



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



**Qualidade de vida no envelhecimento: situação de saúde dos idosos  
assistidos em unidades de saúde da família de município do interior paulista**

**ELISABETE MANIERI CARAZZAI**

**BOTUCATU  
2014**

**ELISABETE MANIERI CARAZZAI**

**Qualidade de vida no envelhecimento: situação de saúde dos idosos  
assistidos em unidades de saúde da família de município do interior paulista**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Profa. Dra. Regina Célia Popim  
Orientadora

**BOTUCATU  
2014**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

ELISABETE MANIERI CARAZZAI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Aprovada em: -----

Orientador:

Prof.a Dr.a Regina Célia Popim

---

Avaliador interno à UNESP:

Prof.ª Dr.ª Silvia Cristina Mangini Bocchi

---

Avaliador externo à UNESP:

Prof.ª Dr.ª Stael Silvana Bagno Eleutério da Silva

---

***Dedicatória***

*Aos meus pais Terezinha e Wilson (in memorium) por existirem em minha vida.*

*Ao meu esposo Waldemar que com paciência e dedicação esteve ao meu lado não deixando que eu desistisse.*

*Aos meus filhos Flávia e Lucas presentes preciosos que Deus que me deu e que fizeram mudar em muitos aspectos a minha vida.*

*A Deus por todas as bênçãos que tenho recebido.*

# ***Agradecimientos***

*À Prof. Dra. Regina Célia, minha orientadora, pela paciência, apoio, conhecimento e principalmente dedicação que teve comigo e com a realização deste trabalho. Muito obrigada.*

*À Prof. Dra. Magda, por ter confiado e ter aberto as portas do conhecimento para mim.*

*Aos professores da Pós-Graduação em Enfermagem, por contribuírem com conhecimento dedicação e carinho.*

*À Prefeitura Municipal de Nova Campina, na pessoa do Prefeito Hilton Ferreira da Silva, pelo incentivo e cooperação.*

*À Nerilda Aparecida Santos Silva, pelo seu desprendimento em realizar as entrevistas com os idosos de Staoca.*

*À Mayara Lopes da Silva Lima, pela disponibilidade e ajuda na aplicação dos questionários.*

*À Diretoria de Saúde de Nova Campina, na pessoa da secretária Eliana Oliveira Cardoso de Almeida, pela ajuda e compreensão.*

*À todos os meus companheiros de trabalho de Nova Campina e companheiros do SAMU Regional de Staocera, pelo apoio e força.*

*A toda minha equipe de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.*

*À Luiz Fernando Cassinari, Diretor de Saúde de Nova Campina na época em que iniciei o Mestrado, pela disponibilidade que tive em participar das disciplinas.*

*À todos do Departamento de Enfermagem do Mestrado Profissional que contribuíram e auxiliaram nesta árdua missão.*

*À bibliotecária Rosemeire, que nos últimos momentos me ajudaram a corrigir as referências e execução da ficha catalográfica.*

*À Anna Luminas por direcionar na correção da Língua Portuguesa.*

*A todas minhas amigas e companheiras de profissão que me fortaleceram a cada dia para a realização de mais uma conquista em minha vida.*



## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>RESUMO</b> .....  | i         |
| <b>ABSTRACT</b> .....  | ii        |
| O Interesse pelo tema .....  | iii       |
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>19</b> |
| 1.1 Envelhecimento.....  | 20        |
| 1.2 Transição demográfica no Brasil .....  | 25        |
| 1.3 Escalas de Avaliação Geriátrica .....  | 27        |
| 1.5 Justificativas do estudo.....  | 30        |
| 1.6 Perguntas do estudo.....   | 31        |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....   | <b>32</b> |
| 2.1 Objetivos Gerais .....   | 33        |
| <b>3 ASPECTOS METODOLOGICOS</b> .....  | <b>34</b> |
| 3.1 Sujeitos da pesquisa .....   | 35        |
| 3.2 Critérios de inclusão .....  | 35        |
| 3.3 Critérios de exclusão.....   | 35        |
| 3.4 Local do estudo .....  | 35        |
| 3.5 Procedimentos éticos .....   | 38        |
| 3.6 Instrumentos de coleta de dados.....   | 39        |
| 3.6.1 Dados socioeconômicos, demográficos e de saúde .....                                 | 39        |
| 3.6.2 Questionário de Qualidade de Vida – SF-36 .....                                      | 39        |
| 3.6.3 Mini-Exame do estado Mental (MEMM) .....   | 40        |
| 3.6.4 Índice de Katz - Avaliação das atividades da vida diária (AVD).....                  | 41        |
| 3.6.5 Índice de Lawton - Escala de atividades instrumentais de vida diária<br>(AIVD) ..... | 42        |
| 3.6.6 Escala de depressão geriátrica ( <u>GDS</u> ).....                                   | 43        |
| 3.6.7 Escala de Tinetti Marcha e equilíbrio .....  | 44        |
| 3.6.8 Test Up and Go .....   | 44        |
| <b>4. RESULTADOS</b> .....   | <b>46</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>5 DISCUSSÃO .....</b>                           | <b>57</b>  |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                | <b>66</b>  |
| <b>7 REFERÊNCIAS.....</b>                          | <b>69</b>  |
| <b>8 ANEXOS .....</b>                              | <b>78</b>  |
| 8.1 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ..... | 79         |
| 8.2.1 Alteração de Título.....                     | 80         |
| 8.2 Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....  | 81         |
| 8.3 Instrumentos de Coleta de Dados .....          | 82         |
| <b>09 APENDICE .....</b>                           | <b>100</b> |

***Resumo***

CARAZZAI EM. **Qualidade de vida no envelhecimento: situação de saúde dos idosos assistidos em unidades de saúde da família de município do interior paulista**, 2014; 100p. (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

**Introdução:** o envelhecimento da população tem se tornando um dos maiores desafios das últimas décadas, principalmente no que diz respeito à saúde pública, em países em desenvolvimento, como o Brasil. **Objetivos:** objetivou-se avaliar a qualidade de vida, saúde mental, autonomia funcional, risco de quedas de idosos que frequentam as Unidades Saúde da Família na cidade de Nova Campina. **Método:** trata-se de um estudo transversal descritivo, no qual foram aplicados instrumentos de avaliação geriátrica, validados para a população idosa, em 250 indivíduos cadastrados nos serviços de saúde do município. **Resultados e Discussão:** a análise revelou que as mulheres foram a maioria e com maior fragilidade. Mesmo os idosos referindo uma ou mais doenças consideraram seu estado de saúde bom. O impedimento físico não alterou suas atividades básicas da vida diária, mas houve interferência significativa nas atividades instrumentais. A saúde mental apresentou-se preservada, o escore diminuído deveu-se ao fato da baixa escolaridade, não caracterizando distúrbio. Sentem-se felizes com a vida que vivem. Sinalizo que foi fator protetor para saúde mental, morar com algum familiar e viver em sua própria casa. Em relação marcha e equilíbrio observou-se que os idosos conseguem se movimentar livremente, chamando atenção para as mulheres que apresentaram maior lentidão na execução dos testes, em especial Time Up and Go, não apresentando riscos acentuados para quedas. A maioria referiu ter sofrido queda no último ano e 14,94% sofreu fratura, em especial as mulheres. **Considerações Finais:** os dados analisados possibilitaram identificar a condição real de saúde desses indivíduos inseridos na comunidade. Chama atenção para a importância de se implantar políticas municipais que garantam o acesso aos serviços de saúde, bem como ações de cuidados integrais, de acordo com as demandas de cada indivíduo, nas suas necessidades comprometidas. Atenção especial deve ser dada à capacitação dos profissionais, acerca do tema envelhecimento e qualidade de vida das pessoas assistidas, em especial a pessoa idosa. Também chama atenção para os órgãos formadores de profissionais da saúde para essa questão do cuidado

para pessoa idosa. **Produto:** No Brasil temos cada vez mais idosos e estes, na maioria das vezes, vêm acompanhados de limitações funcionais, alteração do estado cognitivo, depressão bem como diminuição da qualidade de vida, fazendo-se necessária atuação ampla na saúde com finalidade de proporcionar bem-estar e prevenir agravos. Este estudo evidenciou as condições de saúde de um município, o que demonstrou ser necessária a implantação de instrumento de avaliação simples que identifique as necessidades da pessoa idosa no desempenho de suas atividades diárias de vida. Propomos a implantação do instrumento de avaliação, para idosos de 60 a 69 anos, em uma Unidade de Saúde urbana do Município. Tal instrumento constitui-se de três questões que avaliam as necessidades de cuidados da pessoa idosa. Duas são necessidades pessoais (tomar banho e deitar e levantar da cama) e outra indica mobilidade (caminhar 100 metros fora de casa). Com essas questões pode-se traçar uma linha de dependência, que se inicia com a diminuição da mobilidade e planejar cuidados integrais ao idoso segundo seu grau de dependência.

**Palavras-Chave:** Idoso, Envelhecimento, Qualidade de Vida, Avaliação funcional, Saúde Mental, Risco de quedas.

# ***Abstract***

---

Carazzai EM. **Quality of life in aging : health status of the elderly in assisted units for family health interior city** , 2014, 100 p. (Professional Master in Nursing) - Medical School of Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Botucatu .

**Introduction:** the aging of the population is becoming one of the biggest challenges in decades, particularly with regard to public health in developing countries like Brazil. **Objectives:** aimed to evaluate the quality of life, mental health, functional autonomy , risk of falls in patients attending Family Health Units in the City of New Campina. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study in which geriatric assessment instruments validated for the elderly population , in 250 enrolled in health services in the municipality individuals were applied . **Results and Discussion:** The analysis revealed that women were the majority and more fragile. Even the elderly referring to one or more diseases consider their health good. The physical impairment did not alter their basic activities of daily life, but there was significant interference in instrumental activities. Mental health was preserved, the score decreased was due to the fact of low education level, featuring disorder. Are happy with the life you live. I signal that was a protective factor for mental health, living with a family and live in your own home. In relation gait and balance it was observed that the elderly can move freely, calling attention to the women who had greater slowdown in the execution of tests, in particular Time Up and Go, showing no pronounced risks for falls. The majority reported having been dropped in the past year and 14.94 % suffered fractures, particularly women. **Final Thoughts:** The data analyzed possible to identify the actual health status of these individuals within the community. Calls attention to the importance of implementing municipal policies that ensure access to health services as well as comprehensive care actions, according to the demands of each individual in their needs compromised. Special attention should be given to professional training, on the topic aging and quality of life of persons assisted, especially the elderly. Also draws attention to the trainers of health bodies to this issue of elder care. **Product** : In Brazil we have increasingly older people and these , in most cases , are accompanied by functional limitations , changes in cognitive status , depression and decreased quality of life, making necessary health with extensive operations in order to provide well being and prevent

injuries . This study demonstrated the health of a municipality, which demonstrated the deployment of simple assessment tool to identify the needs of the elderly in the performance of their daily life activities be required. We propose the deployment of an assessment tool for aged 60-69 years in a Unit of Urban Health of the city . This instrument consists of three questions that assess the care needs of the elderly . Two are personal needs (bathing and bed and out of bed ) and another indicates mobility ( walking 100 meters outdoors ) . With these issues can draw a dependency line that starts with decreased mobility and plan comprehensive care to the elderly according to their degree of dependence.

**Keywords:** Aged, Aging, Quality of Life , Functional Assessment , Mental Health , Risk of falls .



***O interesse pelo tema***

O interesse para a realização desse estudo teve início durante a minha prática profissional, como enfermeira em uma Unidade de Saúde da Família, no Município de Nova Campina, onde foi possível observar que, os idosos cadastrados nesta Unidade não vinham recebendo assistência adequada, contrariando assim, o que preconiza o Estatuto do Idoso nos artigos 2º e 3º, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003<sup>(1)</sup>. Durante essa prática, chamou-me a atenção que os cuidados prestados aos indivíduos de 60anos ou mais, não contemplavam aspectos relacionados à qualidade de vida, ou seja, como o idoso de Nova Campina vive, sozinho? Com algum familiar? Quais as relações sociais que cercam esses idosos, e quanto a autonomia funcional, o que tem sido feito tanto para identificar incapacidades como para preveni-las.

Diante destes questionamentos e inquietações, surgiu o interesse de através da literatura, levantar estudos sobre o envelhecimento e como cuidar dos idosos do meu município.

# ***Introdução***

## 1. 1 Envelhecimento

O envelhecimento humano pode ser compreendido como um processo universal, dinâmico e irreversível, influenciado por fatores biológicos, sociais, psicológicos e ambientais. O envelhecimento populacional consiste em um fenômeno de amplitude mundial na atualidade <sup>(2)</sup>.

A Longevidade é uma vitória, no entanto, essa realidade muda entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Enquanto que nos países desenvolvidos o envelhecimento ocorreu de forma programada, associado às boas condições gerais de vida e saúde, nos outros países, em desenvolvimento, este processo veio de forma rápida sem a devida organização das áreas sociais e de saúde <sup>(3)</sup>

O ser humano sofre transformações fisiológicas durante toda a sua existência, havendo declínio do desenvolvimento orgânico após a terceira década de vida, levando a modificações discretas e progressivas, não ocasionando insuficiência de algum órgão ou aparelho, mesmo em indivíduos muito longevos, a exceção de pelos menos dois órgãos (ovário e timo), que as funções endócrina e citomoduladora declinam ou desaparecem <sup>(4)</sup>.

Com o passar dos anos os indivíduos idosos apresentam em suas características biológicas, diminuição da força muscular, menor reserva cardiorrespiratória, hipotensão ortostática; características psicológicas, dificuldade de aquisição de novos conhecimentos (necessidade de mais repetições), alto desvalorização, descrença na própria recuperação; e características socioculturais, visão negativa do envelhecimento, poucos recursos, desconhecimento dos benefícios oferecidos pelos sistemas de saúde <sup>(5)</sup>. Segundo esse autor, pode haver envelhecimento bem-sucedido, aquele com baixa suscetibilidade a doenças e elevada capacidade funcional (física e cognitiva), acompanhado de uma postura ativa perante a vida e a sociedade. Por sua vez, o envelhecimento com fragilidade se caracteriza pela vulnerabilidade e pela baixa capacidade para suportar fatores de estresse, e resulta em uma maior suscetibilidade a doenças e a instalação de síndromes geradoras de dependência. E a incapacidade é a disfunção de um órgão ou sistema, grave ou bastante para dificultar ou impossibilitar a execução de atividades antigamente corriqueiras. Pode ser temporária ou definitiva <sup>(5)</sup>.

O processo de transição demográfica acarreta importantes mudanças no perfil de saúde da população que passa a experimentar uma maior prevalência e incidência de doenças crônico-degenerativas, incapacidade funcional e fragilidade. Atualmente, a fragilidade se consolida como um importante problema de saúde pública, entre os idosos, de dimensões nacionais e regionais. Um importante impedimento para o desenvolvimento de intervenções específicas em fragilidade tem sido uma compreensão incompleta da sua origem, da sua epidemiologia. As pesquisas são escassas pela ausência de uma definição operacional válida e padronizada. Pouco é conhecido sobre o risco de transição do estado de pré-fragilidade para o estado de fragilidade ao longo do tempo, assim como o tempo gasto na transição do estado de pré-frágil para frágil, os determinantes causais e os fatores responsáveis por minimizar ou retardar este processo <sup>(6)</sup>.

Sendo um fato marcante para as sociedades atuais, o envelhecimento é observado em todos os continentes. O aumento do número de idoso está impondo mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice nas sociedades.

A saúde aparece como exerce importante impacto sobre a qualidade de vida. As marcas negativas, comumente associadas ao processo de envelhecimento, têm como um guia o declínio biológico, por vezes, acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. Normalmente, envelhecer sempre fica associado às doenças, dependência e incapacidades inerentes à esta fase da vida <sup>(7)</sup>.

A longevidade é uma vitória. No entanto percebe-se grande diferença entre os países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento, pois nos primeiros, o processo de envelhecer ocorreu concomitante com a melhoria das condições de vida, e, nos países em desenvolvimento, o envelhecimento acontece de forma rápida, sem que as áreas sociais e de saúde estejam preparadas e organizadas para atender às novas demandas desta população <sup>(7)</sup>.

O processo de envelhecer nos países desenvolvidos foi reconhecido. O crescimento econômico chegou primeiro do que o envelhecimento <sup>(7)</sup>.

De acordo com o autor, chegar à velhice é um fato, mesmo que os índices de saúde da população não sejam distribuídos de forma igualitária, o envelhecimento e para todos <sup>(8)</sup>.

O número de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do que o de qualquer outra faixa etária. Sendo que, pessoa com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões entre 1980 e 2000, num total de 14,5 milhões em 2000. O Brasil, até 2025, será o sexto país em número de idosos <sup>(8)</sup>.

O Estatuto do Idoso, Instrumento legal e referência principal para o movimento social na área, guiando para que as políticas públicas sejam cada vez mais adequadas ao processo do envelhecimento. O envelhecimento populacional nunca esteve entre as principais preocupações em um país que é visto em todo o mundo como sinônimo de juventude <sup>(9)</sup>. O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial. O número de idosos vem crescendo no Brasil, equivalendo a 10,8% da população, ou seja, 30 milhões <sup>(10, 11)</sup>.

Uma das mais importantes mudanças demográficas que o Brasil experimentou ao encerrar o século XX foi o acentuado envelhecimento da estrutura etária da população, o que trouxe como consequência uma maior presença relativa e absoluta da população de 60 anos e mais no País <sup>(12)</sup>.

De acordo com Veras, o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, só podendo ser considerada uma real conquista na medida em que se proporcione qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de auto-satisfação <sup>(9)</sup>.

Também segundo esse autor, deve-se abrir campo para a possibilidade de atuação em vários contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde <sup>(9)</sup>.

Ainda para Veras, o envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da Saúde Pública contemporânea. Sendo este fenômeno observado inicialmente em países desenvolvidos, e, agora acontecendo de forma bem acentuada nos países em desenvolvimento. No Brasil, o número de idosos com 60 anos ou mais de idade passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 18 milhões, nos dias atuais. Um aumento de 600% em pouco menos de cinquenta anos. Crescimento maior está por vir, estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. Em países como a Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho <sup>(9)</sup>.

A ideia de o Brasil ser um país jovem nos acompanha desde sempre. Só que essa realidade mudou, os cabelos grisalhos começaram aparecer em maior número. O que configura uma população são as variáveis sexo e idade observada por um determinado período, onde o comportamento dos índices de fecundidade e mortalidade está diretamente inter-relacionados. A população brasileira como também as da América Latina e Caribe, nas últimas cinco décadas, sofrem mudanças nas taxas de mortalidade e fecundidade em ritmo acelerado<sup>(6)</sup>.

Afirma ainda a autora que, com essas mudanças, o regime demográfico de alta natalidade e alta mortalidade para baixa mortalidade e baixa fecundidade respectivamente, levando ao envelhecimento da população, diminuindo desta forma, o número de jovens com 15 anos e aumentando os adultos com mais de 60 anos, surgindo então, a transição demográfica que é a passagem de uma situação de alta natalidade e alta mortalidade para outra de baixa natalidade e baixa mortalidade<sup>(6)</sup>.

O Brasil está no meio de uma profunda transformação sócio-econômica guiada pela mudança demográfica, epidemiológica e nutricional, desde a década de 60, acentuado pela queda na fecundidade e no aumento do número de idosos, cujas projeções apontam sua duplicação de 8% para 15% nos próximos 20 anos. A mortalidade começou a cair, principalmente entre os mais jovens, por volta de 1940. A mortalidade infantil diminuiu de 135/1.000 para 20/1.000 entre 1950 e 2010, e a expectativa de vida ao nascer aumentou de cerca de 50 anos para 73 anos durante o mesmo intervalo de tempo. A mudança na taxa de fecundidade foi ainda mais espetacular e com implicações mais drásticas. A mulher brasileira média tinha mais que seis filhos no começo de 1960 e atualmente tem menos de dois. A grande quantidade de nascimentos no início da transição demográfica (processo de mudança da população de um estágio inicial caracterizado por alta fecundidade, alta mortalidade e preponderância de jovens para um estágio diferente, caracterizado por baixa fecundidade, baixa mortalidade e preponderância de idosos), teve, e continua a ter fortes efeitos sobre a estrutura etária da população. Primeiro, a população em idade ativa começou a crescer rapidamente. Segundo, a população em idades mais avançadas também começou a crescer uma tendência que se tornará crescentemente importante com o passar do tempo<sup>(10, 11)</sup>.

Durante os últimos 60 anos, a fração de idosos (60+ anos de idade) na população brasileira tem aumentado significativamente. Em 1950, eles eram 2,6

milhões e representavam 4,9% da população total. Com um crescimento anual de 3,4% comparados a 2,2% da população em geral, em 2010 os idosos já eram 19,6 milhões e representavam 10,2% da população. Nos próximos 40 anos, esse grupo crescerá a uma taxa de 3,2% ao ano, comparada a 0,3% da população total. Como resultado, haverá 64 milhões de idosos em 2050, 29,7% da população total. Essa porcentagem é muito próxima do Japão, atualmente o país com maior parcela de idosos do mundo, e consideravelmente acima do “velho continente” Europa – onde a proporção média é atualmente 24%. De fato, a partir de 2025, o crescimento populacional do Brasil será integralmente guiado por aumentos da população mais velha (a população mais jovem começou a declinar no começo de 1990), enquanto que a população em idade ativa – entre 15 e 59 anos – começará a declinar <sup>(11)</sup>.

A perspectiva de envelhecimento da população no Brasil, assim como para a maioria dos países de renda média (e mais ainda para a maioria dos países de baixa renda), é uma fonte de preocupação por duas razões: (i) ela poderá obstruir a sustentabilidade fiscal e barrar o crescimento econômico; e (ii) ela poderá ser prejudicial às instituições existentes. Quanto ao primeiro ponto, alcançar o status de alta renda pode ser mais difícil para os países com grande população idosa. Os países desenvolvidos, em geral, primeiro se tornaram ricos e depois envelheceram. O Brasil e outros países em estágio similar de desenvolvimento sócio-econômico estão se tornando mais velhos a uma taxa muito mais veloz. A maioria dos países desenvolvidos teve décadas para se ajustar a essa mudança na estrutura etária (Figura 1). Por exemplo, levou mais de um século para que a população da França, com idade igual ou superior a 65 anos, aumentasse de 7% para 14% da população total. Em contrapartida, muitos países menos desenvolvidos estão vivenciando rápido aumento no número de pessoas mais velhas, geralmente em uma única geração. O mesmo processo demográfico de envelhecimento que levou mais de um século para ocorrer na França ocorrerá em duas décadas no Brasil <sup>(10,11)</sup>.

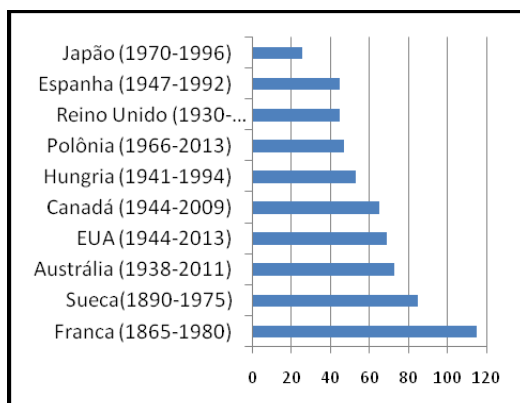
A perspectiva de envelhecimento da população no Brasil, assim como, para a maioria dos países de renda média e a maioria dos países de baixa renda, é uma fonte de preocupação, pois poderá interromper a sustentabilidade fiscal e barrar o crescimento econômico. Quanto ao crescimento econômico ficará extremamente difícil alcançar o status de alta renda, pois, conta com alto índice de população idosa. Os países desenvolvidos geralmente se tornaram ricos primeiro e depois



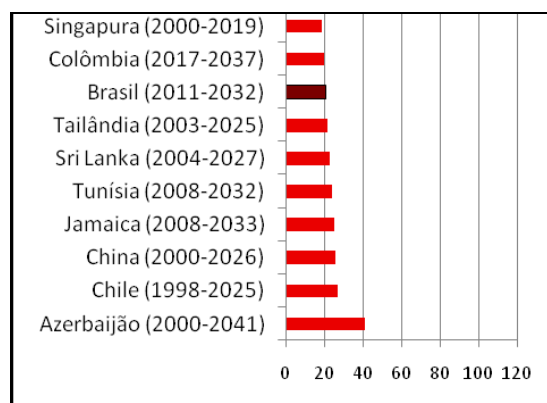
envelheceram. O Brasil e outros países em estágio parecido de desenvolvimento sócio-econômico estão se tornando mais velhos velozmente. Os países desenvolvidos tiveram décadas para se ajustarem à mudança na estrutura etária (Figura 1). Como exemplo, a França que levou mais de um século para que sua população, com idade igual ou superior a 65 anos, aumentasse de 7% para 14% da população total. Ao contrário, os países menos desenvolvidos estão vivenciando rápido aumento no número de pessoas idosas em uma única geração. O mesmo processo demográfico de envelhecimento que levou mais de um século para ocorrer na França ocorrerá em duas décadas no Brasil. O país tem hoje cerca de 20 milhões de idosos. Em 2025, esse número deve passar para 32 milhões de pessoas <sup>(6)</sup>.

**Figura 1:** A Velocidade de Envelhecimento Populacional: número de anos para a População de 65 ou + crescer de 7% para 14%.

a. Países Desenvolvidos



b. Países em Desenvolvimento



Fonte: SEADE, 2012

## 1.2 Transição Demográfica no Brasil

Os padrões demográficos no Brasil são caracterizados por algumas características principais. A transição demográfica é avançada se comparada a outros países da América Latina, mas o Brasil é ainda relativamente jovem se comparado aos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE); as taxas de fecundidade são baixas e diminuíram consideravelmente; mudanças rápidas nas estruturas etárias da população. O Brasil

está em plena fase da transição demográfica (comparado a outros países da América latina), mas avançado em relação aos países da Europa e outros países da OCDE, onde a mortalidade e a fecundidade começaram a declinar muito mais cedo. O número médio de filhos das mulheres brasileiras em 2005/2010 (1,9) é o menor entre os países da América Latina com a exceção de Cuba (1,5), mas é ainda maior que a média na Europa (1,5). A Taxa de Fecundidade Total (TFT) mais baixa é encontrada na Coreia (1,2). Ao mesmo tempo, a expectativa de vida ao nascer no Brasil é menor do que na América Latina como um todo (72,3 e 73,4 anos, respectivamente) e muito mais baixa que a máxima observada no Japão (quase 83 anos). Os indicadores demográficos no Brasil variam consideravelmente entre regiões demográficas, embora um padrão importante de convergência foi observado nas últimas três décadas. A expectativa de vida mais baixa e a mais alta são encontradas respectivamente em Alagoas (68,3) e Santa Catarina (73,9), e a TFT mais baixa e a mais alta são encontradas no Rio de Janeiro (1,6) e Acre (3,0) <sup>(11)</sup>.

Atualmente, o Brasil passa por uma grande transformação em seus índices demográficos. Por volta de 1940, a mortalidade entre as pessoas mais jovens começou a cair, diminuindo a mortalidade de 135 para 20/1000 entre os anos de 1950 e 2010. Em consequência, a expectativa de vida passou de 50 para 73 anos <sup>(12)</sup>.

O Estatuto Nacional do Idoso em seus Artigos 8º e 9º explicita ser fundamental: O envelhecimento como um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, sendo obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, através de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade <sup>(1)</sup>.

Na primeira década do século 21, a população brasileira cresceu ao menor ritmo já registrado. De acordo com dados do Censo 2010, DE 29/04/2011, entre 2000 e 2010 a média anual de crescimento demográfico foi de 1,17%, comparada a década anterior (1991-2000) que foi de 1,64%. Com base no Censo do ano de 2000, a população cresceu 12,3%, que corresponde a 21 milhões a mais de brasileiros, o equivalente ao dobro da população de Portugal. Atualmente, a população brasileira é de 190,7 milhões, com algumas características: cresceu, ficou menos branca, um pouco mais masculina e envelheceu <sup>(13)</sup>.

Até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Entre 1980 e 2000 a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000 <sup>(11)</sup>.

O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. A estimativa de que, em 2050, haverá cerca de 400 milhões de idosos com mais de 80 anos, frente aos 14 milhões que havia em meados do século 20, preocupa a Organização Mundial da Saúde (OMS). O envelhecimento da população está acontecendo em todos mundialmente, embora cada um esteja em uma fase diferente desta transição. O resultado é que, "em questão de anos", haverá mais idosos acima de 60 anos que crianças com menos de cinco <sup>(10)</sup>.

### **1.3 Escalas de avaliação de fragilidade em idosos**

O envelhecimento ideal seria aquele com baixa suscetibilidade a doenças e elevada capacidade funcional. Por outro lado, o envelhecimento com fragilidade se configura pela vulnerabilidade e pela baixa capacidade do idoso de lidar com situações de estresse aumentando as chances da instalação de síndromes causadoras de dependência. É primordial que os profissionais de saúde atentem para a prevenção em situações de perda funcional de indivíduos com 60 anos ou mais <sup>(14, 15)</sup>

Com o avanço crescente no número de idosos, surge a urgente necessidade da utilização de instrumentos de avaliação funcional. O Índice de Independência nas Atividades da Vida Diária (AVD) foi desenvolvido por Sidney Katz, sendo um dos instrumentos mais utilizados na atualidade para avaliar a capacidade funcional de pessoas de 60 anos ou mais <sup>(16,17)</sup>.

Quando se trata da avaliação em saúde dos idosos, estamos nos referindo às atividades da vida diária, que podem ser atividades básicas como alimentar-se, vestir-se, banhar-se, mobilizar-se, arrumar-se e controle das eliminações fisiológicas; ou atividades instrumentais como realizar compras, utilizar o telefone, utilizar transporte, cuidar de sua casa, cuidar de suas finanças e ainda tomar seus medicamentos <sup>(16)</sup>.

Com o passar dos anos os indivíduos com 60 anos ou mais começam a ter declínio em suas capacidades funcionais e, em consequência dependência

funcional, que seria a incapacidade de executar atividades cotidianas do dia-a-dia, perdendo assim, a capacidade de autocuidado. A saúde não é simplesmente a ausência de doenças, e sim, o grau de preservação da capacidade funcional <sup>(17)</sup>.

A atenção aos idosos deveria contemplar a capacidade funcional, as necessidades de cuidado, satisfação pessoal e boas condições de saúde. Todos estes aspectos têm impacto direto, positivo ou negativo na qualidade de vida das pessoas com 60 anos ou mais, definindo sua relação com o meio social, emocional e mental. A preocupação com a qualidade de vida ganhou força nos últimos anos. Com o crescente aumento da população idosa e aumento da expectativa de vida. <sup>(17)</sup>. Ressaltando-se a importância de assegurar ao idoso não só longevidade, mas sim felicidade e qualidade de vida <sup>(20,21)</sup>.

A qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, nos contextos culturais, emocionais e sociais. Sendo assim, a qualidade de vida do idoso pode estar relacionada à capacidade funcional, estado emocional, interação social <sup>(22)</sup>.

É de suma importância fortalecer os relacionamentos sociais para o bem-estar físico e mental no envelhecimento, pois a ausência de convívio acarreta muitos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral dos idosos. A capacidade de interagir socialmente é primordial para os longevos, pois desta forma são criados laços de apoio social e conseqüente melhor qualidade de vida em indivíduos com 60 anos ou mais que contam com um suporte de apoio social efetivo tendem a ser idosos mais sociáveis e terem elevação da qualidade de vida <sup>(22, 23, 24)</sup>.

É necessário ser dado um foco individual para a avaliação da qualidade de vida, em especial, para a incapacidade do indivíduo, ou seja, idosos com problemas de saúde, não demonstram necessariamente escores baixos. A qualidade de vida vêm sendo estudada, mas é pouco conhecida pela população idosa. O instrumento Short Form-36 (SF-36) é um instrumento que mede a qualidade de vida, foi desenvolvido no final dos anos 80 no EUA. Inicialmente esse instrumento foi aplicado em paciente com artrite reumatóide, e mostrou-se adaptado às condições sócio-econômicas da população brasileira <sup>(25)</sup>.

O Short Form-36 (SF-36) é um instrumento genérico, de fácil administração e compreensão, que vem sendo frequentemente utilizado para avaliação da qualidade de vida em idosos. Estes questionários têm apresentado uma medida confiável e

válida quando aplicado em idosos com 60 anos ou mais. A validade do SF-36 se deu após a verificação da relação de outros parâmetros clínicos, além da comparação com questionários de avaliação de qualidade de vida NHP (*Nottingham Health Profile*), HAQ (*Health Assessment Questionnaire*) e AIMS-2 (*Arthritis Impact Measurement Scale-2*)<sup>(26,27)</sup>.

A avaliação geriátrica ampla adota modelos específicos para a assistência aos idosos, associando à clínica tradicional as demais áreas de funcionamento do indivíduo. Sendo assim, necessita de instrumentos certos, tanto usados em unidades hospitalares ou extra-hospitalares, que permitam identificar as incapacidades, avaliar o progresso do paciente e planejar cuidados de acordo com a gravidade de seu estado. O Mini-Exame do estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein<sup>(28)</sup>, é um dos testes mais aplicados em todo o mundo, avaliando a função cognitiva. Ele avalia a memória, orientação, cálculos, noção de tempo e espaço e linguagem. É um questionário breve e de fácil aplicação<sup>(29,30)</sup>.

Os transtornos do humor são comuns em idosos, sendo responsável pela perda de autonomia e agravamento de doenças pré-existentes. A depressão se configura como o transtorno mais freqüente e está associada com risco alto de morbidade e mortalidade, aumento na utilização de serviços de saúde, diminuição do autocuidado e risco de suicídio. Várias escalas foram produzidas para identificar a depressão em idosos<sup>(31)</sup>.

De acordo com a OMS, desde 1991 a depressão ocupa lugar de destaque em problemas de saúde pública. A depressão é frequentemente identificada em idosos, e apesar disso, os sintomas são reconhecidos eventualmente apenas pelos portadores e profissionais de saúde. O envelhecimento influencia muito numa síndrome depressiva, pois a perda de saúde, do companheiro, perda de filhos, isolamento social, o desamparo por familiares, aposentadoria insuficiente para prover suas necessidades básicas, comprometendo a qualidade de vida e predispõe os indivíduos idosos ao acometimento da depressão<sup>(32)</sup>

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é um instrumento muito utilizado para identificar sinais de depressão em idosos. Esta escala oferece medidas válidas e confiáveis. Ela foi descrita em língua inglesa por Yesavage, et al . A escala original tem trinta itens e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos, A vantagem deste instrumento que é de fácil

entendimento, pequena variação e podendo ser aplicada por um entrevistador treinado <sup>(33, 34)</sup>.

A queda é um problema de saúde pública freqüente em idosos causando incapacitações, sendo um marcador importante no declínio da saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais. Cerca de 30% a 60% dos idosos caem uma vez ao ano. O declínio funcional resultante do processo de envelhecimento aumenta a suscetibilidade dos idosos sofrerem quedas, tornando a queda um evento potencialmente perigoso <sup>(16)</sup>.

A marcha também se altera com o envelhecimento, em decorrência do acometimento de vários sistemas e órgãos responsáveis pelo controle motor. Dessa forma, o idoso fica mais susceptível a tropeçar e a cair <sup>(34)</sup>.

O teste de Tinetti é um dos testes mais utilizados, avalia as condições de equilíbrio e marcha da pessoa idosa <sup>(4,35)</sup>.

Além do teste Tinetti, outro teste importante para avaliar o risco de quedas é Test Get Up and Go, onde o idoso levanta-se de uma cadeira, e anda 3 metros, faz meia-volta, faz o mesmo trajeto de retorno e senta-se novamente, sendo todos os movimentos cronometrados <sup>(36)</sup>.

#### **1.4 Justificativa do Estudo**

Este trabalho se torna importante na medida em que estamos a deparar com o problema de mudança epidemiológica da população, onde temos cada vez mais idosos e estes, na maioria das vezes, vêm sempre acompanhados de limitações funcionais, alteração do estado cognitivo, depressão bem como diminuição da qualidade de vida, fazendo-se necessário uma atuação ampla na saúde com finalidade de proporcionar bem-estar a essa população. E porque não há estudos acerca do envelhecimento e qualidade de vida dos idosos residentes no município de Nova Campina, justificando este estudo para fundamentar as diretrizes de cuidados para com a pessoa idosa em seu sentido amplo de cuidado nas esferas da prevenção, promoção e reabilitação.

## **1.5 Pergunta do Estudo**

O envelhecimento traz consigo várias biológicas, emocionais, sociais na pessoa idosa. Condição esta que pode ser agravadas com a presença de patologias crônico-degenerativas, levando às incapacidades dos mais variados graus de intensidade até sua dependência total, gerando custos para o próprio idoso, para o município, familiar e Estado. Além do fato, de não haver políticas municipais estruturadas voltadas ao cuidado da pessoa idosa, bem como ações de promoção e prevenção de saúde e bem estar.

Diante do exposto pergunta-se: Como se configura a qualidade de vida, saúde mental, autonomia funcional e o risco de quedas de idosos assistidos na Estratégia de Saúde da Família do município de Nova campina? Para responder a essas perguntas desenharam-se estes objetivos

## ***Objetivos***



## **Objetivos gerais**

Identificar características sócio-demográficas do idoso no município de Nova Campina;

Desenhar o perfil de saúde mental, autonomia funcional e risco de queda do idoso de Nova Campina.

Relacionar o a faixa etária e gênero com as condições de saúde.

Incorporar instrumento de avaliação ao prontuário clínico dos idosos atendidos em uma das unidades da zona urbana da Estratégia Saúde da Família de Nova Campina.

# ***Aspectos Metodológicos***

### **3.1 Sujeitos do estudo**

O presente estudo de caráter transversal e descritivo, com abordagem quantitativa visou mensurar os dados conforme a ordem de maior incidência. Foi realizado no município de Nova Campina – SP, nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família, das zonas rural e urbana. A amostra foi obtida com 710 indivíduos idosos cadastrados nos serviços de saúde, com idade entre 60 e 84 anos. Teve a finalidade de desenhar o perfil social, funcional e saúde mental dos idosos do município com aplicação de instrumentos de avaliação geriátrica desenvolvidas para a população idosa. O município tem 8.515 habitantes e a população idosa de 710 pessoas. Para o cálculo da amostra foi considerado indivíduos idosos vivendo na comunidade, e para confiabilidade e 95% com margem de erro de 5% e corrigido pela população finita. Desse modo o tamanho mínimo da amostra foi de 250 idosos. Para análise foi utilizado o programa Estatístico SAS, para a condensação dos dados. A coleta de dados ocorreu de janeiro a setembro de 2013.

### **3.2 Critério de Inclusão**

Foram incluídos neste estudo indivíduos com idade igual ou superior aos 60 anos cadastrados nas Unidades de Saúde do município após relação fornecida pelos Agentes Comunitários de Saúde, bem como as condições de saúde, e que apresentassem condições cognitivas para interagir com o pesquisador.

### **3.3 Critério de Exclusão**

Foram excluídos do estudo os idosos acamados, com déficit cognitivo importante que impedissem a aplicação das escalas anexas.

### **3.4 Local do Estudo**

Na área de saúde, Nova Campina possui 03 equipes de Estratégia Saúde da Família. O município se configura na atualidade com tais instrumentos sociais: Unidade de Saúde na modalidade de Estratégia de Saúde da Família localizadas na região central de Nova Campina, abrigando duas equipes compostas por 02 médicos generalistas, 02 enfermeiros, 04 técnicos de enfermagem, 12 Agentes

Comunitários de Saúde, 01 Odontólogo e 01 auxiliar de saúde bucal, cada uma delas; Unidade de Saúde na modalidade de Estratégia de Saúde da família na área rural denominada Itaoca, composta por 01 médico generalista, 01 enfermeira 02 técnicos de enfermagem 06 Agentes Comunitários de Saúde, um odontólogo e 01 auxiliar de saúde.

Nova Campina abriga ainda em sua equipe de saúde um médico pediatra, um médico obstetra/ginecologista, um médico psiquiatria, dois fisioterapeutas, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um fonoaudiólogo.

O município de Nova Campina (Figura 2) foi criado em 30 de dezembro de 1991, quando recebeu essa denominação. Em 1944, na condição de distrito, com o nome de Campina do Veado, possuía sua sede no povoado de mesmo nome e território desmembrado do distrito-sede de Itapeva, uma região caracterizada, no século XVIII, como pouso de tropeiros. Em divisão territorial datada de 2005 o município é constituído de dois distritos: Nova Campina e Itaóca do Cima <sup>(37, 38)</sup>.

Figura 2: Perfil Municipal

|  |  |
|--|--|
| <b>Região Administrativa de Sorocaba</b> |  |
| <b>Região de Governo de Itapeva</b>      |  |
| Aniversário .....                        | ‣ <b>12 de março</b>                             |
| Santo Padroeiro .....                    | ‣ <b>Nossa Senhora Aparecida</b>                 |
| Prefeito .....                           | ‣ <b>Nilton Ferreira da Silva - PSDB</b>         |
| Presidente de Câmara ..                  | ‣ <b>Aparecido Jose de Almeida (Ringo) - PMN</b> |



Fonte: SEADE, 2012

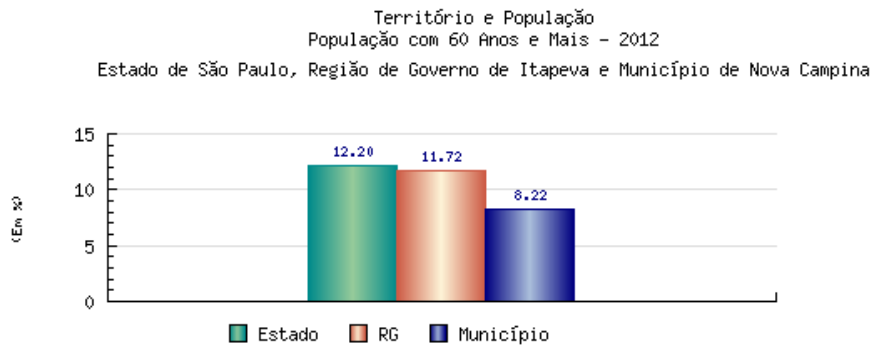
O município de Nova Campina possui população de 8.515 pessoas, sendo 710 pessoas com 60 anos ou mais (Figura 3 e 4) e o atendimento de saúde é distribuído em três equipes de saúde da família <sup>(10, 11)</sup>.

Nova Campina ocupa uma área de 385,4 Km<sup>2</sup>, que corresponde a 0,16% do território paulista e apresenta densidade demográfica de 22,1 hab./ Km<sup>2</sup>, o que representa 7,8% de sua população. No estado de São Paulo, esta participação é de 11,6%. No grupo de 60 a 69 anos, existem 11 homens para cada dez mulheres residindo no município, enquanto entre aqueles com mais de 80 anos, essa relação é respectivamente 8 e 6 para 10 <sup>(37,38)</sup>.

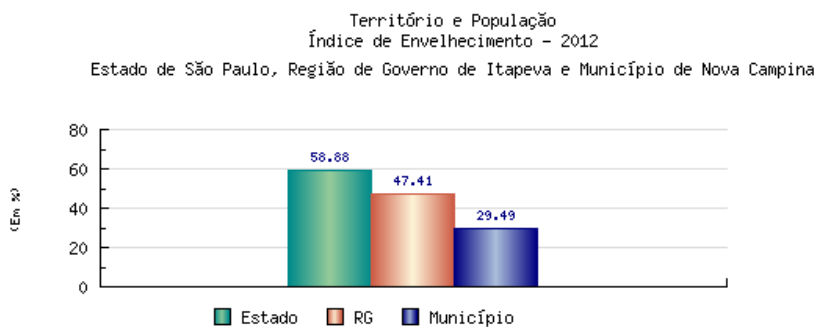
O município abriga três grandes mineradoras, onde o minério explorado é o filito. Rocha metassedimentar muito fina, constituída basicamente de sericita, caulinita e quartzo. Além de serrarias e plantações de eucalipto e Pinus.

Filito é uma rocha metamórfica, de estrutura cristalina, resultante de uma lenta transformação de material argiloso, entre a ardósia e o micaxisto (sua formação geológica data da era proterozóica). "In natura", o filito apresenta diversas colorações: branco, creme, rosado, roxo, cinza e preto. Ao passar pelos diversos processos de refinamento. Este mineral devido à sua natureza química e mineralógica ganha infinitas utilidades, em setores produtivos como a construção civil, agropecuária e indústria de materiais sintéticos, podendo compor até 50% de massas cerâmicas. Além do minério, Nova Campina tem várias serrarias e plantações de Eucalipto e Pinus.

Apesar de todas essas riquezas, a cidade de Nova Campina pertence ao grupo 5, que é composto por localidades tradicionalmente pobres, com baixos níveis de riqueza, longevidade e escolaridade (Figura 3 e 4). Esse grupo concentra os municípios mais desfavorecidos do Estado, tanto em riqueza como nos indicadores sociais. O grupo 5 são municípios que se concentram nas tradicionais áreas deprimidas do Estado: Vale do Ribeira e região de Itapeva e municípios da Região Administrativa de São José dos Campos <sup>(38)</sup>.

**Figura 3 - População com 60 anos ou mais (Em %)**

Fonte: Fundação Seade.

**Figura 4 - Índice de Envelhecimento**

Fonte: Fundação Seade.

O SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica consolida todos os dados do município, referente às equipes de saúde da família. Esses dados são repassados mensalmente pelas agentes comunitárias de saúde, fornecendo o perfil epidemiológico da população atendida pela Saúde da família <sup>(37)</sup>. Com base nos indicadores fornecidos por este sistema, o município traça estratégias para melhorar o atendimento dos munícipes.

### 3.5 Procedimentos Éticos

Os dados foram coletados após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, Protocolo numero:

CEP 4367-2012. Os idosos contatados que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo).

Os dados foram coletados por meio de entrevista conforme os Anexos A,B,C, D e E. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e pessoa profissional de saúde das unidades treinada por ela. As entrevistas foram realizadas no domicílio dos indivíduos, até alcançar o numero desejado de 250 participantes. Os pacientes que apresentaram traços de depressão e não estavam em tratamento foram encaminhados ao serviço de apoio do município.

### **3.6 Instrumentos De Coleta De Dados**

#### **3.6.1 Dados socioeconômicos, demográficos e de saúde**

Instrumentos composto por 16 questões que aborda identificação pessoal, sexo, idade, anos de estudo, renda familiar em salarios minimos, moradia, estado civil e de companhia, doenças referidas e medicações em uso contínuo, se já sofreu queda com fratura, realizou cirurgia, incontinencia urinaria, tem impedimento de realizar atividade física. Avalia o IMC e circunferencia abdominal.

#### **3.6.2 Questionário de Qualidade de Vida – SF-36**

O questionário SF-36, ou seja, Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey, é constituído por 11 questões e 36 itens englobados em 8 escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais e emocionais e saúde mental. Permite a obtenção do escore final, que varia entre 0 (Zero) e 100, sendo o 0 (Zero) o pior estado de saúde e o 100 o melhor <sup>(36,39)</sup>.

O questionário SF-36 foi criado com a finalidade de avaliar genericamente a saúde. O SF-36 é composto por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes. Estes componentes representam os conceitos mais utilizados nos inquéritos de saúde <sup>(40,41)</sup>, a saber:

**Capacidade funcional:** avalia a proporção e intensidade das limitações relacionadas à capacidade física.

**Aspectos físicos:** avalia as limitações relacionadas às atividades de vida diária em decorrência de problemas físicos.

**Dor:** avalia a dor e sua interferência nas atividades da vida diária.

**Estado geral de saúde:** avalia percepções, referente ao estado geral de saúde.

**Vitalidade:** leva em conta o grau de energia e fadiga.

**Aspectos sociais:** avalia a limitação do indivíduo em participar em atividades sociais, em consequência de problemas de saúde.

**Aspecto emocional:** avalia as limitações no trabalho e atividades de vida diária, em razão de problemas emocionais.

**Saúde mental:** avalia as percepções referente as 4 principais dimensões da saúde mental, ou seja, alterações do comportamento, depressão, ansiedade e bem-estar psicológico.

Na avaliação dos resultados cada questão recebe um escore, sendo depois transformados em uma escala de 0 (pior estado de saúde) e 100 (melhor estado de saúde), sendo que as dimensões são analisadas separadamente <sup>(36)</sup>.

### 3.6.3 Mini-Exame do Estado Mental

Elaborado por Folstein, et.al em 1975, MEEM é o instrumento de avaliação cognitiva mais utilizado em todo mundo <sup>(41, 42)</sup>.

Utilizado para avaliar a função cognitiva por ser um instrumento rápido, de fácil aplicação, não requerendo material específico. Portanto, deve ser utilizado como instrumento de rastreamento não substituindo uma avaliação mais pormenorizada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho), não serve como teste diagnóstico, mas indica funções que precisam ser investigadas. É um dos poucos instrumentos/testes validados e adaptados para a população brasileira. É um teste de rastreamento e avaliação rápida da função cognitiva <sup>(41, 42)</sup>.

Para os autores, é instrumento clínico bastante utilizado para detectar as perdas cognitivas no seguimento evolutivo de doenças e também no monitoramento de resposta ao tratamento ministrado <sup>(42)</sup>.



O Mini Mental é composto por questões cujas respostas são verbais e não-verbais, e quando o entrevistado acerta os itens questionados, recebem um ponto, e ao errar recebem zero. Para idosos não escolarizados o score é de 19 e para os escolarizados, com pelo menos 1 ano escolar, o score será de 23, ou seja no seu total<sup>(42)</sup>.

O mini exame do estado mental (MEEM) ou teste de Folstein é um breve questionário de 30 pontos usado para rastrear perdas cognitivas. É comumente utilizado em medicina para rastrear demência. É também utilizado para estimar a severidade da perda cognitiva em um momento específico e seguir o curso de mudanças cognitivas em um indivíduo através do tempo, portanto fazendo dele um meio efetivo de documentar a resposta do indivíduo ao tratamento. O teste MEEM inclui questões e problemas simples em algumas áreas: o local e momento do teste, repetição de listas de palavras, aritmética como a série de setes, uso e compreensão de linguagem e habilidades motoras básicas. <sup>(41, 42)</sup>.

#### **3.6.4 Avaliação das atividades de vida diária**

Veras <sup>(8)</sup> refere que a manutenção da capacidade funcional deve ser interligada com a autonomia, a independência física e mental. A independência e a autonomia podem ser determinadas por meio das atividades de vida diária (AVD) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As atividades de vida diária são as relacionadas ao autocuidado, e as atividades instrumentais de vida diária estão relacionadas com a participação do idoso em seu ambiente social e indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente, dentro da comunidade <sup>(2,8)</sup>.

A dificuldade ou incapacidade do idoso em realizar tais atividades associa-se ao aumento do risco de mortalidade, hospitalização, necessidade de cuidados prolongados e elevado custo para os serviços de saúde <sup>(7)</sup>.

#### Índice de Katz ou Escala de atividade de vida diária (AVD)

Também recomendada pela Sociedade Americana de Geriatria, o índice de Katz, faz o rastreamento e o segmento do estado funcional, que avalia o nível de autonomia dos idosos no desempenho de seis atividades do dia-a-dia: vestir-se;

banhar-se; ir ao banheiro; sentar-se, deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira; continência; e alimentar-se. O escore varia entre 0 e 6 pontos, sendo 1 ponto atribuído a cada resposta “Sim” <sup>(41)</sup>.

O Índice de Katz se baseia numa avaliação da independência ou dependência funcional dos pacientes para banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se, ser continente e comer sem ajuda. Além disso, classifica o grau de dependência da seguinte forma: A — Independente para comer, ser continente, mobilizar-se, usar o sanitário, vestir-se e banhar-se; B — Independente para realizar todas estas funções, exceto uma; C — Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se e outra função mais; D — Independente para realizar todas as funções, exceto para banhar-se, vestir-se e outra função mais; E — Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se, usar o sanitário; F — Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se e outra função mais; G — Dependente para realizar as seis funções e; Outro — Dependente para realizar pelo menos duas funções, mas não pode ser classificado em C, D, E e F. Sendo que Independência significa que a função se cumpre sem supervisão, direção ou ajuda pessoal ativa, exceto a que se indica em cada caso. Baseia-se na situação real e não na capacidade. Quando um paciente se nega a cumprir uma função, se considera que não realiza essa função, quando se estima que está capacitado para fazê-lo <sup>(41, 42)</sup>.

Composta por seis questões com resposta sim ou não, atribui-se um ponto para as respostas positivas e zero para as negativas. Somatória total dos pontos igual a seis indica independência, pontuação entre cinco a três indica dependência parcial, e pontuação de dois ou menos indica dependência total, para as AVD avaliadas na escala <sup>(41)</sup>.

### **3.6.5 Índice de Lawton ou Escala de atividades instrumentais de vida diária (AIVD)**

Assim como a escala anterior, esta escala também é recomendada pela Sociedade Americana de Geriatria. O índice de Katz faz o rastreamento e o segmento do estado funcional, porém esta requer maior capacidade cognitiva que o

índice de Katz. A escala de Lawton aborda questões mais complexas como utilizar telefone, preparar refeições, fazer o controle financeiro, entre outros <sup>(43, 44, 45)</sup>.

De acordo com o grau de limitação apresentado para o desempenho das AIVDs é possível determinar se a pessoa idosa é ou não capaz de manter uma vida independente. O objetivo é avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais da vida diária, que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente. Os idosos são classificados como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções. Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim <sup>(43, 44)</sup>.

As primeiras alternativas das escalas representam dependência na função avaliada e para essa resposta se atribui um ponto; nas segundas alternativas representam uma capacidade com ajuda, e para esta resposta se atribui dois pontos; A terceira e última alternativa representa independência e é atribuída a pontuação máxima que seria três pontos. São considerados como sendo dependentes nas AIVD quando se obtém uma somatória menos que 17 pontos <sup>(7)</sup>.

### **3.6.6 Escala de depressão geriátrica (GDS):**

Trata-se de uma versão mais curta da original elaborado em 1986 por Sheikh e Yesavages, a GDS nos dá informações confiáveis e adequadas sobre o rastreamento da depressão nos idosos <sup>(45)</sup>.

De acordo com a Sociedade Americana de Geriatria, GDS é o instrumento mais aplicado para avaliar a depressão em idosos. De acordo com Almeida e Almeida (1999), essa escala é recomendada pela Organização Mundial de Saúde e pela CID-10 para diagnóstico de depressão.

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é um dos instrumentos mais freqüentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos. Diversos estudos mostraram que ela oferece medidas válidas e confiáveis. Descrita em língua inglesa por Yesavage. A escala original tem trinta itens e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos. É

composta por perguntas fáceis de serem entendidas, tem pequena variação nas possibilidades de respostas <sup>(46)</sup>. A versão reduzida apresenta 15 questões com respostas de sim e não, no qual se atribui um ponto para as respostas positivas e zero para as negativas, totalizando uma soma máxima de quinze pontos. O somatório de até 10 pontos são considerados caso suspeitos de depressão leve a moderada, e os scores igual ou maiores de 11 são considerados casos suspeitos de depressão grave <sup>(47,48)</sup>.

### **3.6.7 Escala de Tinetti Marcha e Equilíbrio**

#### Teste de Tinetti

Trata-se de um teste constituído por 16 itens e é usado para avaliar o equilíbrio do corpo, por meio de nove itens, e as anormalidades da marcha por sete itens. Para cada exercício se faz a contagem que varia de 0 a 1 ou 0 a 2, sendo que a contagem mais baixa indicará uma habilidade física mais pobre. A soma da pontuação do equilíbrio e da marcha nos dá a soma total do teste, ou seja, a pontuação máxima de 28 pontos, no qual são 16 pontos para a parte de equilíbrio e 12 pontos para a parte da marcha <sup>(7,49)</sup>.

O teste é capaz de avaliar as condições vestibulares e da marcha da pessoa idosa. Em 2003, esse teste foi adaptado para ser utilizado na população brasileira recebendo o nome de POMA-Brasil. Este teste avalia a marcha e o equilíbrio. Quanto menor a pontuação maior o problema. Pontuação menor que 19 indica risco 5 vezes maior de quedas <sup>(7)</sup>.

### **3.6.8 Test Up and Go**

Esse teste avalia o risco de quedas, no qual a pessoa a ser testada fica sentada numa cadeira normal, com costas encostada na cadeira e posteriormente será instruída a ficar em pé e andar o mais rapidamente possível e com segurança por três metros numa linha reta e retornar à cadeira para voltar a sentar. Tudo num período de tempo mais curto possível, e sendo assim menor o tempo menor o risco de quedas. <sup>(49,50)</sup>.

O "Timed Up & Go" (TUG) é uma medida prática de mobilidade funcional, Avalia idosos rapidamente sem nenhum equipamento especial ou treinamento. Avalia o desempenho em tarefas motoras essenciais para uma vida independente tais como: controlar tanto a descida, para uma posição sentada quanto a subida, para uma posição ereta; caminhar uma pequena distância e mudar a direção da caminhada. Ele foi desenvolvido a partir de um grupo de idosos com doenças e tem sido utilizado com frequência <sup>(51)</sup>.

## ***Resultados***

Foram entrevistados 250 idosos, escolhidos após lista fornecida pelos Agentes Comunitários da Estratégia de Saúde de Nova Campina e Distrito de Itaoca, Barreiro e Bragançeiro. A idade dos idosos variou de 60 a 85 anos, sendo que a média de idade foi 68 anos para mulheres e 69 para homens. Na avaliação sócio-demográfica foi demonstrado que o sexo feminino predominou, que a maioria o estado civil é casado e reside com duas ou três pessoas. Os idosos apresentam 1,8 anos de estudo, renda familiar de 1,7 salários mínimos e residem em moradia própria, convivem com 2 ou 3 pessoas. Tabela I.

**TABELA 1.** Características sociodemográficas em relação à idade, anos de estudo, renda familiar, moradia, com quem vive e estado civil, dos idosos de Nova Campina – SP, 2013.

| Variável                            | Total        | Masculino  | Feminino   | P-valor |
|-------------------------------------|--------------|------------|------------|---------|
| <b>Faixa etária – (anos)</b>        |              |            |            | 0,0194  |
| Média                               |              | 68,6       | 69,2       |         |
| 60 – 69                             | 131          | 63         | 68         |         |
| 70 – 79                             | 98           | 32         | 66         |         |
| 80 ou mais                          | 21           | 11         | 10         |         |
| <b>Anos de estudo (média)</b>       |              | 1,82       | 1,72       | 0,6924  |
| 0 a 2                               |              | 82         | 115        |         |
| 3 a 4                               |              | 19         | 25         |         |
| 5 ou mais                           |              | 06         | 05         |         |
| <b>Renda familiar (Sal. Mínimo)</b> |              |            |            | 0,2147  |
| 1 a 2                               | 1,7          | 1,5        |            |         |
| <b>Moradia</b>                      |              |            |            |         |
| Alugada                             | 5 ( 2,0%)    |            |            |         |
| Própria                             | 245 (98,0%)  |            |            |         |
| <b>Nº de cômodos</b>                |              | 4,6        | 4,7        | 0,7454  |
| 1 a 2                               | 7( 2,8%)     |            |            |         |
| 3 a 4                               | 112(44,8%)   |            |            |         |
| 5 a 6                               | 114(45,6%)   |            |            |         |
| 7 ou mais                           | 17(6,8%)     |            |            |         |
| <b>Com quem vive</b>                |              |            |            |         |
| Sozinho                             | 10( 4,0%)    |            |            |         |
| Cônjuge                             | 76(30,4%)    |            |            |         |
| 2 a 3                               | 137(54,8%)   |            |            |         |
| 4 a 5                               | 20( 8,0%)    |            |            |         |
| 6 ou mais                           | 7( 2,8%)     |            |            |         |
| <b>Estado Civil</b>                 |              |            |            |         |
| Solteiro                            | 2 (0,80%)    | 2( 0,8%)   | 0( 0%)     |         |
| Casado                              | 171 (68,40%) | 85( 34%)   | 18(7,2%)   |         |
| Viúvo                               | 73 (29,2%)   | 18(7,20%)  | 55(22%)    |         |
| Separado                            | 4(1,60%)     | 1( 0,4%)   | 0(0,0%)    |         |
|                                     |              | 1 ( 0,4%)  | 3(0,4%)    |         |
| <b>Total</b>                        | <b>250</b>   | <b>107</b> | <b>143</b> |         |

Referiram serem portadores de pelo menos uma doença (82,40%) e fazendo uso de uma ou mais medicações. Sofreram quedas com pequeno percentual de fraturas (14,94%). A incontinência urinária esteve presente em ambos os sexos, já o impedimento físico apresentou percentuais maiores entre idosos do sexo masculino (28,62%) (Tabela 1A).

**TABELA 1A.** Características sociodemográficas em relação às doenças referidas, número de medicamentos, quedas, cirurgias, incontinência urinária e impedimento físico, dos idosos de Nova Campina – SP, 2013.

| Variáveis                     | Total       | Masculino  | Feminino    | P-valor |
|-------------------------------|-------------|------------|-------------|---------|
| <b>Doenças referidas</b>      | 208(82,40%) | 87(41,83%) | 121(58,17%) |         |
| Não                           | 44(17,60%)  |            |             |         |
| Sim                           |             |            |             |         |
| <b>Número de medicamentos</b> |             |            |             |         |
| 0                             | 44 (17,60%) | 20(18,69%) | 24(16,79%)  |         |
| 1                             | 35 (14,00%) | 23(21,50%) | 12( 8,39%)  |         |
| 2                             | 92 (36,80%) | 38(35,51%) | 54(37,76%)  |         |
| 3 ou mais                     | 79 (31,60%) | 26(24,30%) | 53(37,06%)  |         |
| <b>Quedas</b>                 |             |            |             | 0,2389  |
| Não                           | 96(38,7%)   | 46(18,55%) | 50(20,16%)  |         |
| Sim                           | 154(62,09%) | 91(36,69%) | 61(24,60%)  |         |
| <b>Fraturas</b>               | 23(14,94%)  | 7(4,55%)   | 16(10,39%)  |         |
| <b>Cirurgias</b>              |             |            |             | 0,00059 |
| Não                           | 102(41,63%) | 55(22,45%) | 47(19,18%)  |         |
| Sim                           | 148(60,41%) | 53(21,63%) | 95(38,77%)  |         |
| <b>Incontinência urinária</b> |             |            |             | 0,0883  |
| Não                           | 150(60,97%) | 56(22,76)  | 94(38,21)   |         |
| Sim                           | 100(40,66%) | 50(20,33)  | 50(20,33)   |         |
| <b>Impedimento físico</b>     |             |            |             | 0,2931  |
| Não                           | 148(61,41%) | 79(32,78%) | 61(26,13%)  |         |
| Sim                           | 102(42,31%) | 65(28,62%) | 39(16,18%)  |         |

Quanto aos dados antropométricos percebe-se que os idosos de Nova Campina não apresentam IMC elevado. Quanto à circunferência abdominal o sexo feminino apresenta valor bem acima do ideal (Tabela 2).



**TABELA 2.** Características antropométricas dos idosos de 60 anos ou mais, residentes em Nova Campina – SP, 2013.

| Variáveis     | Feminino - (DP) (N=143) | Masculino- (DP) (N=107) | P-valor |
|---------------|-------------------------|-------------------------|---------|
| <b>Peso</b>   | 65,81 Kg (11,41)        | 66,54Kg (10,05)         | 0,60006 |
| <b>Altura</b> | 1,56 m (0,05)           | 1,61m (0,06)            | <0,0001 |
| <b>IMC</b>    | 26,79(4,53)             | 25,57 (3,654)           | 0,0239  |
| <b>CA</b>     | 101,20(13,37)           | 99,71 (9,52)            | 0,3187  |

DP- Desvio padrão; IMC (entre 22,0 e 27,0 – Peso ideal); Circunferência abdominal Feminino (80(risco) e 88 (risco maior) e Masculino 94 (risco) e 102 (risco maior).

De acordo com o questionário SF-36, que avalia genericamente a condição de saúde, chama a atenção o domínio capacidade funcional (46,64%) apresenta escore diminuído, revelando dificuldade para a realização das atividades físicas e diárias da vida de maneira satisfatória. Outro domínio que se destaca é a limitação por aspectos emocionais (81,07%), pois apesar das limitações físicas, doenças referidas os idosos apresentam escore aumentado neste domínio, igualmente no domínio avaliação de saúde, escore 64,12 %. Chama atenção também o domínio saúde mental, onde na dimensão A, que relaciona o estado emocional, deprimido ou ansioso, em relação às atividades da vida diária, observou-se que o escore é reduzido em comparação a dimensão B, que corresponde ao estado emocional com as atividades sociais. Dados evidenciados na (Tabela 3).

**TABELA 3.** Média dos domínios do questionário SF-36 dos Idosos de Nova Campina, SP, 2013.

| Variáveis | Total Média (DP) | Masculino N=107 Média (DP) | Feminino N= 143 Média (DP) | P-valor |
|-----------|------------------|----------------------------|----------------------------|---------|
| CFUNC     | 46,64( 9,81)     | 47,57(10,22)               | 45,94( 9,47)               | 0,1955  |
| LAF       | 75,00(37,36)     | 74,30(38,00)               | 75,52(36,99)               | 0,7981  |
| Dor       | 45,72(10,40)     | 45,89(10,64)               | 45,59(10,25)               | 0,8258  |
| EGS       | 64,12(10,75)     | 64,02(10,65)               | 64,20(10,86)               | 0,8977  |
| VIT       | 52,92(22,10)     | 53,32(22,58)               | 52,62(21,82)               | 0,8062  |
| ASOC      | 58,35(16,79)     | 58,18(16,02)               | 58,48(17,40)               | 0,8887  |
| LAE       | 81,07(30,71)     | 81,00(31,09)               | 81,12(30,53)               | 0,9753  |
| SMENT     | 61,30(16,82)     | 62,24(17,93)               | 60,59(15,96)               | 0,4424  |

CFUNC = capacidade funcional; LAF = limitação por aspectos físicos ; EGS = estado geral De saúde; VIT = vitalidade; ASOC= limitação por aspectos sociais; LAE = Limitação por Aspectos emocionais; SMENT = saúde mental.

Conforme demonstrado na Tabela 1, a média de anos de estudo 1,77%, caracterizando que a grande maioria da população entrevistada, são analfabetos funcionais. Neste estudo, apesar do grau de escolaridade os idosos apresentaram escore de 20,49 no Exame Mini-Mental. Segundo este teste, o valor não configura distúrbio (Tabela 4).

**TABELA 4 – Escore total do Exame Mini-Mental dos idosos de Nova Campina, 2013.**

| SEXO | N   | MÉDIA(DP)  | P-VALOR |
|------|-----|------------|---------|
| F    | 143 | 20,49(3,5) | 0,2688  |
| M    | 107 | 21,01(3,8) | 0,2688  |

Na aplicação da Escala de Depressão Geriátrica, houve a demonstração que, mesmo sendo, uma população de baixa renda e oportunidades sociais restritas, os entrevistados não se sentem deprimidos e com sinais significativos de depressão, conforme escala abaixo (Tabela 5

**Tabela 5 – Média dos escores segundo Escala de Depressão Geriátrica, GDS-15, dos idosos de Nova Campina, 2013.**

| SEXO     | MÉDIA(DP) | P-valor |
|----------|-----------|---------|
| F(n=143) | 2,3(2,8)  | 0,8988  |
| M(n=107) | 2,3(2,4)  | 0,8988  |

]

Os idosos entrevistados apresentam pelo menos uma dependência para executar suas atividades de vida diária, seja por doenças referidas ou algum impedimento físico. Não foi encontrado nenhum idoso totalmente dependente, pois os idosos acamados ou com limitações físicas importantes não fizeram parte deste estudo (Tabela 6).

**Tabela 6** - Escore de atividades da vida diária dos idosos de Nova Campina, 2013.

| Sexo     | Média(DP)  | P- valor |
|----------|------------|----------|
| F(n=143) | 5,4 (0,51) | 0,5879   |
| M(n=107) | 5,5(0,60)  | 0,5879   |

Para as atividades instrumentais de vida diária, a grande maioria consegue executar suas tarefas cotidianas com alguma ajuda. Não houve dependência total (Tabela 7).

**Tabela 7** - Escore de atividades instrumentais da vida diária dos idosos de Nova Campina, 2013.

| Sexo     | Média(DP)    | P- valor |
|----------|--------------|----------|
| F(n=143) | 25,05 (2,23) | 0,1235   |
| M(n=107) | 24,53(3,11)  | 0,1235   |

Na aplicação do Timed Get Up and Go, os idosos se mostraram livremente móveis, pois a média ficou em 10 segundos, sendo que o sexo masculino mostrou tempo reduzido em relação ao sexo feminino. Na avaliação do Teste Tinetti não houve distúrbios de marcha e/ou equilíbrio. Somando os escores marcha e equilíbrio houve habilidade física conservada, que demonstrou que os idosos não apresentaram risco acentuado para quedas. (Tabela 8)

**Tabela 8** - Escores médios de marcha e equilíbrio avaliados através dos instrumentos Timed Get Up and Go, e Escala de marcha e equilíbrio de Tinetti, dos idosos de Nova Campina, 2013.

| SEXO     | TIMED GET UP AND GO<br>(DP) - ( P-VALOR) | TTM(DP) - (P-VALOR)    | TTE(DP) - (P-VALOR)   |
|----------|--|------------------------|-----------------------|
| F(n=143) | 10,32(1,55) – 0,0604                     | 11,21(1,05) – (0,6560) | 15,53(1,15) – 0,6560  |
| M(n=107) | 10,06(1,16) – 0,0604                     | 10,99(1,24)- (0,6560)  | 15,46(1,08) – 0, 6560 |

Em relação à marcha houve excelente mobilidade revelando independência entre os idosos entrevistados (Tabela 9).

**Tabela 9**– Escore total do Instrumento Timed get Up and Go, dos idosos entrevistados de Nova Campina, 2013.

| Variável  | Média (DP)   | Mínimo | Máximo | Media |
|-----------|--------------|--------|--------|-------|
| timeug1   | 10.15 (1.50) | 6.35   | 18.79  | 9.95  |
| timeug2   | 10.05 (1,68) | 3.00   | 19.65  | 9.93  |
| Timeug1 2 | 10.10 (1,51) | 6.50   | 18.77  | 9.90  |

Na comparação dos domínios entre os sexos, o SF-36, demonstrou que o sexo feminino apresenta maiores limitações na sua condição física e, conseqüentemente maior limitação na execução de suas atividades diárias de vida (Tabela 10).

**Tabela 10** – Comparação do questionário SF-36 entre sexos dos idosos de 60 anos ou mais, Nova Campina, 2013.

| DOMÍNIOS   | FEMININO(n=143) | MASCULINO(n=107) | DIFERENÇA |
|------------|-----------------|------------------|-----------|
| CF         | 44.7863         | 46.4773          | -1.6909   |
| AF         | 33.7234         | 75.5682          | 2.6369    |
| DOR        | 46.3248         | 46.4773          | -0.1525   |
| EGS        | 63.8462         | 63.6932          | 0.1530    |
| VITALIDADE | 50.3846         | 50.7386          | -0.3540   |
| AS         | 59.2949         | 59.3750          | -0.0801   |
| AE         | 82.9060         | 80.3030          | 2.6030    |
| SMENTAL    | 59.0769         | 59.9091          | -0.8322   |
| DimensaoA  | 56.7094         | 56.5909          | 0.1185    |
| DimensaoB  | 67.0926         | 66.5290          | 0.5636    |

CFUNC = capacidade funcional; LAF = limitação por aspectos físicos ; EGS = estado geral de saúde; VIT = vitalidade; ASOC= limitação por aspectos sociais; LAE = Limitação por aspectos emocionais; SMENT = saúde mental

Ao compararmos os domínios do SF-36, com os demais escores nota-se que houve relação positiva na variável EGS (0,0001), com o o escore EDG, significando que quanto melhor o estado geral de saúde, menores são os índices de suspeita de depressão. Em relação aos valores negativos há evidência que com o aumento de uma variável, acarreta a diminuição da outra, a exemplo da idade com todos os

domínios do SF-36. Percebe-se que os idosos mesmo com o aumento da idade cronológica não houve declínio no escore MM (0,0005), caracterizando bom estado de saúde mental. Do mesmo modo, com a variável CF houve significância no valor do MM e AVD. Também é considerável a relação entre CF e as variáveis: MM, EDG, AVD e AIVD, demonstrando da mesma forma a não interferência tanto na saúde mental como nas atividades básicas e instrumentais da vida.

A presença de dor mostrou relação estreita, nas atividades básicas, MM e EDG, acarretando interferências nas atividades da vida, como por exemplo, vestir-se, banhar-se, alimentar-se, entre outras, como consequência a saúde mental é afetada provocando nos idosos possíveis alterações no humor, pois a dor é um fator limitador para que o idoso que restringe suas atividades físicas e sociais. O domínio vitalidade mostrou significância com os escores de EDG e AIVD, demonstrando que com a diminuição da energia vital os idosos de Nova Campina têm alterações em seu estado mental, como desânimo, esgotamento mental e físico, e para executar suas atividades instrumentais de vida diária, a exemplo de viajar sozinho, tomar remédios, cuidar de suas finanças.

O domínio aspectos sociais do SF-36 esteve relacionado com os escores MM, EDG, AVD e AIVD, revelando importante interferência nas atividades funcionais e saúde mental. Do mesmo modo, a limitação por aspectos emocionais apresentou correlação importante no escore total do SF-36, com significância no escores EDG, AVD e AIVD. A variável saúde mental está relacionada com as AVD, e quando observada na sua dimensão A (emocional - presença de ansiedade e depressão), apresentou significância com o escore EDG e AIVD. Na sua dimensão B (relações sociais) apresenta correlação importante com as demais variáveis, a exemplo da, MM, EDG, AVD, AIVD e o escore total do SF-36.

**Tabela 11. Correlação dos domínios do SF-36 e idade, com as variáveis, altura, imc, ca, escores Mini-Mental (MM), Escala de Depressão Geriátrica (EDG), Atividades da Vida Diária(AVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária(AIVD), timeug , dos idosos de nova campina – SP, 2013.**

| Variáveis  | altura                               | IMC                                  | CA                                      | escoreMM                             | Escore EDG                              | Escore AVD                              | Escore AIVD                             | timeug                               | Escore SF-36                         |
|------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|---|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Idade      | -                                    | -                                    | -                                       | <b>-0.17129</b>                      | -                                       | -                                       | 0.08498                                 | 0.04476                              | -                                    |
|            | <b>0.08603</b><br><b>0.1751</b>      | <b>0.08723</b><br><b>0.1692</b>      | <b>0.02770</b><br><b>0.6630</b>         | <b>0.0066</b>                        | <b>0.05088</b><br><b>0.4231</b>         | <b>0.13786</b><br><b>0.0293</b>         | -0.1805                                 | 0.4864                               | <b>0.08417</b><br><b>&lt;.0001</b>   |
| cf         | 0.02645<br>0.6773                    | -<br><b>0.14062</b><br><b>0.0262</b> | -<br><b>0.24375</b><br><b>&lt;.0001</b> | 0.29240<br><b>&lt;.0001</b>          | 0.11353<br>0.0731                       | 0.45656                                 | 0.02217<br>0.7272                       | -<br><b>0.13138</b><br><b>0.0403</b> | 0.28971<br>0.0403                    |
|            | af                                   | -<br><b>0.17591</b><br><b>0.0053</b> | -<br><b>0.01007</b><br><b>0.8742</b>    | 0.03716<br>0.5587                    | <b>-0.29370</b><br><b>&lt;.0001</b>     | -<br><b>0.58887</b><br><b>&lt;.0001</b> | -<br><b>0.30550</b><br><b>&lt;.0001</b> | 0.32174<br><b>&lt;.0001</b>          | 0.11815<br>0.0654                    |
| dor        | 0.14318<br>0.0236                    | 0.05059<br>0.4258                    | -<br><b>0.12384</b><br><b>0.0505</b>    | 0.30377<br><b>&lt;.0001</b>          | 0.27871<br><b>&lt;.0001</b>             | 0.27628<br><b>&lt;.0001</b>             | -<br><b>0.10611</b><br><b>0.0941</b>    | -<br><b>0.10603</b><br><b>0.0984</b> | -<br><b>0.14781</b><br><b>0.0194</b> |
|            | egs                                  | 0.01435<br>0.8214                    | 0.10241<br>0.1062                       | 0.00393<br>0.9507                    | <b>-0.09288</b><br><b>0.1431</b>        | -<br><b>0.23900</b><br><b>0.0001</b>    | -<br><b>0.06862</b><br><b>0.2798</b>    | 0.31064<br><b>&lt;.0001</b>          | 0.07645<br>0.2341                    |
| vitalidade | -<br><b>0.01377</b><br><b>0.8285</b> | 0.04953<br>0.4356                    | -<br><b>0.10047</b><br><b>0.1130</b>    | <b>-0.11925</b><br><b>0.0597</b>     | -<br><b>0.33084</b><br><b>&lt;.0001</b> | 0.03633<br>0.5674                       | 0.34695<br><b>&lt;.0001</b>             | 0.20338<br>0.0014                    | 0.19101<br>0.0024                    |
|            | as                                   | -<br><b>0.21698</b><br><b>0.0006</b> | -<br><b>0.08013</b><br><b>0.2067</b>    | 0.04790<br>0.4508                    | <b>-0.40953</b><br><b>&lt;.0001</b>     | -<br><b>0.66592</b><br><b>&lt;.0001</b> | -<br><b>0.51867</b><br><b>&lt;.0001</b> | 0.36467<br><b>&lt;.0001</b>          | 0.07386<br>0.2504                    |
| ae         | -<br><b>0.20953</b><br><b>0.0009</b> | -<br><b>0.03230</b><br><b>0.6113</b> | 0.01230<br>0.8466                       | <b>-0.16639</b><br><b>0.0084</b>     | -<br><b>0.58453</b><br><b>&lt;.0001</b> | -<br><b>0.22917</b><br><b>0.0003</b>    | 0.26609<br><b>&lt;.0001</b>             | 0.00840<br>0.8962                    | 0.31498<br><b>&lt;.0001</b>          |
|            | smment                               | -<br><b>0.01240</b><br><b>0.8453</b> | -<br><b>0.01297</b><br><b>0.8383</b>    | -<br><b>0.20687</b><br><b>0.0010</b> | 0.13977<br>0.0271                       | 0.01556<br>0.8067                       | 0.32078<br><b>&lt;.0001</b>             | 0.05667<br>0.3723                    | 0.03076<br>0.6326                    |
| dimensaoA  | -<br><b>0.08842</b><br><b>0.1634</b> | 0.01716<br>0.7871                    | -<br>0.07947<br>0.2105                  | -0.15250<br>0.0158                   | -<br>0.49545<br><b>&lt;.0001</b>        | -<br>0.07101<br>0.2633                  | 0.39364<br><b>&lt;.0001</b>             | 0.13027<br>0.0420                    | 0.31312<br><b>&lt;.0001</b>          |
|            | dimensaoB                            | -<br><b>0.23365</b><br><b>0.0002</b> | -<br><b>0.05805</b><br><b>0.3607</b>    | -<br><b>0.05218</b><br><b>0.4114</b> | <b>-0.21887</b><br><b>0.0005</b>        | -<br><b>0.65578</b><br><b>&lt;.0001</b> | -<br><b>0.23514</b><br><b>0.0002</b>    | 0.34635<br><b>&lt;.0001</b>          | 0,38040<br>0.04550<br>0.4793         |

CFUNC = capacidade funcional; LAF = limitação por aspectos físicos ; EGS = estado geral de saúde; VIT = vitalidade; ASOC= limitação por aspectos sociais; LAE = Limitação por Aspectos emocionais; SMMENT = saúde mental. IMC – índice de massa corpórea; CA – circunferência abdominal.

Ao comparar os escores de dependência do instrumento AVD com os domínios do SF-36 houve maior dependência em relação ao aumento da idade.

Como consequência o domínio capacidade funcional (CF) em todos os escores do AVD mostrou percentual diminuído. No domínio Limitação por aspectos físicos (AF), os idosos apresentaram escore 1, que significa possuir de uma a três dependências. Chama a atenção que não houve nenhum idoso no escore 2, que significa dependência total. A presença da dor esteve presente em todos os escores deste domínio, com p-valor <0,0001. Os idosos que de apresentaram 1 até 3 dependências, não ficaram limitados quanto aos aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Temos como dado que o estado geral de saúde, na percepção do idoso é bom (63,03 a 65,29), conforme Tabela 12

**Tabela 12.** Comparações de médias entre os escores do instrumento atividades da vida diária (avd) com os domínios do questionário SF-36, dos idosos entrevistados, Nova Campina, 2013.

| <b>AVD</b>       |                                |                                |                                |                |
|------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------|
| <b>VARIÁVEIS</b> | <b>ESCORE 0<br/>Média (DP)</b> | <b>ESCORE 1<br/>Média (DP)</b> | <b>ESCORE 2<br/>Média (DP)</b> | <b>P-valor</b> |
| Idade            | 68,32( 6,24)                   | 69,61( 6,83)                   | 79,00                          | 0,0949         |
| cf               | 51,02( 9,73)                   | 42,17( 7,63)                   | 35,00                          | <0,0001        |
| af               | 60,62(40,15)                   | 90,57(26,18)                   | 0,00                           | <0,0001        |
| dor              | 48,82(11,79)                   | 42,46( 7,53)                   | 50,00                          | <0,0001        |
| EGS              | 63,03(13,97)                   | 65,29( 5,62)                   | 60,00                          | 0,2367         |
| vital            | 52,87(27,35)                   | 53,28(14,64)                   | 15,00                          | 0,2266         |
| as               | 48,72(11,34)                   | 68,44(15,68)                   | 50,00                          | <0,0001        |
| ae               | 71,65(31,17)                   | 91,53(25,90)                   | 0,00                           | <0,0001        |
| sment            | 66,87(17,65)                   | 55,67(13,77)                   | 40,00                          | <0,0001        |

CFUNC = capacidade funcional; LAF = limitação por aspectos físicos ; EGS = estado geral De saúde; VIT = vitalidade; ASOC= limitação; Por aspectos sociais; LAE = Limitação por Aspectos emocionais; SMENT = saúde mental Escore 0 = 6 (INDEPENDENTE), Escore 1 = 5,4,3; (MODERAMENTE DEPENDENTE), Escore 2 ≤ 2 ( DEPENDENCIA).

Observa-se que as atividades instrumentais da vida diária são agravadas com o aumento da idade cronológica. Metade dos idosos apresentou capacidade funcional preservada, se enquadrando no escore zero do AIVD. Enquanto os demais tiveram maior grau de dificuldade para realizar as atividades. Chama a atenção os domínios vitalidade e saúde mental, nos quais os idosos demonstram vigor, energia, não se sentem nervosos ou deprimidos (Tabela 13).

**Tabela 13** - Comparações de médias entre os escores do instrumento aivd com os domínios do questionário SF-36, dos idosos entrevistados, Nova Campina, 2013.

| VARIÁVEIS   | AIVD                   |                        |                        | P-valor |
|-------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------|
|             | ESCORE 0<br>Média (DP) | ESCORE 1<br>Média (DP) | ESCORE 2<br>Média (DP) |         |
| Idade(anos) | 68,95(6,06)            | 68,77(6,62)            | 75,71(5,15)            | 0,0222  |
| cf          | 50,98(10,26)           | 46,11(9,38)            | 36,43(9,45)            | 0,0003  |
| af          | 66,46(42,80)           | 77,10(35,69)           | 64,29(47,56)           | 0,1870  |
| dor         | 50,24(9,08)            | 44,85(10,28)           | 44,29(15,12)           | 0,0091  |
| EGS         | 68,90(10,52)           | 63,44(10,45)           | 55,71(12,05)           | 0,0012  |
| vital       | 70,24(23,32)           | 53,28(14,64)           | 57,86(23,25)           | <0,0001 |
| as          | 51,22(12,12)           | 68,44(15,68)           | 53,57(6,10)            | 0,0069  |
| ae          | 73,17(35,13)           | 91,53(25,90)           | 71,43(48,80)           | 0,1221  |
| sment       | 73,27(20,13)           | 55,67(13,77)           | 69,71(18,74)           | <0,0001 |

CFUNC = capacidade funcional; LAF = limitação por aspectos físicos ; EGS = estado geral De saúde; VIT = vitalidade; ASOC= limitação por aspectos sociais; LAE = Limitação por Aspectos emocionais; SMENT = saúde mental. Escore 0=27, escore 1= 26-17 e escore 2= menor ou igual 17.



## ***Discussão***

## 5. DISCUSSÃO

O estudo foi composto por 250 idosos pertencentes às Unidades de Saúde da família de Nova Campina – SP, com idade entre 60 a 85 anos.

A maioria dos idosos se enquadra na faixa etária de 60 a 69 anos quando comparada com as demais faixas etária (70 a 79 anos e 80 anos ou mais), manteve uma proporcionalidade maior de gênero feminino, em relação ao sexo masculino. Os resultados do Censo do IBGE/2010 corroboram com este estudo, onde foi apurado que dos 190.755.799 habitantes do território brasileiro, 93.406.990 são homens e 97.348.809 são mulheres <sup>(10,11)</sup>. Este fato foi comprovado no estudo de Alencar, que na comparação entre idosas ativas e sedentárias demonstrou que o grupo sedentário utiliza mais os serviços de saúde, por problemas osteo- articulares e, de modo geral, doenças crônicas não transmissíveis <sup>(Alencar, 17)</sup>.

Estudo realizado em Maceió demonstrou que 60,9% são idosos do sexo feminino, sendo essas as maiores consumidoras dos serviços de saúde <sup>(19)</sup>. Outro estudo realizado no sul do Brasil revela que a maioria dos idosos era do sexo feminino, sendo as idosas possuidoras de maior longevidade, evidenciando que os serviços de saúde devem estar preparados para receber essa população de idosas <sup>(52)</sup>.

Essa evidência do maior número de mulheres é tratada em estudos realizados na Cidade de Campinas - SP que destaca que as idosas mulheres utilizam mais os serviços de saúde, as internações hospitalares e o tempo de permanência nestes serviços são maiores quando comparado a outras faixas etárias<sup>(53)</sup>, e na cidade de Bambuí – MG, onde os idosos do sexo feminino procuram mais os serviços de saúde, e por causa do uso de benzodiazepínicos, doenças crônicas, incapacidade funcional, consultam os médicos com maior frequência<sup>(54)</sup>. Este estudo evidenciou que 55 (22%) destas mulheres são viúvas, em relação aos homens que são em número de 18 (7,2%). Segundo Fhon, em decorrência de normas não igualitárias da sociedade brasileira, ainda existe muito preconceito quando uma mulher viúva deseja se casar novamente, o mesmo não ocorrendo com os idosos do sexo masculino <sup>(52)</sup>

Corroborando com estes dados, estudo realizado em Botucatu, onde foi encontrado um número maior de indivíduos casados do sexo masculino e um número bem maior de indivíduos viúvos do sexo feminino <sup>(55)</sup>.

O relatório do Banco Mundial chama atenção que a sobrevivência das mulheres é maior (10), mas ao mesmo tempo esta longevidade feminina é marcada por saúde fraca e frágil <sup>(52)</sup>.

Os idosos de Nova Campina convivem com duas ou mais pessoas (54,8%) e na sua grande maioria residem em moradias próprias (98,0%). Esses idosos preservam uma boa condição de apoio familiar, repercutindo na melhor qualidade de vida. Outros estudos mostraram a importância dos idosos terem suporte familiar e social, que ambos se caracterizam como determinantes de uma vida de plena satisfação <sup>(53, 54)</sup>.

Llobet destaca a importância da preservação da saúde, mas não como único elemento, sentir-se querido, acompanhados de familiares e amigos, terem vida social são valores importantes na manutenção da qualidade de vida <sup>(56)</sup>. Estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que há relação estreita entre menor rede de apoio social e uma pior qualidade de vida <sup>(26)</sup>.

Os dados chamam atenção nas variáveis anos de estudo, com média de 1,8 anos para ambos os sexos, configurando o analfabetismo funcional. O analfabetismo é condição que pode limitar os idosos para o desempenho de atividades intelectuais, até o acesso aos seus direitos de cidadão idoso. Concorda da mesma forma Lira que quando menciona que a menor escolaridade está relacionada com o menor o desempenho cognitivo <sup>(57)</sup>.

A questão do analfabetismo adicionado a renda per capita baixa mostraram-se com maior chance com uma pior capacidade funcional <sup>(58)</sup>.

Em relação às doenças referidas percebe-se que a grande maioria dos indivíduos apresentam alguma patologia (82,4%). Mas, nota-se que 68,4% utilizam duas ou mais medicações, e somente 44 (17,60%) deles que não referiram doença alguma. O uso de várias medicações nos idosos é tratada por vários autores como reais. No Brasil 23% da população acima de 60 anos consome 60% da produção nacional de medicamentos. Este consumo pode gerar tantos eventos adversos, alterações nervosas, neuromusculares, cardiovasculares e déficit cognitivo <sup>(59)</sup>.

A polifarmácia nos idosos é tratada como um problema grave, principalmente quando há uso de benzodiazepínicos. Pois, estes interferem na condição geral de saúde do idoso, no seu bem estar físico, mental e social aos mais velhos, além de ser um preditor robusto de mortalidade <sup>(61)</sup>. Além disso, a equipe de saúde deve ter cuidado ao prescrever e ao administrar medicamentos para os idosos. As interações medicamentosas não são raras nos indivíduos de 60 anos ou mais, <sup>(61)</sup>.

De acordo com estudo realizado em Cascavel, no Estado do Paraná, igualmente os idosos entrevistados afirmaram sofrerem de uma ou mais doenças, e também com percentual reduzido para aqueles com nenhuma doença 21 (14,9%). Idosos portadores de várias patologias e com algum comprometimento físico apresentam maior risco para quedas <sup>(62)</sup>.

A queda foi um evento relevante neste estudo (62,09%), demonstrando a fragilidade da pessoa idosa no processo de envelhecimento, mas por outro lado, os idosos de Nova Campina apresentaram pequeno número de fraturas (14,94%). Esse elevado número de quedas chama atenção do município para ações de prevenção e acessibilidade para a população idosa. De acordo com o autor, as quedas com fraturas dependem do contexto cultural onde o idoso está inserido, e tendo repercussão direta em sua saúde. Ainda de acordo com o mesmo autor, a queda é um evento banalizado, inerente somente ao processo de envelhecer, mas na realidade representa significativo agravo à saúde, que afeta drasticamente a vida dos idosos <sup>(63)</sup>. Da mesma forma, estudo realizado em Belo Horizonte – MG aponta que as quedas são eventos mórbidos frequentes na população idosa, causando declínio físico, lesões físicas, declínios emocionais e até a morte. É um evento pouco compreendido pela comunidade, por profissionais e pelas autoridades sanitárias, como um problema de saúde pública <sup>(64)</sup>.

A incontinência urinária este presente em 40,6% dos idosos, não demonstrou diferença entre o sexo masculino (20,33%) e feminino (20,33%), indo de encontro a estudos publicados, onde o número de idosas com incontinência prevalece sobre os idosos. De acordo com os mesmos estudos, a incontinência urinária acomete mais as mulheres pelas diferenças no comprimento uretral feminino e o enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico <sup>(65)</sup>. Outro estudo demonstra que, a incontinência urinária está presente em ambos os sexos, associada com o avançar dos anos <sup>(66)</sup>. Os fatores emocionais, alterações cognitivas, presença de

comorbidades e uso de várias medicações contribuem para o elevado risco da incontinência urinária <sup>(65,66)</sup>.

Os idosos de Nova Campina apesar de comorbidades referidas, o uso de duas ou mais medicações, a maioria (61,41%) não apresentam impedimento físicos para execução de suas atividades básicas da vida diária. Os homens apresentaram 28,62% de limitações físicas em relação às mulheres (16,18%).

Estudo revela que as doenças crônicas reduzem a capacidade para desenvolvimento das atividades de vida diária, além do que, idosos com limitações físicas, não estão sendo assistidos adequadamente pelo Sistema de Saúde. Ainda, segundo este mesmo autor, demonstra que os idosos do sexo feminino têm maior limitação física do que os homens idosos <sup>(67)</sup>. Igualmente concorda com este fato, estudo realizado em Campinas, que as idosas apresentam mais limitações que os homens, porém executam as atividades diárias, como cuidar de si, da alimentação, cuidados com a limpeza da casa, das finanças, mesmo referindo algum impedimento físico, alguma dor <sup>(68)</sup>.

Ainda de acordo com Santos, as limitações da vida diária levam ao maior nível de dependência, o que acarreta por vezes custos e sobrecarga de atividades, em especial para a família, que é a primeira provedora de cuidados <sup>(68)</sup>.

Os dados antropométricos demonstraram que as mulheres apresentaram maior IMC e circunferência abdominal do que os idosos do sexo masculino. Não foi identificado nenhum idoso com obesidade, sendo que as idosas estão no limite do sobrepeso. As medidas antropométricas são utilizadas para identificar risco para doenças cardiovasculares, que é a primeira causa de morte e agravos à saúde <sup>(8, 69)</sup>. Da mesma forma demonstra estudo realizado em São Paulo, que é pioneiro na avaliação antropométrica de idosos corrobora com os dados encontrados neste estudo <sup>(69)</sup>. Este autor chama a atenção que, a medida da região abdominal é importante para se ter prevenção e diagnóstico de comorbidades crônicas como diabetes tipo 2, hipertensão arterial e distúrbios do metabolismo lipídico, sendo que uma das hipóteses colocadas para o aumento do perímetro da cintura, principalmente em mulheres refere-se a algumas alterações comportamentais que são características nesta população, como a redução nos níveis de atividade física e uma alimentação desequilibrada, as quais contribuem para o comprometimento do perfil antropométrico <sup>(69)</sup>.

Quanto aos domínios do SF-36, que avalia condição de saúde os idosos do sexo masculino apresentaram escores mais elevados em comparação aos idosos do sexo feminino. De acordo com o autor, os homens tendem a ter escores maiores nos domínios do SF-36, com exceção do estado geral de saúde e limitação para aspectos emocionais <sup>(26)</sup>. Da mesma forma, estudo multicêntrico realizado no Sul do Brasil, com dados do Brasil, da Inglaterra e dos Estados Unidos revela maior comprometimento dos idosos do sexo feminino na maioria dos domínios <sup>(26)</sup>.

Percebemos neste estudo que os idosos do sexo feminino apresentaram melhores domínios apenas na limitação para aspectos sociais e físicos. Nos demais domínios mantiveram escore igual ou levemente menor.

Quanto a aplicação do Mini-Exame do estado Mental – MEEM, os idosos apresentaram escore de 20,49. Observou-se que apresentaram baixa escolaridade (1,77 anos de estudo), não configurando distúrbio mental, e sim analfabetismo funcional. Conforme indicadores do IBGE, onde a média de estudos é de 3,5 anos para indivíduos de 60 anos ou mais <sup>(10,11)</sup>. Estudos demonstram que quanto menor o nível de escolaridade maior será maior o déficit cognitivo <sup>(69)</sup>.

Os idosos deste estudo tiveram dificuldades em realizar os cálculos matemáticos apresentados, memorização das três palavras, desenhar os dois pentágonos corroborando com o estudo de Bruck, onde são indicadores que chamam a atenção como dificuldade para responderem às questões do Mini-Exame Mental <sup>(27)</sup>.

Este estudo revelou da mesma forma, que apesar das dificuldades sociais, econômicas, emocionais, os idosos não se sentem deprimidos, pois os escores tanto para mulheres como para homens ficou em torno de 2,3. Ver em outras tabelas. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a depressão vem ocupando destaque no rol de problemas de saúde pública, sendo conhecida como uma doença mais cara de todas as doenças <sup>(8)</sup>. De acordo com o autor, o envelhecimento ocasiona numerosas perdas que poderiam influenciar o desenvolvimento de uma síndrome depressiva <sup>(30)</sup>. Ainda de acordo com o autor, a depressão nos idosos apresenta quadro clínico, semelhantes às outras faixas etárias, mas esses indivíduos apresentam quadros diferenciados, ou particularidades que levam a dificuldades de diagnosticar os casos de depressão <sup>(30)</sup>. Os laços familiares presentes, convivendo com o cônjuge ou algum familiar, seguramente corroboram para a diminuição da

solidão, mantém a capacidade adaptativa do idoso, se constituindo num fator de proteção ao idoso <sup>(68)</sup>.

Neste estudo percebeu-se que não existe idoso totalmente dependente, segundo a Escala de Katz. Apenas necessitando de alguma ajuda, para mulheres manteve um escore de (5,4) e para homens (5,5) para desempenharem suas atividades de vida diária.

Conforme estudo populacional, Projeto SABE, com avaliação multidimensional de idosos da população geral do Brasil, em especial do estado de São Paulo em 1984, onde no geral a população idosa referiu precisar de ajuda para realizar pelo menos uma atividade diária de vida <sup>(6)</sup>.

Rastreamento as dependências da atividade da vida diária de idosos autores sugerem perguntas mínimas a cerca da mobilidade (andar 100 metros), necessidades pessoais (tomar banho) e que outras pessoas possam fazer pelo idoso (lavar roupa). Demonstaram que as essas atividades no âmbito doméstico tiveram prevalência de dificuldade mais baixa quando comparada com as atividades instrumentais (fazer compra) Os autores propõem um instrumento de rastreamento simples e confiável capaz de identificar idosos com necessidade de ajuda no dia-a-dia <sup>(69)</sup>.

Na amostra não foram encontrados idosos totalmente dependentes, ou melhor, apresentaram uma dependência para realização de suas atividades de vida diária. Para as atividades instrumentais da vida, segundo a Escala de Lawton, o nível de dependência foi maior, ficando com escore de 25,05 para mulheres e 24,53 para os homens. As doenças referidas, a mobilidade, equilíbrio, uso de uma ou mais medicações têm interferência direta no desempenho das AVD e AIVD, como ficou demonstrado em estudo realizado na cidade de Goiânia <sup>(70, 71)</sup>. Lustosa enfatiza em seu estudo que, a fragilidade pode ser preditora de incapacidades, quedas, hospitalizações e mortalidade. A perda da funcionalidade poderá aumentar significamente o risco para doenças crônicas <sup>(70)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde define queda como, qualquer evento involuntário no qual a pessoa perde o equilíbrio e o corpo cai ao chão ou sobre uma superfície rígida <sup>(8)</sup>.

O número de idosos de Nova Campina que referiram quedas ficou em 62,09%, mas com baixo índice de fraturas 14,94%. Chama atenção o fato revelado

na aplicação dos instrumentos Timed up and Go (escore de 10,32% para mulheres e 10,06% para homens), Teste de Tinetti Marcha (escore de 11,21% para mulheres e 10,99% para homens) e Teste de Tinetti Equilíbrio (15,53% para mulheres e 15,46 para homens), segundo os testes não houve risco acentuado para quedas. Em todos os instrumentos aplicados para avaliação de equilíbrio e marcha, as mulheres apresentaram resultados maiores em comparação aos dos idosos do sexo masculino, revelando maior dificuldade para marcha, ou seja, lentidão para iniciar a marcha, caminhar e retornar ao ponto de partida. Autores afirmam que estudo realizado em Minas Gerais, as idosas do sexo feminino são as que apresentam maior risco para quedas. E, há associação entre a pior capacidade funcional e sexo feminino, limitações estas relacionadas a condições incapacitantes não-fatais entre as mulheres, como exemplo a osteoporose, osteoartrite e depressão. E a capacidade funcional piorada quanto menor a renda per capita <sup>(72)</sup>. A síndrome da fragilidade é condição associada ao envelhecimento com desfechos de saúde como quedas, medo de cair e incapacidades, como demonstra estudos de Silva, que descreveu correlação significativa entre grupos frágeis e pré-frágeis e frágeis e não frágeis em relação à funcionalidade mensurada pela Escala de Lawton, onde os idosos mais frágeis apresentavam maior incapacidade para atividades da vida diária e medo de cair <sup>(73)</sup>.

O estudo demonstrou que os domínios do SF-36, entre homens e mulheres idosas foram equivalentes com exceção às limitações por aspectos físicos, neste domínio as mulheres apresentaram maiores fragilidade, comprometendo o desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária. O Estudo semelhante numa comunidade em São Paulo - SP revelou que o sexo feminino apresentou os piores níveis de qualidade de vida em todos os domínios avaliados no SF-36, e, análise de variância evidenciou alteração significativa da qualidade de vida conforme o aumento do número de morbidades e o domínio mais comprometido foi limitação por aspectos físicos, e relacionado diretamente com o aumento da idade <sup>(74)</sup>.

Os instrumentos aplicados possibilitou identificar nos idosos desse estudo a condição real de saúde desses indivíduos inserido na comunidade, revelando a importância de se implantar políticas municipais que garanta o acesso ao serviços de saúde, bem como se trace ações de cuidados integrais. Também ações que



promovam a saúde e previna doenças. Atenção especial deve se dar a capacitação dos profissionais, acerca do tema envelhecimento e qualidade de vida das pessoas assistidas, em especial a pessoa idosa.

**Produto:** Este estudo evidenciou as condições de saúde dos idosos em um município revelando a necessidade urgente da implantação de instrumento simples de avaliação, de fácil aplicação, que permita a execução de medidas para propor ações de cuidados integrais, com foco na promoção e prevenção de agravos a saúde. Nesse sentido, julgamos que a implantação do instrumento de avaliação, para idosos de 60 a 69 anos, em uma unidade de Saúde urbana do Município será fundamental para mudar a perspectiva de atendimento a essa população. Tal instrumento constitui-se de três questões que avaliam as necessidades de cuidados da pessoa idosa. Duas são necessidades pessoais (tomar banho e deitar e levantar da cama) e outra indica mobilidade (caminhar 100 metros fora de casa). (Apêndice). Com essas questões pode-se traçar uma linha de dependência, que se inicia com a diminuição da mobilidade <sup>(75)</sup>. Segundo esses autores, tal instrumento é eficaz, de fácil aplicabilidade e com baixo custo. Pois, profissionais como médico, enfermeiro e fisioterapeuta que atenderem o idoso, poderão aplicar tal instrumento. A escolha da Unidade Urbana do Município se deu porque sou enfermeira da Diretoria Municipal de Saúde e nesta unidade exerci a função de enfermeira por 5 anos, conheço bem a dinâmica de trabalho e há essa possibilidade amigável de se adicionar essas questões nas consultas dos idosos. Além do que, trata-se de uma região de risco no município, requerendo ações que ajudem os idosos a ter uma melhor qualidade de vida, aliada a possibilidade de maiores condições de enfrentamento das situações que essa comunidade é acometida, como falta de saneamento básico, alto índice de gravidez na adolescência, violência doméstica, uso indiscriminado de drogas ilícitas.

# ***CONSIDERAÇÕES FINAIS***

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que as mulheres foram em maior número e apresentaram maior fragilidade em relação aos homens. Que mesmo os idosos referindo uma ou mais doenças consideram seu estado de saúde como bom, como evidenciado na aplicação do questionário SF-36. Os entrevistados em sua grande parte mencionaram impedimentos físicos mas isto não alterou suas atividades básicas da vida diária - AVD. Mas houve interferência significativa nas atividades instrumentais – AIVD.

Em geral, percebeu-se que o idoso mesmo com algumas limitações, doenças referidas, uso de várias medicações, diminuição em alguma atividade da vida diária não apresentou sinais de depressão, e da mesma forma não apresentaram distúrbio quando da aplicação do mini-exame do estado mental – MEEM. Apresentaram escore aumentado no estado geral de saúde, em consequência diminuição nos índices de depressão. Configurando que se sentem felizes com a vida que vivem. Sugiro que foi fator protetor para saúde mental, morar com algum familiar e viver em sua própria casa.

Em relação marcha e equilíbrio observou-se que os idosos conseguem se movimentar livremente, chamando atenção para as mulheres que apresentaram, em relação aos homens, maior lentidão na execução dos testes, em especial Time Up and Go. No geral não apresentaram riscos acentuados para quedas. Embora, a maioria referiu ter sofrido queda no último ano e 14,94% sofreu fratura. Em especial o sexo feminino.

O estudo apresentou limitação uma vez que os instrumentos não foram aplicados em pessoas acamadas, com déficit cognitivo importante que impedissem a aplicação das escalas.

Os dados analisados possibilitaram identificar a condição real de saúde desses idosos inseridos na comunidade, revelando a necessidade urgente da implantação de instrumento simples de avaliação, de fácil aplicação, que permita a execução de medidas para propor ações de cuidados integrais, com foco na promoção e prevenção de agravos a saúde. Chama atenção para a importância de se implantar políticas municipais de inclusão do idoso aos serviços de saúde, bem como o planejamento de ações de cuidados integrais, de acordo com as demandas

de cada indivíduo, nas suas necessidades comprometidas. Atenção especial deve se dar a capacitação dos profissionais que atendem, acerca do tema envelhecimento e qualidade de vida das pessoas assistidas, em especial a pessoa idosa. Também chama atenção para os órgãos formadores de profissionais da saúde para essa questão do cuidado para pessoa idosa.

## ***Referencias***

1 Estatuto do Idoso. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2003. Lei 10.741, de 1º de Outubro de 2003. [Internet] . Brasília; 2003 [acessado 22 de outubro de 2013]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm).

2 Del Duca GF, Silva MC da, Hallal PC. Incapacidade para as atividades básicas e instrumentais em idosos. Rev Saúde Pública. 2009; 43: 796-805.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; v. 19).

4 Jacob Filho, W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. Duarte YAO ; Diogo MJD'Elboux In: Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. Capítulo 2. P21-6. São Paulo. Editora Atheneu, 2005.

5 Carvalhaes Neto N. Envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento com fragilidade. In: Ramos LR; Toniolo Neto J. Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 9-26.

6 Lebrão ML. Epidemiologia do envelhecimento. Bol. Inst. Saúde. 2009; 47: 23-6.

7 Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. 2009; 43: 548-54.

8 World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. [acessado 22 de outubro de 2013]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf).

9 Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17: 231-8.

10 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Censo 2010 [ acesso 27 mar 2012]: IBGE; 2010 [Internet] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

11 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. [ Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. Estudos & Pesquisas Informação Demográfica e Sócio Econômica, 26. [acesso: 18 jul 2011]. Disponível em:

[http://www.bibliotecafeminista.org.br/index.php?option=com\\_remository&Itemid=53&unc=fileinfo&id=287](http://www.bibliotecafeminista.org.br/index.php?option=com_remository&Itemid=53&unc=fileinfo&id=287).

12 Santos MB dos, Ribeiro SA. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2011; 14: 613-24.

13 Banco Mundial. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento. Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington: Banco Mundial; 2011.

14 Schneider RH, Irigary TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estud Psicol. 2008; 25: 585-93.

15 Ramos, LR; Cendoroglo MS. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM. 2ª ed. Barueri; Manole; 2011.

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

17 Alencar NA, Souza Junior JV, Aragão JCB, Ferreira MA, Dantas E. Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias. Fisioter Mov. (Impr.) 2010; .23: 473-81.

18 Tavares DMS; Dias FA. Distribuição espacial de idosos de acordo com menores escores de qualidade de vida. Texto Contexto Enferm. 2011; 20 (Esp): 205-13.

19 Santos AA; Pavarini SCI. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Acta Paul Enferm 2011;24(4):520-6.

20 Irigaray TQ; Trentini CM. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. Estud Psicol. 2009; 26: 297-304.

21 Lacerda SM, Gazzola JM, Lopes AB, Lemos NFD, Cordeiro RC. Qualidade de vida de idosos atendidos em Programa de Assistência Domiciliária. Rev. Bras Geriatr Gerontol. 2011; 14: (paginas).

22 Carneiro RS, Falconea E, Clarka C, Del Prette Z, Del Prette A. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. Psicol. Reflex Crít. 2007; 20: 229-37.

23 Junqueira PR, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priori SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr. Rio Gd Sul.* 2006; 28: 27-38.

24 Pimenta FAP, Simil F, Tôrres HOG, Amaral CFS, Rezende CF, Coelho TO, et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Rev Assoc Med Bras.* 2008; 54: 55-60.

25 Campolina AG; Dini OS; Ciconelli, RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc & Saúde Colet.* 2011. 16:2919-25.

26 Ciconelli RM; Ferraz MB; Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida sf-36 (brasil sf-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999; 39:143-50.

27 Bruck SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2008; 61: 777-81.

28 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975; 12:

29 Lourenço RA, Veras RP, Ribeiro CC. Confiabilidade teste-reteste do Mini Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2008; 11: 7-16.

29 Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39: 918-23.

30 Siqueira GR, Vasconcelos DT, Duarte GC, Arruda IC, Costa JAS, Cardoso RO. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14: 253-9.

31 Ferrari Jf, Dalacorte RR. Uso da escala de depressão geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scient Med.* 2007; 17: 3-8.

32 Pinho MX, Custódio O, Makdisse, M; Carvalho ACC. Confiabilidade e validade da escala de depressão geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94: 570-9.



33 Peres M, Silveira E. Efeito da reabilitação vestibular em idosos: quanto ao equilíbrio, qualidade de vida e percepção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15:2805-14.

34 Lojudice DC, Laprega MR, Gardezan PM, Vidal P. Equilíbrio e marcha de idosos residentes em instituições asilares do município de Catanduva, SP. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011; 11: 181-9.

35 Pereira, MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. 4ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2000.

36 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Brasil Reumatol*. 1999; 36: 3-11.

37 Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

38. São Paulo. Fundação SEADE. *Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional*. São Paulo: 2012.

39 Damasceno AF, Uchôa EPBL, Uchôa SMM. Estudo observacional sobre sintomatologia dolorosa e qualidade de vida de fisioterapeutas em clínicas privadas da cidade do Recife movimento & saúde. *Rev Inspirar*. 2013; 5: 1-6.

40 Silva TBL, Yassuda MS, Guimaraes VV, Florindo AA . Fluência verbal e variáveis sociodemográficas no processo de envelhecimento: um estudo epidemiológico. *Psicol Reflex Crit*. 2011; 24: 739-46.

41 Karuka AH, Silva JAMG, Navega MT. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. *Rev Bras Fisioter*. 2011; 15: 460-6.

41 Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970; 10: 20-30.

42 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: 395-406.

43 Lawton MP, Brody EM. Assessment o folder people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9: 179-86.

44 Uesugui HM, Fagundes DS, Pinho DLM. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24: paginas.

45 Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão los Geriatria (GDS) Versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1999; 57: 421-6.

46 Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982; 17: 37-49.

47 Silva A, Almeida GJM, Cassilhas RC, Cohen, M, Peccin MS, Tufik S, et al. Equilíbrio, Coordenação e Agilidade de Idosos Submetidos à Prática de Exercícios Físicos Resistidos. *Rev Bras Med Esporte.* 2008; 14: 88-93.

48 Paula FL, Alves Júnior ED, Prata H. Teste UP and GO: uma comparação entre valores obtidos em ambiente fechado e aberto. *Fisioter Movimento.* 2007; 20: 143-8.

49 Bretan O, Silva Júnior JE, Ribeiro OR, Corrente JE. Risk of falling among elderly persons living in the community: assessment by the Timed up and go test. *J Otorhinolaryngol.* 2013;79:18-21.

50 Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF; Priore, Cecon, PR. Influência dos fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do sudeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6): 2907-2917, 2011.

51 Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira V, Mazzardo O, Campos W. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosos de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29:955-69.

52 Fhon JRS, Rosset I, Freitas CP, Silva AO, Santos JLF, Rodrigues RAP. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47:266-73.

53 Oliveira AO, Francisco PMSB, Costa KS, Barros MBA. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(2): 335-45.

54 Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Firmo, JOA, Lima-Costa MF, Uchoa E. Estudo de base populacional sobre condições de saúde associados ao uso de

benzodiazepínicos em idosos ( Projeto Bambuí). Cad Saúde Pública. 2009; 25: 605-12.

55 Sthal HC, Berti HW, Palhares VC. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. 2011; 20: 59-67.

56 Marin MJS, Rodrigues LCR, Druzian S, Cecílio LCO. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. Rev Esc Enferm USP 2010; 44: 47-52.

56 Llobet MP, Ávila NR, Farrás JF, Canut MTL. Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais atendidos num programa de atenção domiciliária. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19: 1-8.

57 Lira ACC, Pontes MLF, Marques AAS, Queiroz RB, Pinho TAM, Silva AO. Saúde, envelhecimento e representações sociais. Rev Pesq Cuid Fundam. 2011; 10: 176-183.

58 Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. Rev Bras Fisioter. 2009; 13: 376-82.

59 Silvano CM, Contim D, Santos AS, Gonçalves JRL. O fenômeno da polifarmácia no idoso frágil. R.pesq.: cuid.fundam. 2012; 4:2995-05.

60 Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acurcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. Cad Saúde Pública. 2012; 28: 1033-45.

61 Secolli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Rev Bras Enferm. 2010; 63:136-40.

62 Souza EA, Scochi MJ, Maraschin MS. Estudo da morbidade em uma população idosa. Esc Anna Nery. 2011; 15: 380-8.

63 Rocha L, Budó MLD, Beuter M, Silva RM, Tavares JP. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. Esc Anna Nery. 2010; 14: 690-6.

64 Maciel A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20: 554-57.

65 Silva VA, D'Elboux MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21: 338-47

66 Tamanini JTN, Lebrão MLL, Duarte YRO, Santos JLF. Análise da prevalência e fatores associados à incontinência urinária entre idosos no município de São Paulo, Brasil: estudo SABE (saúde, bem-estar e envelhecimento). *Cad Saúde Pública*. 2009; 25: paginas.

67 Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araújo TL. A. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. *Rev Eletron Enferm*. 2009; 11: 32-8.

68 Santos, UM K, Montanes CM. A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona (Espanha) e na cidade de São Paulo (Brasil). *Serv. Soc. Soc. São Paulo*. 2010; 102: 365-86.

69 Moreira AJ, Nicastro H, Cordeiro RC, Coimbra P, Frangella VS. Composição corporal de idosos segundo a antropometria. *Rev..Bras Geriatr Gerontol*. 2009; 12: 201-13.

70 Lustosa LP, Marra TA, Pessanha FPAS, Freitas JC, Guedes RC. Fragilidade e funcionalidade entre idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, MG. *Ver Bras Geriatr Gerontol*. 2013; 16:347-54.

71 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). *Ciênc & Saúde Colet*. 2010; 15:2887-98.

72 Borges DT, Dalmolin BM. Depressão em Idosos de uma Comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2012; 7: 75-82.

73 Correia MVG, Teixeira CCG, Araújo JF, Brito LMO, Figueiredo Neto JÁ, Chein MBC, et al. Perfil cognitivo em idosas de dois serviços públicos em São Luís – MA. *Rev Psiq Clín*. 2008; 35:131-7.

74 Silva SLA, Vieira RA, Arantes P, Dias RC. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de geriatria e gerontologia. *Fisioter Pesq.* 2009; 16:129-5.

75 Ramos LR et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47: 506-13.

***Anexos***

## ANEXOS - ANEXO 1 - PROTOCOLO DO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 01 de outubro de 2.012

OF. 481 /2012

Ilustríssima Senhora  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Célia Popim  
Departamento de Enfermagem da  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Prof<sup>a</sup>. Regina Célia,

De ordem do Senhor Coordenador, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4367-2012) "Envelhecimento: Avaliação da qualidade de vida, saúde mental, autonomia funcional e riscos de quedas nos idosos assistidos em unidade de Saúde da Família em município do interior paulista", a ser conduzido por Elisabete Manieri Carazzai, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 01/10/2012.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP

## Mudança de Título



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Botucatu



### MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA

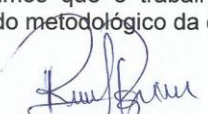
**Objetivo Acadêmico:** Dissertação de Mestrado

Título constante no parecer inicial de aprovação: Envelhecimento: avaliação da qualidade de vida, saúde mental, autonomia funcional e riscos de quedas nos idosos assistidos em unidade saúde da família em município do interior paulista.

Título final: Qualidade de vida no envelhecimento: situação de saúde dos idosos assistidos em unidades de saúde da família de município do interior paulista

Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: 01/10/2012

Declaramos que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

  
Prof. Dra Regina Célia Popim  
Nome/assinatura do Orientador(a)

  
Elisabete Manieri Carazzai  
Nome/assinatura do Orientado(a)

18:35 24/01/2014 00000000 COMITE DE ETICA EM PESQUISA FMB - UNESP



**ANEXO 2****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Venho convidá-lo (a) a participar do Projeto “**Envelhecimento: avaliação da qualidade de vida, saúde mental, funcional e riscos de quedas nos idosos assistidos em município do interior paulista**”, trata-se de uma pesquisa que será realizada pela Enfermeira Elisabete Manieri Carazzai, do Curso de mestrado em Enfermagem, desenvolvido sob a coordenação e orientação da professora Regina Célia Popim.

Para realizarmos este estudo precisaríamos contar com sua colaboração em nos conceder uma entrevista sobre sua situação de saúde e de qualidade de vida, assim como permitirmos avaliá-lo quanto a sua capacidade de realizar atividades diárias, o equilíbrio e o risco de sofrer quedas. Os instrumentos de avaliação são específicos para idosos, onde várias funções são exploradas, em média, demora em torno de 30 minutos para serem preenchidos. Com eles serão identificadas possíveis necessidades, que nos levará, juntos, a procurarmos por soluções.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Sinta-se completamente livre para decidir participar ou não, mas ressaltamos a importância de sua contribuição. Esclarecemos que seu anonimato está garantido; as informações serão sigilosas; a não participação não acarretará nenhum prejuízo, desconforto, risco, dano a sua pessoa; as informações e resultados obtidos trarão benefícios a vocês e outros idosos em situação semelhantes no que se relaciona a melhora da qualidade de vida, saúde mental, autonomia funcional, e risco de queda já que esperamos descrever estes aspectos citados.

Eu, \_\_\_\_\_, pretendo participar do estudo, conforme objetivos e metodologias expostos.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo; Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste pesquisador para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura

Eu, Elisabete Manieri Carazzai , afirmo que acompanharei todos os passos do estudo, fornecendo as informações que ainda forem necessárias. Ainda, se necessário posso ser contatada pelo e-mail: [betemanieri@uol.com.br](mailto:betemanieri@uol.com.br) ou através dos telefones: 15 35242699 (residência); Comitê de Ética em Pesquisa: 14 38801608 e 3880 1609.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANEXO 3**  
**INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

A) DADOS SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

1. Nome: \_\_\_\_\_ Matricula: \_\_\_\_\_

2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo

3. Endereço:

4. Anos de estudo:

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | ≥10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|

5. Renda familiar em salários mínimo

|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| < 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | ≥10 |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|

6. Moradia ( ) própria ( ) alugada ( ) cedida ( ) \_\_\_\_\_

7. Quantos cômodos tem a casa? \_\_\_\_\_

8. Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) viuvo ( ) separado/divorciado

( ) concubinato

9. Com quem vive?

( ) sozinho

( ) com o conjuge

( ) com parentes, no caso quantas pessoas fora o Senhor(a)? \_\_\_\_\_

10. Doenças referidas

( ) nenhuma

( ) Diabetes

( ) Hipertensão Arterial Sistêmica

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

11. Medicções em uso

|    |    |     |
|----|----|-----|
| 1. | 5. | 9.  |
| 2. | 6. | 10. |
| 3. | 7. | 11. |

12. Já teve ( ) quedas sem fraturas ou ( ) com fraturas      Data:----/----/-----

13. Cirurgias realizadas:

14. Incontinência urinária:

15. Tem algum impedimento na realização de exercícios físicos?

( ) sim      ( ) não

Caso sim, que tipo?

16. Índice de Massa Corpórea (Tabela de IMC para Idosos segundo OMS)

Peso: \_\_\_\_\_      Altura: \_\_\_\_\_ (  $IMC = \frac{Peso}{Altura^2}$  )       $IMC =$  -----

#### Tabela de IMC para idosos Feminina

| IMC               | Classificação                |
|-------------------|------------------------------|
| abaixo de 21,9    | Subnutrido ou abaixo do peso |
| entre 22,0 e 27,0 | Peso ideal (parabéns)        |
| entre 27,1 e 32,0 | Levemente acima do peso      |
| entre 32,1 e 37,0 | Primeiro grau de obesidade   |
| entre 37,1 e 41,9 | Segundo grau de obesidade    |
| acima de 42       | Obesidade mórbida            |

#### Tabela de IMC para idosos Masculina

| IMC               | Classificação                |
|-------------------|------------------------------|
| abaixo de 21,9    | Subnutrido ou abaixo do peso |
| entre 22,0 e 27,0 | Peso ideal (parabéns)        |
| entre 27,1 e 30,0 | Levemente acima do peso      |
| entre 30,1 e 35,0 | Primeiro grau de obesidade   |
| entre 35,1 e 39,9 | Segundo grau de obesidade    |
| acima de 40       | Obesidade mórbida            |

17. Circunferencia Abdominal: \_\_\_\_\_ M= 94(risco) 102(risco maior),  
F= 80 (risco); 88 (risco maior)

## B) QUALIDADE DE VIDA

**TESTE SF-36 (Ferraz.et al,1999)**

**Instruções:** Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Os dados a serem fornecidos nos manterão informados sobre como você se sente e sobre quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão marcando a resposta conforme indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

**1. Em geral, você diria que sua saúde é:** (circule uma)

Excelente

.....1

Muito boa .....2

Boa .....3

Ruim .....4

Muito ruim .....5

**2. Se comparada há um ano, como você classificaria sua saúde em geral, agora?**(circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano.....1

Um pouco melhor agora do que há um ano .....2

Quase a mesma de um ano atrás .....3

Um pouco pior agora do que há um ano .....4

Muito pior agora do que há um ano .....5

**3. Os itens abaixo são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?** (circule um número em cada linha)

a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.

SIM Dificulta muito.....1

SIM Dificulta um pouco.....2

NÃO Não dificulta de modo algum.....3

b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa

|   |   |
|---|---|
| SIM Dificulta muito.....                      | 1 |
| SIM Dificulta um pouco.....                   | 2 |
| NÃO Não dificulta de modo algum.....          | 2 |
| c) <u>Levantar ou carregar mantimentos</u>    |   |
| SIM Dificulta muito.....                      | 1 |
| SIM Dificulta um pouco.....                   | 2 |
| NÃO Não dificulta de modo algum.....          | 2 |
| d) <u>Subir vários lances de escada</u>       |   |
| SIM Dificulta muito.....                      | 1 |
| SIM Dificulta um pouco.....                   | 2 |
| NÃO Não dificulta de modo algum.....          | 2 |
| e) <u>Subir um lance de escada</u>            |   |
| SIM Dificulta muito.....                      | 1 |
| SIM Dificulta um pouco.....                   | 2 |
| NÃO Não dificulta de modo algum.....          | 2 |
| f) <u>Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se</u> |   |
| SIM Dificulta muito.....                      | 1 |
| SIM Dificulta um pouco.....                   | 2 |
| NÃO Não dificulta de modo algum.....          | 2 |
| g) <u>Andar mais de 1 quilômetro</u>          |   |
| SIM Dificulta muito.....                      | 1 |
| SIM Dificulta um pouco.....                   | 2 |
| NÃO Não dificulta de modo algum.....          | 2 |
| h) <u>Andar vários quarteirões</u>            |   |
| SIM Dificulta muito.....                      | 1 |
| SIM Dificulta um pouco.....                   | 2 |
| NÃO Não dificulta de modo algum.....          | 2 |
| i) <u>Andar um quarteirão</u>                 |   |
| SIM Dificulta muito.....                      | 1 |
| SIM Dificulta um pouco.....                   | 2 |
| NÃO Não dificulta de modo algum.....          | 2 |
| j) <u>Tomar banho ou vestir-se</u>            |   |
| SIM Dificulta muito.....                      | 1 |

SIM Dificulta um pouco.....2  
NÃO Não dificulta de modo algum.....2

**4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?(circule um número para cada linha)**

a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?

SIM.....1

NÃO.....2

b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?

SIM.....1

NÃO.....2

c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?

SIM.....1

NÃO.....2

d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra) ?

SIM.....1

NÃO.....2

**5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?(circule uma em cada linha)**

a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?

SIM.....1

NÃO.....2

b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?

SIM.....1

NÃO.....2

c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?

SIM.....1

NÃO.....2

**6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, aos vizinhos, aos amigos ou em grupo? (circule uma).**

De forma nenhuma.....1

Ligeiramente .....2

Moderadamente .....3

Bastante .....4

Extremamente .....5

**7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?(circule uma)**

Nenhuma .....1

Muito leve .....2

Leve .....3

Moderada .....4

Grave .....5

Muito grave .....6

**8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu no seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como o de dentro de casa)?(circule uma)**

De maneira alguma ..... 1

Um pouco ..... 2

Moderadamente .....3

Bastante .....4

Extremamente .....5

**9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma**

**resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.** (circule um número para cada linha).

a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?

Todo o tempo

A maior parte do tempo.....1

Uma boa parte do tempo.....2

Alguma parte do tempo..... 4

Uma pequena parte do tempo.....5

Nunca.....6

b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?

A maior parte do tempo.....1

Uma boa parte do tempo.....2

Alguma parte do tempo.....4

Uma pequena parte do tempo.....5

Nunca.....6

c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?

A maior parte do tempo.....1

Uma boa parte do tempo.....2

Alguma parte do tempo.....4

Uma pequena parte do tempo.....5

Nunca.....6

d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?

A maior parte do tempo.....1

Uma boa parte do tempo.....2

Alguma parte do tempo.....4

Uma pequena parte do tempo.....5

Nunca.....6

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?

A maior parte do tempo.....1



|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Uma boa parte do tempo.....     | 2 |
| Alguma parte do tempo.....      | 4 |
| Uma pequena parte do tempo..... | 5 |
| Nunca.....                      | 6 |

f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| A maior parte do tempo.....     | 1 |
| Uma boa parte do tempo.....     | 2 |
| Alguma parte do tempo.....      | 4 |
| Uma pequena parte do tempo..... | 5 |
| Nunca.....                      | 6 |

g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| A maior parte do tempo.....     | 1 |
| Uma boa parte do tempo.....     | 2 |
| Alguma parte do tempo.....      | 4 |
| Uma pequena parte do tempo..... | 5 |
| Nunca.....                      | 6 |

h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| A maior parte do tempo.....     | 1 |
| Uma boa parte do tempo.....     | 2 |
| Alguma parte do tempo.....      | 4 |
| Uma pequena parte do tempo..... | 5 |
| Nunca.....                      | 6 |

i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| A maior parte do tempo.....     | 1 |
| Uma boa parte do tempo.....     | 2 |
| Alguma parte do tempo.....      | 4 |
| Uma pequena parte do tempo..... | 5 |
| Nunca.....                      | 6 |

**10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo, sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?(circule uma)**

|                    |   |
|--------------------|---|
| Todo o tempo ..... | 1 |
|--------------------|---|

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| A maior parte do tempo .....     | 2 |
| Alguma parte do tempo .....      | 3 |
| Uma pequena parte do tempo ..... | 4 |
| Nenhuma parte do tempo .....     | 5 |

**11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?(circule um número em cada linha)**

a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Definitivamente verdadeiro.....     | 1 |
| A maioria das vezes verdadeiro..... | 2 |
| Não sei.....                        | 3 |
| A maioria das vezes falsa.....      | 4 |
| Definitivamente falsa.....          | 5 |

b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Definitivamente verdadeiro.....     | 1 |
| A maioria das vezes verdadeiro..... | 2 |
| Não sei.....                        | 3 |
| A maioria das vezes falsa.....      | 4 |
| Definitivamente falsa.....          | 5 |

c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Definitivamente verdadeiro.....     | 1 |
| A maioria das vezes verdadeiro..... | 2 |
| Não sei.....                        | 3 |
| A maioria das vezes falsa.....      | 4 |
| Definitivamente falsa.....          | 5 |

d) Minha saúde é excelente.

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Definitivamente verdadeiro.....     | 1 |
| A maioria das vezes verdadeiro..... | 2 |
| Não sei.....                        | 3 |
| A maioria das vezes falsa.....      | 4 |
| Definitivamente falsa.....          | 5 |

**Fonte:**

*CICONELLI.R.M,FERRAZ.M.B,SANTOS.W,MEINÃO.I,QUARESMA.M.R.Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36).Revista Brasileira de Reumatologia-Vol 36-N3-Maio /Junho, 1999.*

O questionário SF-36, ou seja, Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey, é constituído por 11 questões e 36 itens englobados em 8 escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais e emocionais e saúde mental. Permite a obtenção do escore final, que varia entre 0 (Zero) e 100, sendo o 0 (Zero) o pior estado de saúde e o 100 o melhor. (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão, Quaresma. M.R 1999).

**C) SAUDE MENTAL****MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

(ORIENTAÇÃO TEMPORAL)

**1. Qual o dia da semana?**

0- errado 1- certo

**2. Qual o dia do mês?**

0- errado 1- certo

**3. Qual o mês?**

0- errado 1- certo

**4. Qual o ano?**

0- errado 1- certo

**5. Qual a hora aproximada?**

0- errado 1- certo

(ORIENTAÇÃO ESPACIAL)

**6. Qual o local específico (apartamento)?**

0- errado 1- certo

**7. Qual o local da residência?**

0- errado 1- certo

**8. Qual o bairro ou rua próxima?**

0- errado 1- certo

**9. Qual a cidade?**

0- errado 1- certo

**10. Qual o estado(ilha)?**

0- errado 1- certo

11. Soletre a palavra mundo de trás para frente

( ) 1 acerto ( ) 2 acertos ( ) 3 acertos ( ) 4 acertos ( ) acertos

(MEMÓRIA IMEDIATA)

**12 Eu vou dizer três palavras, e procure memorizá-las**

VASO 1

CARRO 1

PEDRA 1

(ATENÇÃO E CALCULO)

**(100-7) X 5 = 5 PONTOS****13. Quanto é 100 menos 7?**

0- errado 1- certo

**14. Quanto é 93 menos 7? (86)**

0- errado 1- certo

**15. Quanto é 86 menos 7? (79)**

0- errado 1- certo

**16. Quanto é 79 menos 7? (72)**

0- errado 1- certo

**17.Quanto é 72 menos 7? (65)**

0- errado 1- certo

(MEMORIA E EVOCAÇÃO)

**18.(a) Senhor(a) lembra quais são as 3 palavras que disse há pouco?**

1- uma palavra 2- duas palavra 3- três palavras

(LINGUAGEM)

**19.Nomear um relógio e uma caneta**

1- errado 2- certo

**20.Repetir: “o rato roeu a rolha da garrafa”**

1- errado 2- certo

**21.Comando: “Pegue este papel com sua mão direita, dobre-o e coloque-o no chão”.**

1- um comando 2- dois comandos 3- três comandos

**22. Ler e obedecer: “feche os olhos”**

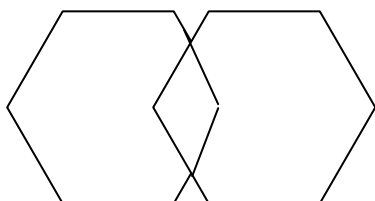
0- errado 1- certo

**23. Escrever uma Frase**

0- errado 1- certo

**24. Copiar um desenho**

0-errado 1-certo



**Fonte:** Folstein, M. F., S. E. Folstein, et al. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J PsychiatrRes*, v. 12, n.3, Nov, p.189-98. 1975. Anexos 91

| <sup>1</sup> ESCORE | Total      | Pontuação |
|---------------------|------------|-----------|
|                     | Normal     | 27-30     |
|                     | Duvidoso   | 24-26     |
|                     | Distúrbio  | menor 24  |
|                     | Analfabeto | maior 13  |

**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE****1. O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com vida?**

0-sim 1-não

**2. O(a) senhor(a) interrompeu suas atividades de interesse?**

1-sim 0-não

**3. O(a) senhor(a) acha a vida vazia?**

1-sim 0-não

**4. O(a) senhor(a) aborrece-se com frequência?**

1-sim 0-não

**5. O(a) senhor(a) sente-se bem com a vida a maior parte do tempo?**

0-sim 1-não

**6. O(a) senhor(a) teme que algo ruim lhe aconteça?**


---

1-sim 0-não

**7. O(a) senhor(a) sente-se alegre a maior parte do tempo?**

0-sim 1-não

**8. O(a) senhor(a) sente-se desamparado(a) com frequência?**

1-sim 0-não

**9. O(a) senhor(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?**

1-sim 0-não

**10. O(a) senhor(a) acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?**

1-sim 0-não

**11. O(a) senhor(a) acha que é maravilhoso estar vivo agora?**

0-sim 1-não

**12. O(a) senhor(a) acha que vale a pena viver da forma que vive agora?**

0-sim 1-não

**13. O(a) senhor(a) sente-se cheio(a) de energia?**

0-sim 1-não

**14. O(a) senhor(a) acha que a situação tem solução?**

0-sim 1-não

**15. O(a) senhor(a) acha que tem muita gente em situação melhor?**

1-sim 0-não

ESCORE: ( A soma igual a 5 ou mais = Suspeita de depressão).

**Fonte:** Yesavage, J. A., T. L. Brink, et al. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res, v.17, n.1, p.37-49. 1982.*

#### D) ESTADO FUNCIONAL –

##### ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA ( AVD).

**1. O(a) senhor(a) não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para lavar uma parte do corpo?**

1-sim 0-não

**2. O(a) senhor(a) pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos?**

1-sim 0-não

**3. O(a) senhor(a) vai ao banheiro, usa o banheiro, se veste e retorna sem qualquer ajuda (andador/bengala)?**

1-sim 0-não

**4. O(a) senhor(a) consegue deitar na cama, sentar-se na cadeira e levantar sem ajuda**

**(andador ou bengala)?**

1-sim 0-não

**5. O(a) senhor(a) controla completamente urina e fezes?**

1-sim 0-não

**6. O(a) senhor(a) come sem ajuda (exceto para cortar carne e passar manteiga no pão)?**

1-sim 0-não

ESCORE = TOTAL (        ); 6= Independente; 4= Dependencia Moderada; 2 ou menos= Muito dependente;

**Fonte:** Katz, S., T. D. Downs, et al. *Progress in development of the index of ADL. Gerontologist, v.10, n.1, Spring, p.20-30. 1970. Anexos 93*

### **ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA –AIVD**

**1. O(a) senhor(a) consegue usar o telefone?**

1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda

**2. O(a) senhor(a) consegue ir a lugares distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planeamento especial?**

1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda

**3. O(a) senhor(a) consegue fazer compras?**

1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda

**4. O(a) senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições?**

1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda

**5. O(a) senhor(a) consegue arrumar a casa?**

1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda

**6. O(a) senhor(a) consegue fazer trabalhos domésticos como pequenos reparos?**

1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda

**7. O(a) senhor(a) consegue lavar e passar a própria roupa?**

1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda

**8. O(a) senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose e nos horários corretos?**

1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda

**9. O(a) senhor(a) consegue cuidar de suas finanças?**

1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda

**Fonte:** Lawton, M.P. e E.M. Brody. *Assessment o folder people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, v.9, n.3, Autumn, p.179-86.1969.*

Anexos 94

**E) RISCO PARA QUEDAS ANEXO E**

**Teste de Tinetti- Equilíbrio**(Silva,et.al,2007)

(Instruções: Sujeito sentado em uma cadeira rígida, sem braços)

**1) Equilíbrio sentado:**

- (0) Inclina-se ou desliza na cadeira
- (1) Estável, seguro

**2) Levanta-se da cadeira:**

- (0) Incapaz sem ajuda
- (1) Capaz, usa membros superiores para auxiliar
- (2) Capaz sem usar membros superiores

**3) Tentativas para se levantar:**

- (0) Incapaz sem ajuda
- (1) Capaz, requer mais de uma tentativa
- (2) Capaz de se levantar, uma tentativa

**4) Equilíbrio de pé imediato** (primeiros 5 segundos)

- (0) Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco)
- (1) Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha
- (2) Estável sem dispositivo de auxílio

**5) Equilíbrio de pé:**

- (0) Instável



- (1) Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares > 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio  
 (2) Diminuição da base sem dispositivo de auxílio

### 6) Desequilíbrio no esterno

(sujeito na posição de pé com os pés o mais próximo possível, o examinador empurra suavemente o sujeito na altura do esterno com a palma da mão 3 vezes seguidas:

- (0) Começa a cair  
 (1) Cambaleia, se agarra e se segura em si mesmo  
 (2) Estável

### 7) Olhos fechados:

- (0) Instável  
 (1) Estável

### 8) Girar 360°:

- (0) Instabilidade (se agarra, cambaleia)  
 (1) Passos descontinuados  
 (2) Continuidade

### 9) Sentar-se:

- (0) Inseguro (não avalia bem a distância, cai na cadeira)  
 (1) Usa os braços ou não tem movimentos suaves  
 (2) Seguro, movimentos suave.

Escore de equilíbrio:

\_\_\_\_\_/16

### Teste de Tinetti- Marcha (Silva, et.al, 2007)

(Instruções: Sujeito de pé com o examinador, caminha num corredor ou na sala, primeiro no seu ritmo usual e, em seguida, rápido, porém muito seguro, com os dispositivos de auxílio à marcha usuais):

#### 1) Iniciação da marcha:

- (0) Imediato e após o comando Vá (qualquer hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar)  
 (1) Sem hesitação

#### 2) Comprimento e altura do passo:

##### a) Perna D em balanceio:

- (0) Não passa o membro E  
 (1) Passa o membro E  
 (0) Pé D não se afasta completamente do solo com o passo  
 (1) Pé D se afasta completamente do solo

##### b) Perna E em balanceio

- (0) Não passa o membro D  
 (1) Passa o membro D  
 (0) Pé E não se afasta completamente do solo com o passo  
 (1) Pé E se afasta completamente do solo

#### 3) Simetria do passo:

- (0) Passos D e E desiguais  
 (1) Passos D e E parecem iguais

**4) Continuidade do passo:**

(0) Parada ou descontinuidade entre os passos

(1) Passos parecem contínuos

**5) Desvio da linha reta**(distância aproximada de 3 m X 30 cm):

(0) Desvio marcado

(1) Desvio leve e moderado ou usa dispositivo de auxílio à marcha

(2) Caminha em linha reta sem dispositivo de auxílio

**6) Tronco:**

(0) Oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha

(1) Sem oscilação, mas com flexão de joelhos ou dor lombar ou afasta os braços enquanto anda

(2) Sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxílio à marcha

**7) Base de apoio:**

(0) Calcanhares afastados

(1) Calcanhares quase se tocando durante a marcha

**Escore de marcha: \_\_\_\_\_/12**

**Escore Total \_\_\_\_\_/28**

Quanto menor a pontuação, maior o problema. Pontuação menor que 19 indica 5 vezes maior risco de queda.

Adaptado de Tinetti M. Journal of America Society 34:119-126, 1986

# ***Apêndice***

-

## APÊNDICE I

### ESCALA DE AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE CUIDADOS.

**1. O(a) senhor(a) consegue tomar banho?**

1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda

**2. O(a) senhor(a) consegue deitar e levantar da cama?**

1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda

**3. O(a) senhor(a) consegue caminhar 100 metros fora de casa?**

1-não consegue 2-consegue com ajuda 3-consegue sem ajuda

O instrumento constitui-se de três questões que avaliam as necessidades de cuidados da pessoa idosa. Duas são necessidades pessoais (tomar banho e deitar e levantar da cama) e outra indica mobilidade (caminhar 100 metros fora de casa). Com essas questões pode-se traçar uma linha de dependência, que se inicia com a diminuição da mobilidade e ter subsídios para planejar cuidados integrais ao idoso segundo o seu grau de dependência.

**Fonte:** Ramos LR et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. Rev Saúde Pública. 2013; 47: 506-13.