada com o (a) companheiro (a). Apresentavam câncer do tipo sólido e topografia de pulmão, estômago e próstata. A mediana de tempo decorrido desde o diagnóstico até o momento da entrevista foi de nove meses.

A maior parte dos pacientes foi considerada como dependente funcional nas atividades da vida diária e a quase totalidade dependentes no que se refere às atividades instrumentais da vida diária.

A idade e o tempo de diagnóstico foram fatores associados à incapacidade funcional nos idosos com câncer.

A avaliação da capacidade funcional do paciente idoso com câncer contribui para adequar as intervenções terapêuticas, a reabilitação do paciente e as orientações para a equipe multiprofissional, cuidadores e familiares. Ressalta-se assim, a necessidade dessa avaliação para uma abordagem integral e cada vez mais efetiva.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. – Rio de Janeiro: INCA, 2009. Acesso em 13 de maio de 2013. Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=2.
2. Portal da Saúde – SUS. Levantamento avalia situação do câncer no Brasil. Acesso em 13 de maio de 2013. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25441.
3. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). A situação do câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro – 3. ed. rev. atual. ampl. – INCA, 2008. Acesso em 13 de maio de 2013. Disponível em: www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap1.pdf.
4. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro – 3. ed. rev. atual. ampl. –: INCA, 2008. Acesso em 13 de maio de 2013. Disponível em: www1.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap5.pdf.
5. Jemal A, Bray F, Center MM et al. Global Cancer Statistics. CA Cancer J Clin 2011; 61: 69–90.
6. WHO. OMS: Organização Mundial da Saúde: Patient safety fact file. Acessado em 26 de março de 2012. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/>.
7. Smith BD, Smith GL, Hurria A, et al. Future of cancer incidence in the United States: burdens upon an aging, changing nation. J Clin Oncol. 2009; 27: 2758–2765.
8. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos JLF. Fatores de risco para mortalidade em idosos. Revista de Saúde Pública 2006; 40:1049-1056.
9. Ministério Da Saúde – DATASUS. Taxa de mortalidade por neoplasia maligna no Brasil. Acesso dia 12 de maio de 2013. Disponível em www.datasus.gov.br.
10. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. Saúde públ., S. Paulo. 1987; 21: 211-24,
11. Cordeiro RC, Dias RC, Dias JMD, Perracini M, Ramos LR. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosas institucionalizadas. Rev Fisioter Univ São Paulo. 2002; 9: 69-77.
12. Alves LCA, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007; 23: 1924-1930.

13. Ramos, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19: 793-798.
14. Veras R, Lourenço R. Do mito da cura à preservação da função: a contemporaneidade da jovem Geriatria. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2008; 11: 303-305.
15. Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev. esc. enferm.* 2007; 41: 378-385.
16. Hurria A, Cohen HJ. Comprehensive geriatric assesment for patients with cancer [internet]. UpToDate, 2014. [Acesso em 02 de julho de 2014]
17. Cohen M, Reuben D, Naeim A. Assessing the Older Cancer Patient. Springer. 2009 [acesso em 6 de julho de 2014]. 29p. Disponível em: www.springer.com/cda/content/document/cda_downloaddocument/9780387890692-c1.pdf?SGWID=0-0-45-765524-p173864213.
18. 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). *Cad Saude Publica*. 2008; 24: 103-112.
19. Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, Cipullo JP, Martin JFV. Semiologia do idoso. In: Porto CC. *Semiologia médica*. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.165-197.
20. Karnakis T. Oncogeriatrics: uma revisão da avaliação geriátrica ampla nos pacientes com câncer. *RBM*. 2011; 68: 8-12.
21. Karnakis T. A importância da avaliação geriátrica ampla nos pacientes idosos oncológicos. 2010. Einstein: *Educ Contin Saúde*. 8: 98-9.
22. Santos RL, Virtuoso JS Júnior. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS*. 2008; 21: 290-296
23. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44: 468-78.
24. Hazzouri AZA, Sibai AM, Chaava M, Mahfoud Z, Yount KM. Gender differences in physical disability among older adults in underprivileged communities in Lebanon. *J Aging Health*. 2011; 23: 367-82.
25. Murtagh KN, Hubert HB. Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *Am J Public Health*. 2004; 94: 1406-11.

26. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil – Rio de Janeiro: INCA, 2014. Acesso em 8 de junho de 2014. Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp
27. Guimarães CA. Mortalidade por câncer do pulmão. J. bras. Pneumol [periódico online]. 2007 [acesso em 8 de junho de 2014]. 33: 2p. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132007000500002&script=sci_arttext
28. Wünsch V Filho, Mirra AP, López RVM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2010; 13: 175-87.
29. Zamboni M. Epidemiologia do câncer do pulmão. J Pneumol. 2002; 28: 41-7.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua Completa de Mortalidade. 2012 [acesso em 13 de junho de 2014]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2012/
31. Flávio Chaimowicz. Saúde do idoso. 2.ed. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais: 2013.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira: 2013. 1 ed. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. 2012 [acesso 15 de junho de 2013]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default_sintese.shtm
34. European Commission – Eurostat. Income and living conditions in Europe. 2010. Brussels: European Commission, 2010.
35. Carvalho, MILB. Os cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social no concelho de cascais. [dissertação] Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa, 2010.
36. Given CW, Given BA, Azzuz F, Stommel M, Kozachik S. Comparison of changes in physical functioning of elderly patients with new diagnoses of cancer. Med Care 2000; 38: 482-93.
37. Extermann M, Overcash J, Lyman GH, Parr J, Balducci L. Comorbidity and functional status are independent in older cancer patients. J Clin Oncol 1998; 16: 1582-7.

38. Extermann M, Boler I, Reich RR, Lyman GH, Brown RH, DeFelice J et al. Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score. *Cancer*. 2012; 118: 3377-86
39. Hurria A, Togawa K, Mohile SG et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. *J Clin Oncol*. 2011; 29: 3457-65.
40. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43: 796-805.
41. 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: 43-48.
42. Feliciano AB, Moraes SA, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20: 1575-1585.
43. Caillet P, Canoui-Poitrine F, Vouriot J et al. Comprehensive geriatric assessment in the decision-making process in elderly patients with cancer: ELCAPA study. *J Clin Oncol*. 2011; 29: 3636-42.
44. Stafford RS, Cyr PL. The impact of cancer on the physical function of the elderly and their utilization of health care. *Cancer* 1997; 80: 1973-8
45. Sthal, HC, Berti HW, Palhares VC. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. *Texto contexto - enferm*. 2011; 20: 59-67.
46. Inouye SK, Peduzzi PN, Robison JT, et al. Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. *JAMA*. 1998; 279: 1187-1193
47. Millan-Callenti CM, Tubio J, Pita-Fernandez S, et al. 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: 306–10.
48. Sanchez MA. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. *Textos Envelhecimento* 2000; 3: 35-54.
49. Ingram SS, Seo PH, Martell RE, et al. Comprehensive assessment of the elderly cancer patient: the feasibility of self-report methodology. *J Clin Oncol*. 2002; 20: 770-775.

50. Returnaz F, Seux V, Pauly V, et al: Geriatric assessment and care for older cancer in patients admitted in acute care for elders unit. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2008; 68: 165-171.
51. Versteeg KS, Konings IR, Lagaay AM et al. Prediction of treatment-related toxicity and outcome with geriatric assessment in elderly patients with solid malignancies treated with chemotherapy: a systematic review. *Ann Oncol*. 2014 [acesso em 8 de julho de 2014]. 18p. Disponível em: www.annonc.oxfordjournals.org/
52. Winkelmann N, Petersen I, Kiehnopf M, Fricke HJ, Hochhaus A, Wedding U. Results of comprehensive geriatric assessment effect survival in patients with malignant lymphoma. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2011; 137: 733-8
53. Maione P, Perrone F, Gallo C, et al. Pretreatment quality of life and functional status assessment significantly predict survival of elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer receiving chemotherapy: a prognostic analysis of the multicenter Italian lung cancer in the elderly. *J Clin Oncol*. 2005; 23: 6865-6872.
54. Aires M, Paz AA, Perosa CT. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. *RBCEH*. 2006; 3:79-91
55. Hurria A, Li D, Hansen K, et al. Distress in older patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2009; 27: 4346-4351
56. Jede M, Spuldaro M. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. *RBCEH*. 2009; 6: 413-421.
57. Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordestes do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10: 178-89.
58. Guccione AA, Felson DT, Anderson JJ, Anthony JM, Zhang Y, Wilson PWF et al. The Effects of Specific Medical Conditions on the Functional Limitations of Elders in the Framingham Study. *Am J Public Health*. 1994; 84: 351-358.
59. Garman KS, Cohen HJ. Functional status of elderly cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2002; 43: 191-208
60. Verbrugge LM, Lepkowski JM, Imanaka Y. Comorbidity and its impact on disability. *Milbank Q*. 1989; 67:450-484.

Tabela 1. Distribuição de frequência dos pacientes do estudo segundo variáveis da condição socioeconômica e apoio de rede social. Recife, outubro de 2013 a abril de 2014.

Variáveis	N	%
Sexo		
• Feminino	45	41,7
• Masculino	63	58,3
Estado Civil		
• Vivia com companheiro	64	59,3
• Vivia sem companheiro	44	40,7
Situação Familiar		
• Vive só	13	12,0
• Vive com a família	95	88,0
Apoio da Rede Social*		
• Familiar	104	96,3
• Amigos / Vizinhos	47	43,5
• Voluntariado Social	1	0,9
• Cuidador Remunerado	7	6,5
Situação Habitacional*		
• Adequada	63	58,3
• Presença de barreiras arquitetônicas	34	31,5
• Umidade, fraca higiene, equipamentos inadequados,	18	16,7
• Inadequada.	0	0
Acesso ao Serviço de Saúde*		
• Fácil	57	52,8
• Difícil – transporte	37	34,2
• Difícil – acompanhante	14	13,0
• Difícil – demanda do serviço	14	13,0

*A não correspondência com o número total da amostra deve-se ao fato de um mesmo paciente apresentar a possibilidade de mais de uma resposta.

Tabela 2. Distribuição de frequência dos pacientes do estudo segundo variáveis relacionadas ao câncer e comorbidades. Recife, outubro a abril de 2014.

Variável	N	(%)
Número de Pacientes	108	100
Topografia		
• Aparelho Digestivo	39	36,1
• Aparelho Respiratório	23	21,3
• Aparelho Genital Masculino	20	18,5
• Aparelho Genital Feminino	12	11,1
• Outros	14	13,0
Câncer Status		
• Controlado/remissão	3	2,8
• Ativo/ diagnóstico recente	24	22,2
• Ativo/recaída/progressão	81	75,0
Tipo de câncer		
• Sólido	106	98,1
• Hematológico	2	1,9
Extensão do Tumor Sólido		
• Limitado	16	14,8
• Localmente avançado	39	36,1
• Metástase	53	49,1
Tratamento Oncológico Prévio*		
• Cirurgia	40	37,0
• Radioterapia	38	35,2
• Quimioterapia	68	63,0
• Virgem de tratamento oncológico	21	19,4
Comorbidades*		
• Hipertensão Arterial Sistêmica	67	62,0
• Diabetes Mellitus	35	32,4
• Nenhuma	33	30,6

*A não correspondência com o número total da amostra deve-se ao fato de um mesmo paciente apresentar a possibilidade de mais de uma resposta.

Figura 1. Modelo Teórico Conceitual – Capacidade funcional do idoso com câncer

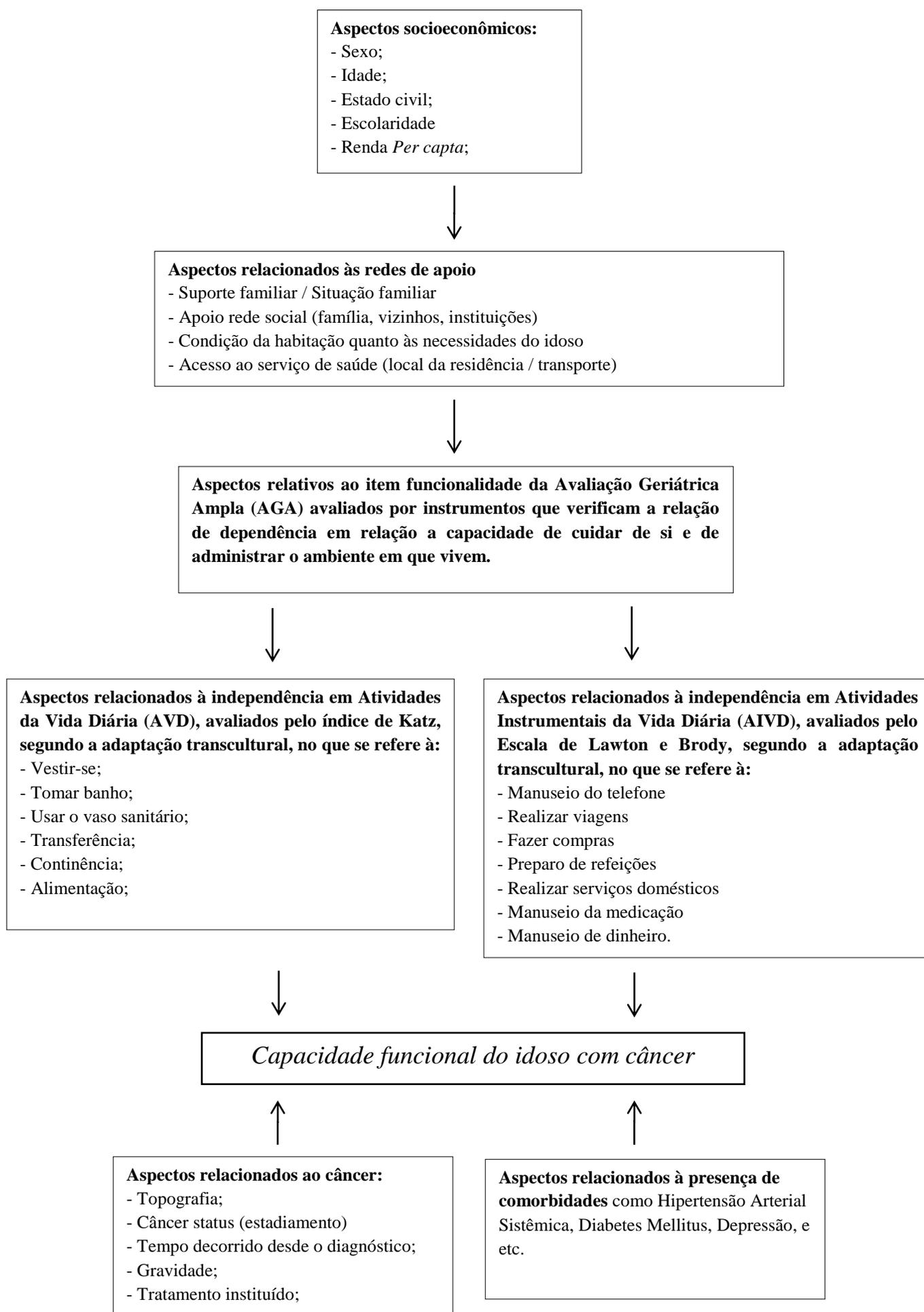
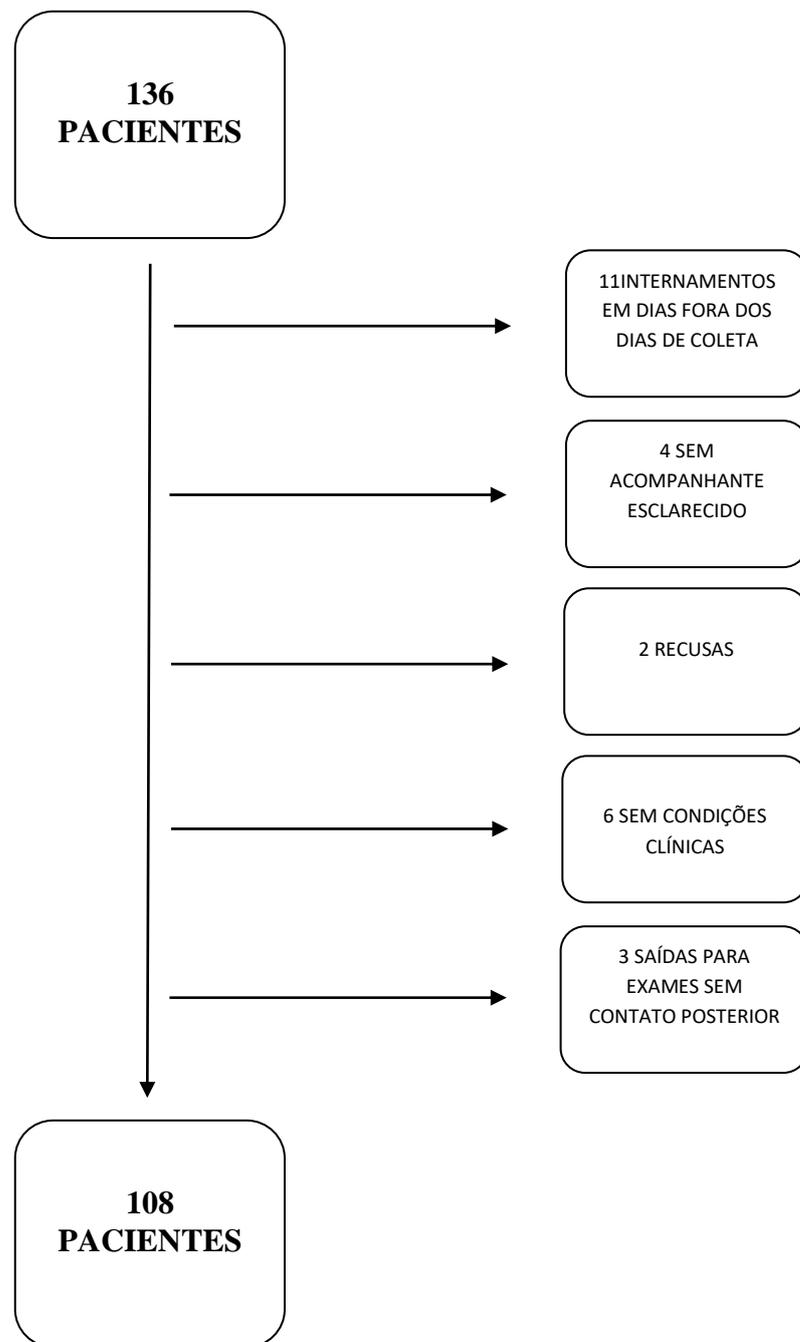


Figura 2. Fluxograma de captação dos pacientes internados na enfermaria de oncologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP no período de outubro de 2013 a abril de 2014



ANEXO 1.

Atividades da Vida Diária (AVD) - Índice de Katz

Tomar banho: (leito, banheira ou chuveiro)

- não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) (I)
 - recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) (I)
 - recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho (D)
-

Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)

- pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda (I)
 - pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos (I)
 - recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa (D)
-

Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)

- vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) (I)
 - recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite (D)
 - não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas (D)
-

Transferência

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

Continência

- controla inteiramente a micção e a evacuação (I)
- tem “acidentes” ocasionais (D)
- necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente(D)

Alimentação

alimenta-se sem ajuda (I)

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

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

INTERPRETAÇÃO:

0: independente em todas as seis funções;

1: independente em cinco funções e dependente em uma função;

2: independente em quatro funções e dependente em duas;

3: independente em três funções e dependente em três;

4: independente em duas funções e dependente em quatro;

5: independente em uma função e dependente em cinco funções;

6: dependente em todas as seis funções.

CLASSIFICAÇÃO:

Independência = 0

Dependência Leve = 1

Dependência Intermediária = 2-3

Dependência Severa = 4-5

Dependência Total = 6

ANEXO 2.

Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) - Escala de Lawton e Brody

Manuseio do telefone: avalia a capacidade de utilizar o telefone sem auxílio, apenas com auxílio, ou não utilizar.

-]³ recebe e faz ligações sem assistência.
 -]² necessita de assistência para realizar ligações telefônicas.
 -]¹ não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone.
-

Realizar viagens: avalia a capacidade de viajar sozinho, somente com acompanhante, ou não viajar.

-]³ realiza viagens sozinho (a).
 -]² somente viaja quando tem companhia.
 -]¹ não tem o hábito ou é incapaz de viajar.
-

Fazer compras: avalia a capacidade de fazer compras sozinho, somente com acompanhante, ou não faz compras.

-]³ realiza compras, quando é fornecido transporte.
 -]² somente faz compras quando tem companhia.
 -]¹ não tem o hábito ou é incapaz de fazer compras.
-

Preparo de refeições: avalia a capacidade de preparar sozinho, somente com auxílio, ou não preparar.

-]³ planeja e cozinha as refeições completas.
 -]² prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda.
 -]¹ não tem o hábito ou é incapaz de preparar as refeições.
-

Realizar serviços domésticos: avalia a capacidade de realizar tarefas pesadas, auxílio nas atividades pesadas ou não realizar serviços domésticos.

-]³ realiza tarefas pesadas.
 -]² realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas.
 -]¹ não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos.
-

Manuseio da medicação: avalia a capacidade de tomar remédios só ou necessitar de auxílio.

-]³ faz uso de medicamentos sem assistência.
 -]² necessita de lembretes ou de assistência.
 -]¹ é incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos.
-

Manuseio de dinheiro: avalia a capacidade de manusear o dinheiro, pagar contas só, somente com auxílio, ou não pagar/manusear.

-]³ preenche cheque e paga contas sem auxílio.
 -]² necessita de assistência para o uso de cheques e contas.
 -]¹ não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro e contas.
-

CLASSIFICAÇÃO:

Dependência total ≤ 7

Dependência parcial $> 7 < 21$

Independência = 21