

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
CURSO DE FISIOTERAPIA

Janayna Emanuelle G.G.O. Nascimento

Tamires Gabriela Fogaça

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA
IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

São Paulo

2016

Janayna Emanuelle G.G.O. Nascimento

Tamires Gabriela Fogaça

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo, orientada pela Profa. Ébe dos Santos Monteiro Carbone, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

São Paulo

2016

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani

Nascimento, Janayna Emanuelle Goyana Gomes de Oliveira
Avaliação multidimensional da pessoa idosa na atenção básica /
Janayna Emanuelle Goyana Gomes de Oliveira Nascimento, Tamires
Gabriela Fogaça. -- São Paulo : Centro Universitário São Camilo, 2016.
82 p.

Orientação de Ébe dos Santos Monteiro Carbone

Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia (Graduação), Centro
Universitário São Camilo, 2016.

1. Atenção primária à saúde 2. Envelhecimento da população 3. Idoso
4. Pessoas com deficiência 5. Promoção da saúde 6. Saúde pública I.
Fogaça, Tamires Gabriela II. Carbone, Ébe dos Santos Monteiro III.
Centro Universitário São Camilo IV. Título

CDD: 618.97062

Janayna Emanuelle G.G.O. Nascimento

Tamires Gabriela Fogaça

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA
ATENÇÃO BÁSICA**

São Paulo, 03 de junho de 2015

Profa. Ébe dos Santos Monteiro Carbone

Prof. Examinador

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter nos sustentado até aqui.

Aos nossos familiares, pela compreensão e auxílio.

À nossa orientadora, Ébe dos Santos Monteiro Carbone, pelo incentivo e suporte.

À Professora Renata Cléia Claudino Barbosa por aceitar o desafio de nos ouvir e aconselhar.

Ao Centro Universitário São Camilo, pelo comprometimento e suporte, que imprime em seus alunos marca registrada em atendimento aos pacientes, de forma ética e com empenho.

Aos sujeitos participantes deste estudo, que nos permitiram ampliar os conhecimentos.

NASCIMENTO, Janayna E. G. G. O.; FOGAÇA, Tamires G.; CARBONE, Èbe S M. **Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica**. 2016. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2016

O processo de envelhecimento é caracterizado por alterações fisiológicas, levando a diminuição gradual e progressiva da capacidade funcional, contribuindo para o aumento do custo no setor de saúde. Atualmente, de acordo com o IBGE, pessoas com mais de 60 anos, somam 23,5 milhões de brasileiros. Portanto, é importante retratar o perfil referente a essas doenças que acometem a população estudada. Este estudo tem como objetivo retratar o perfil dos idosos, referente as afecções que apresentam, incapacidades funcionais e auto percepção de sua qualidade de vida. A coleta de dados teve duração de quatro meses com início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com Número do parecer: 1.211.795. Para sua participação, os entrevistados assinaram o TCLE, foram realizadas entrevistas individuais, com participação de 88 idosos (as). É um estudo transversal de série de casos, com amostra não-probabilística, cujos critérios de inclusão é ter 60 anos ou mais e ter sistema cognitivo e de memória preservado. Como critério de exclusão é ter menos de 60 anos e ter comprometimento cognitivo, de memória e problemas cardíacos graves. Os resultados encontrados foram prevalentes cinco afecções: HAS, DM, IU, Alterações no colesterol e Osteoporose. No total dos entrevistados 98,8% são independentes nas AVDs e 92,9% nas AIVDs, 94,8% possuem boa mobilidade funcional. Com relação a sentimentos negativos, 88,6% se mostram mal humorados ou tristes frequentemente, enquanto 6,8% não referem esses sentimentos. Apesar de poucos entrevistados praticarem atividade física, de terem sido classificados como independentes, verificou – se que possuem comorbidades associadas e se autorrelatam com boa qualidade de vida.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Envelhecimento da população. Idoso. Pessoas com deficiência. Promoção da saúde. Saúde pública.

NASCIMENTO, Janayna E. G. G. O.; FOGAÇA, Tamires G.; CARBONE, Èbe S M. **Multidimensional Evaluation of Elderly in Primary Health Care**. 2016. 81f. Work for Course Conclusion (Bachelor of Physiotherapy) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2006.

Aging process is characterized by physiological changes leading to progressive decrease in functional capacity, contributing to rising health care costs. Nowadays, according to the IBGE, individuals over 60 years totalize 23.5 million Brazilians. Therefore, it is important to establish the profile of diseases that affect this population. This study aims to portray the profile of the elderly, regarding the conditions that present, functional disabilities and self-perception of their quality of life. A crosssectional analysis of a series of cases was performed with non-probabilistic sample. Inclusion criteria were age 60 years or more and have cognitive and memory systems preserved. Exclusion criteria were having less than 60 years, cognitive impairment, memory disorders and serious heart diseases. This report was approved by the Ethics Research Committee (Opinion Nº 1.211.795). Before beginning, participants were informed about the research and signed the Informed Consent (TCLE). Data collection lasted four month. Individual interviews were conducted with 88 elderly. Results show prevalence of five conditions: Hypertension, Diabetes Mellitus, Urinary Tract Infection, cholesterol changes and Osteoporosis. 98.8% of interviewees are independent in ADL, 92.9% are independent in IADL and 94.8% have good functional mobility. About negative feelings, 88.6% often felt grumpy or sad, while 6.8% do not mention these emotional states.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Envelhecimento da população. Idoso. Pessoas com deficiência. Promoção da saúde. Saúde pública.

Keywords: Primary health care. Ageing Population. Old man. Disabled people. Health promotion. Public health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Idosos em São Paulo	11
1.2 Envelhecimento e a Saúde Pública	12
1.3 Envelhecimento e Qualidade de Vida	13
1.4 Envelhecimento e Funcionalidade	14
1.5 Envelhecimento e Atividade Física	15
2 DESENVOLVIMENTO	16
2.1 Idoso no Brasil e São Paulo	16
2.2 Impactos e Consequências Funcionais	22
2.3 Atenção Básica e Fisioterapia	26
2.4 Idosos na Atenção Básica e Fisioterapia.....	27
2.5 Avaliação Multidimensional em Idosos na Atenção Básica e Fisioterapia .	29
3 JUSTIFICATIVA	32
4 OBJETIVOS	33
4.1 Objetivo Geral	33
4.2 Objetivos Específicos	33
5 METODOLOGIA	34
6 RESULTADO	36
7 DISCUSSÃO	53
8 CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	73

Apêndice A - Ficha para a Identificação do Entrevistado	73
Apêndice B – TCLE	74
ANEXOS	77
Anexo A – Teste SPPB e TUG	77
Anexo B - Escala de Katz e Lawton & Brody	78
Anexo C - AMPI/AB	79
Anexo D - WHOQOL BRIEF.....	80

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o retrato do processo de envelhecimento populacional é informado com base em pesquisas e estudos populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio de indicadores sociais e demográficos, ferramentas necessárias para entender a dinâmica da sociedade em um determinado período de tempo (CLOSS, 2012).

Em relação à cidade de São Paulo, de acordo com as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), do ano de 2000 a 2010, houve um aumento no índice populacional de idosos nas regiões Leste e Sul. Na CRS Centro-oeste é expressivo o aumento dos idosos com 75 anos e mais. E a CRS Sudeste é a que apresenta a estrutura etária mais equilibrada. Essa alteração da transição demográfica impacta o sistema de saúde, em especial na utilização mais efetiva da rede assistencial com morbidades vinculadas a processos crônicos, exigentes de cuidados prolongados (CEInfo, 2012).

Desde que aprovada em 2006, a finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2006).

De acordo com o Programa Acompanhante de Idosos (PAI), da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do Município de São Paulo, que tem o propósito de trabalhar em dois grandes eixos, tendo como paradigma a capacidade funcional da população idosa: as pessoas idosas independentes e a parcela frágil deste segmento populacional, as dependentes (PAI, 2012). Assim, justifica-se uma investigação mais apurada das condições dos idosos.

O processo de envelhecimento tem como uma de suas características a diminuição gradual e progressiva da capacidade funcional. O impacto econômico do envelhecimento gera gastos ao setor de saúde (Paschoal 2007). As ações em saúde, que visem o controle das doenças crônicas e potencialmente incapacitantes, preconizam idosos mais saudáveis e um sistema de saúde menos oneroso, daí a importância de se atuar na atenção primária.

Através dos instrumentos de avaliação multidimensional do idoso é possível proporcionar um perfil de saúde multidimensional, identificando quais as dimensões que mais compromete diretamente a capacidade funcional da população e, com isso, indicando soluções que transcendem uma linha programática baseada no aumento da cobertura diagnóstica e terapêutica das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que acometem o idoso (RAMOS, 2003).

A transição demográfica vem acontecendo de forma heterogênea na população mundial. O fenômeno iniciou-se com a diminuição da fecundidade na Revolução Industrial, fato este anterior ao aparecimento da pílula anticoncepcional. Por outro lado, o aumento na expectativa de vida ocorreu de forma lenta, devido a melhores condições sociais e de saneamento, com o advento do uso de antibióticos e de vacinas (CLOSS, 2012).

Este processo de envelhecimento populacional é informado com base em pesquisas e estudos populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio de indicadores sociais e demográficos, ferramentas necessárias para entender a dinâmica da sociedade em um determinado período de tempo (CLOSS, 2012).

Uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletindo uma melhoria das condições de vida. De acordo com projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações) “uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050”(…). Em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos (BRASIL, 2012).

De acordo com o IBGE, pessoas com mais de 60 anos hoje, somam 23,5 milhões dos brasileiros.

1.1 Idosos em São Paulo

Segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), do ano de 2000 a 2010, houve um aumento no índice populacional de idosos nas regiões Leste e Sul. Na CRS Centro-oeste é expressivo o aumento dos idosos com 75 anos e mais. E a CRS Sudeste é a que apresenta a estrutura etária mais equilibrada. Essa alteração da transição demográfica impacta o sistema de saúde, em especial na utilização mais

efetiva da rede assistencial com morbidades vinculadas a processos crônicos, exigentes de cuidados prolongados (CEInfo, 2012).

1.2 Envelhecimento e a Saúde Pública

O processo de envelhecimento envolve o declínio das capacidades funcionais do ser humano. Fatores como: alteração de apetite, sarcopenia, osteopenia, incontinência urinária, alterações cardiovasculares, articulares, autocuidado, entre outras interferem na qualidade de vida dos indivíduos e são de grande importância para a manutenção de uma vida longa (NETTO, 2007).

Segundo Assis (2004), as perdas orgânicas que os indivíduos têm com a idade, tendem a impor limites de mobilidade e independência, prejudicando eventualmente a sociabilidade, a manutenção das atividades, e consequentemente, o bem-estar. Profissionais de saúde preparados e empáticos para a condição funcional da pessoa idosa tem um excelente serviço a oferecer.

Devido ao crescimento da população idosa no mundo, a Organização Mundial de Saúde, em seu documento “Envelhecimento Ativo”, preconiza a dignidade como direito humano fundamental. Dessa forma as políticas públicas de atendimento a pessoas idosa devem se munir de informações e práticas para que o envelhecimento não seja visto como um problema social (BRASIL, 2005).

Desde que aprovada em 2006, a finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde –SUS (BRASIL, 2006).

O SUS foi concebido na Constituição de 1988 e representou um marco definitivo na garantia do direito à saúde do cidadão brasileiro e tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequada (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2012).

De acordo com o Programa Acompanhante de Idosos (PAI), da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do Município de São Paulo, que tem o propósito de trabalhar em dois grandes eixos, tendo como paradigma a capacidade funcional da

população idosa: as pessoas idosas independentes e a parcela frágil deste segmento populacional, as dependentes (PAI, 2012). Assim, justifica-se uma investigação mais apurada das condições dos idosos.

De acordo com MALTA (2009), a promoção da saúde é uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde que não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar determinantes das condições de saúde em grupos populacionais específicos. A diversidade de ações possíveis para preservar e aumentar o potencial individual e social de eleição entre diversas formas de vida mais saudáveis, indicam duas direções: a integralidade do cuidado e a construção de políticas públicas favoráveis à vida, mediante articulação intersetorial. Com base nisso, ressaltam a importância da rede de referência e contrarreferência que dão suporte às unidades de saúde.

1.3 Envelhecimento e Qualidade de Vida

Para avaliar a qualidade de vida, o instrumento proposto pela OMS para adulto foi utilizado, o *Word Health Organization Quality of Life Instrument Bref* (WHOQOLBref). Este instrumento tem sido utilizado para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde em grupos de indivíduos enfermos, sadios e idosos (PEREIRA et al, 2006).

De acordo com Pereira, O WHOQOL-bref é uma versão reduzida do *Word Health Organization Quality of Life Instrument 100* (WHOQOL-100) e é composto de 26 questões, sendo duas delas gerais de qualidade de vida e 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, o WHOQOL-100. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos de testes de campo em 20 centros de 18 países (PEREIRA et al, 2006).

O WHOQOL-Bref é composto por quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido. Além destes quatro domínios, o WHOQOL-Bref é composto também por um domínio que analisa a qualidade de vida global. Cada domínio é composto por questões, cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5 (PEREIRA et al, 2006).

Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em escores finais numa escala de 4 a 20, comparáveis aos do WHOQOL-100, que podem ser transformados em escala de 0 a 100 (PEREIRA et al, 2006).

1.4 Envelhecimento e Funcionalidade

O processo de envelhecimento tem como uma de suas características a diminuição gradual e progressiva da capacidade funcional. O impacto econômico do envelhecimento gera gastos ao setor de saúde (Paschoal 2007). É fato que se gasta muito com a saúde, mas de modo errado quando não se prioriza atividades preventivas, que sabidamente são menos dispendiosas e mais eficazes na promoção da saúde na terceira idade. As ações em saúde, que visem o controle das doenças crônicas e potencialmente incapacitantes, preconizam idosos mais saudáveis e um sistema de saúde menos oneroso, daí a importância de se atuar na atenção primária.

Uma avaliação geriátrica abrangente (que compreende a história clínica do paciente, seu exame físico, uma abordagem ampla de seu estado funcional, mental e socioeconômico) com a colaboração do idoso e seus familiares, proporciona ao profissional de saúde elaborar um plano para a manutenção ou melhoria do estado de saúde, elencando a prevenção da possibilidade de recorrências (BRITO, 2007).

Através da aplicação de Escalas Geriátricas é possível avaliar o grau de dependência do indivíduo na realização de tarefas de autocuidado, além de permitir identificação de fatores de risco e monitoramento da evolução clínica das doenças diagnosticadas como o Índice de Katz (BRITO, 2007).

As escalas de Lawton e Brody e indicada a tarefas mais adaptativas ou necessárias para vida independente na comunidade, como, por exemplo, caminhar, fazer compras e utilizar o transporte público (BRITO, 2007).

Segundo Caldas (2013), a avaliação para analisar o equilíbrio estático é baseada com a escala SPPB (*Short Physical Performance Battery*), que permite avaliar o equilíbrio ao ficar em pé com os pés apoiados no chão em diferentes posições, em um intervalo de tempo, remetendo a algumas posturas corporais para a execução de atividades de vida diária.

O TUG (*Timed Up & Go*) foi desenvolvido a partir de um grupo de idosos com doenças e tem sido utilizado em investigações sobre uma doença determinada, uma certa condição física ou mental específica, uma queixa de desequilíbrio, de queda, uma faixa etária ou sexo ou usando grupo-controle. O teste avalia de forma realista a mobilidade e o equilíbrio nos indivíduos, ao criar um risco de queda propiciado pelo levantar, caminhar e girar o corpo, sentar-se, movimentos requeridos para realizá-lo.

De acordo com Bretan et al (2013), os estudos têm sido muito heterogêneos quanto a critérios de inclusão e exclusão e mesmo trabalhos normativos para determinar valores de referência do TUG em idosos aparentemente normais mostram heterogeneidade. Doenças sistêmicas em idosos estão intimamente associadas a desequilíbrio e quedas.

Não foram encontrados na literatura estudos investigando o desempenho de idosos da comunidade na realização do teste TUG sem outros critérios senão aqueles que permitem a realização do mesmo, isto é, capacidade de entender ordens e de caminhar sem auxílio. Estes estudos permitiriam verificar a real situação de equilíbrio desta população.

A organização dos serviços de saúde, de forma a se ter pleno funcionamento em seus diferentes níveis de complexidade, exige um olhar para além das doenças, buscando-se a compreensão quanto aos aspectos funcionais do indivíduo que envelhece. Estes não envolvem somente a saúde física e mental, mas, também, as condições socioeconômicas e de capacidade de autocuidado, as quais irão revelar o grau de independência funcional da pessoa idosa (Paschoal, 2007).

1.5 Envelhecimento e Atividade Física

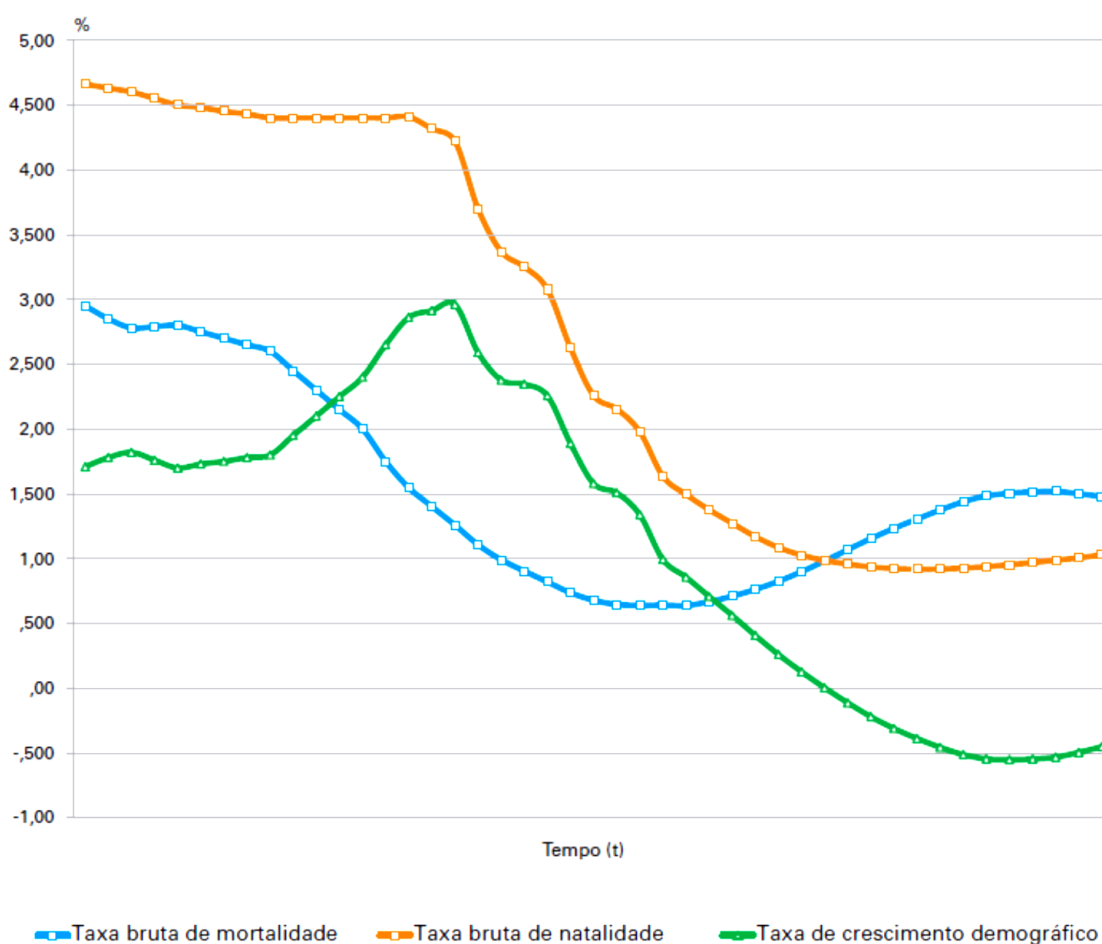
A prática de atividade física pode ser um elemento interveniente na vida de um idoso, uma vez que está relacionada com a melhora ou o controle de muitas doenças ou disfunções, tais como hipertensão arterial, diabetes doenças cardiovasculares, dislipidemias, obesidade, síndromes metabólicas, depressão e falta de memória. Além disso, os autores consideram que, exercícios regulares, reduzem o risco de aparecimento de doenças crônicas (NASCIMENTO JUNIOR; CAPELARI; VIEIRA, 2012).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Idoso no Brasil e São Paulo

Segundo o IBGE (2015), o processo de transição demográfica ou transição vital é uma das principais transformações pelas quais vem passando a sociedade moderna. Ele caracteriza-se pela passagem de um regime com altas taxas de mortalidade e fecundidade/ natalidade para outro regime, em que ambas as taxas situam-se em níveis relativamente mais baixos (Gráfico 1).

Gráfico1 – Transição Demógrafa no Brasil



Fonte: IBGE, 2015

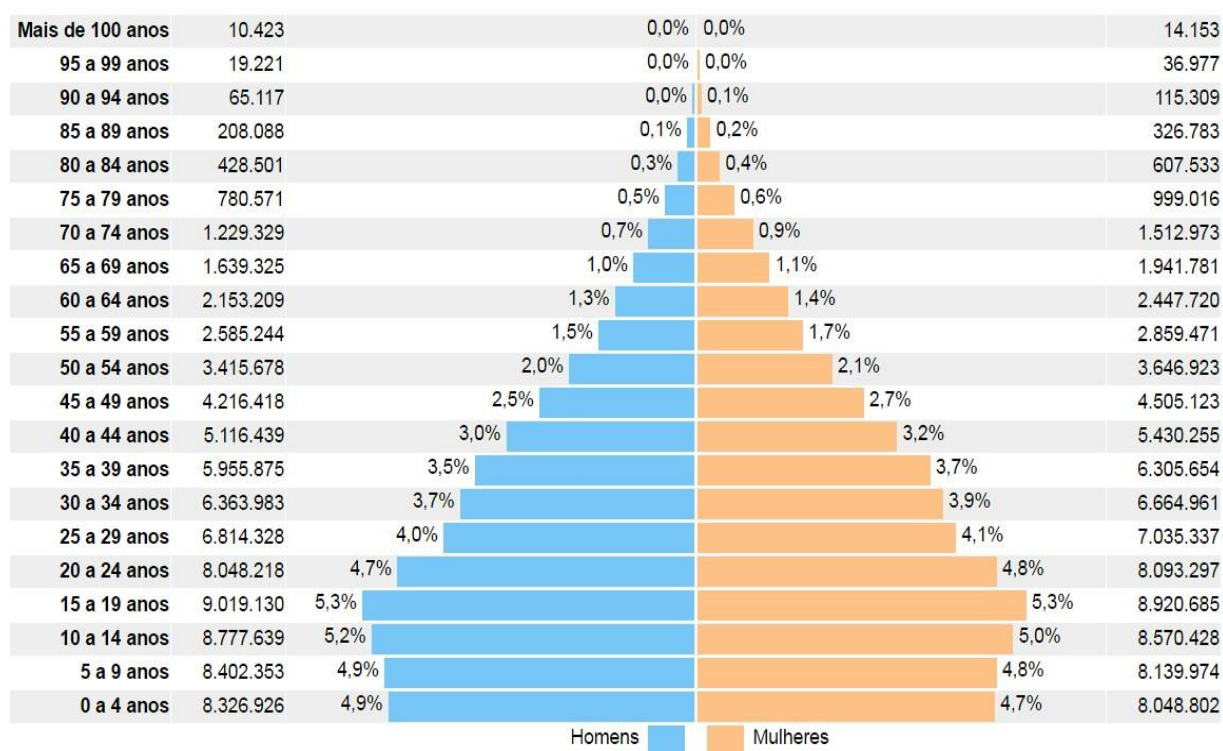
A transição demográfica provoca alterações na estrutura etária da população, e isso tem um impacto considerável na sociedade. No Brasil insere-se no grupo de países que experimentou uma transição demográfica acelerada, principalmente

devido à queda acentuada dos níveis de fecundidade. Isso vem provocando mudanças significativas na estrutura etária da População. O formato triangular da pirâmide populacional, com uma base larga, vem dando lugar a uma pirâmide etária típica de uma população envelhecida, com a redução da participação relativa de crianças e jovens e o aumento proporcional de adultos e idosos. O Brasil vive um período de acelerado envelhecimento demográfico, com importantes implicações para indivíduos, famílias e sociedade (IBGE, 2015).

IBGE (2015), mostra que a taxas de crescimento da população idosa é de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060.

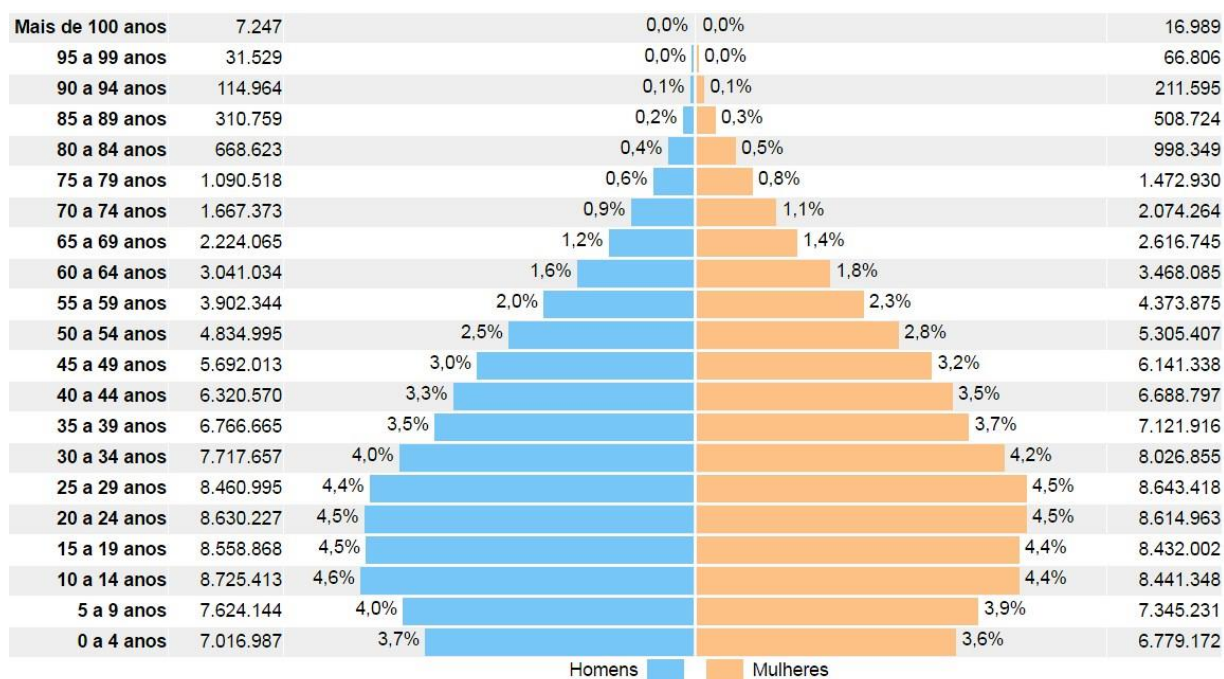
Gráfico 2 - Distribuição da População por Sexo, segundo os Grupos de Idade

Brasil - 2000



Fonte: (IBGE, 2010)

Gráfico 3 - Distribuição da População por Sexo, segundo os Grupos de Idade Brasil – 2010



Fonte: (IBGE, 2010)

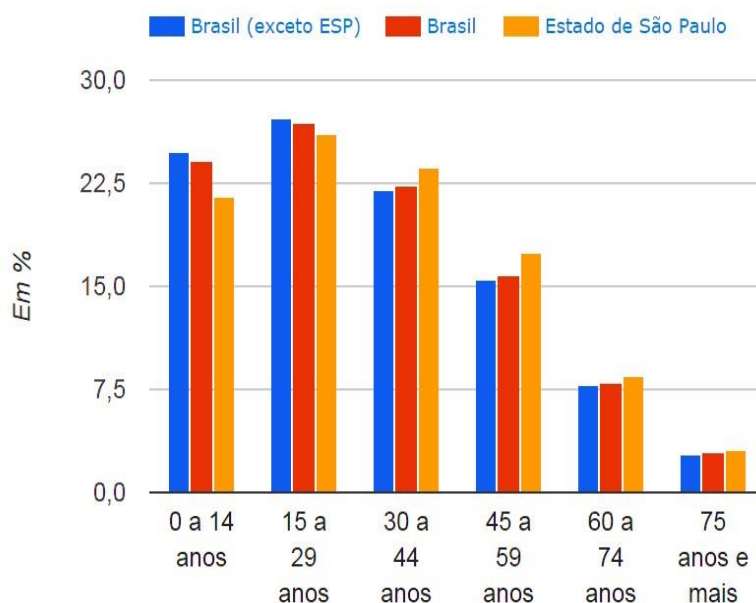
Os gráficos 2 e 3 acima é um indicador importante que mostra o processo do envelhecimento da população brasileira.

O perfil demográfico do Brasil apresenta-se cada vez mais envelhecido. Esse fenômeno implica a necessidade de adequações de políticas sociais, para a crescente demanda nas áreas de saúde, previdência e assistência social. Este aumento da expectativa de vida, está associada na melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, como as campanhas de vacinação, aos avanços tecnológicos da medicina, ao aumento do número de atendimentos pré-natais, acompanhamento clínico dos recém-nascidos e incentivo ao aleitamento materno, bem como o aumento do nível de escolaridade da população, aos investimentos na infraestrutura de saneamento básico e à percepção do indivíduo em relação as enfermidades (BRASIL,2006).

De acordo com os dados do Censo Demográfico do IBGE (2010), bem como a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – (SEADE), a população do Estado de São Paulo em 2010 era de 41.262.199 milhões de habitantes, em 2015 a população estimada é de 44.396.484 milhões de habitantes.

No Estado de São Paulo, houve também redução da taxa de fecundidade, associada ao envelhecimento da população, devido a maior sobrevivência, produzindo assim, importantes alterações na estrutura etária paulista (SEADE - SP, 2014).

Gráfico 4 – Distribuição da população, por grupos de idade no Estado de São Paulo – 2010



Fonte: (SEADE - SP, 2014)

Em 2010, o envelhecimento da população no Estado é um processo que se intensificou nos últimos anos. A população idosa, representada pelo contingente com mais de 60 anos, é a parcela que mais cresceu nos últimos anos: respondia em 1980 por 6,4% da população e, em 2010, por 11,6%. A população adulta e potencialmente ativa entre 15 e 59 anos também aumentou sua concentração: de 60,6% para 66,9%, entre 1980 e 2010. A razão entre os sexos também se modificou. Em 2010, havia 95 homens para cada 100 mulheres, enquanto em 1980 o equilíbrio era perfeito. Entretanto, é na população idosa que ocorrem as maiores diferenças entre as populações por sexo: em 2010, esta razão foi de 76 homens para cada 100 mulheres, contra 86 em 1980. Entre 2000 e 2010, o contingente populacional com idades entre 45 e 59 anos cresceu a 3,17% ao ano, e aqueles com mais de 60 anos a 3,37% (SEADE, 2012).

Tabela 1: Relação por idade e sexo da população do Município de São Paulo, Estado de São Paulo e Brasil

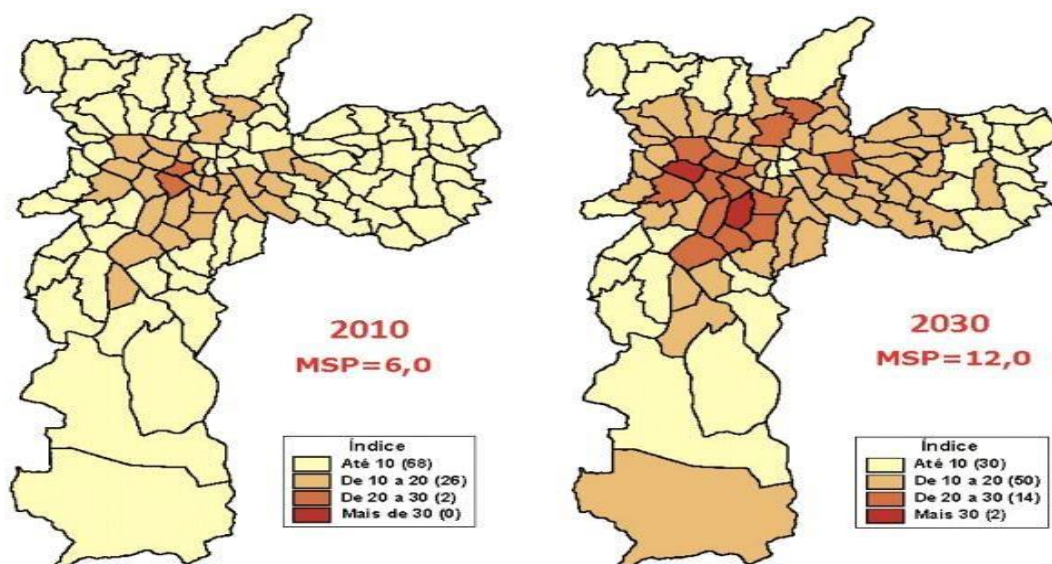
Idade	São Paulo		São Paulo		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	361.709	349.218	1.361.616	1.313.756	7.016.614	6.778.795
5 a 9 anos	385.672	372.607	1.457.203	1.403.430	7.623.749	7.344.867
10 a 14 anos	438.356	429.074	1.687.826	1.637.087	8.724.960	8.440.940
15 a 19 anos	420.552	421.705	1.667.482	1.636.426	8.558.497	8.431.641
20 a 24 anos	489.432	502.227	1.835.222	1.802.466	8.629.807	8.614.581
25 a 29 anos	519.694	554.889	1.881.495	1.908.294	8.460.631	8.643.096
30 a 34 anos	481.258	528.818	1.741.346	1.815.101	7.717.365	8.026.554
35 a 39 anos	423.024	465.660	1.549.270	1.634.851	6.766.450	7.121.722
40 a 44 anos	385.172	427.807	1.444.230	1.536.444	6.320.374	6.688.585
45 a 49 anos	342.042	400.678	1.308.853	1.444.270	5.691.791	6.141.128
50 a 54 anos	301.852	365.806	1.149.501	1.286.603	4.834.828	5.305.231
55 a 59 anos	243.863	304.250	930.303	1.057.688	3.902.183	4.373.673
60 a 64 anos	183.012	240.043	705.940	831.069	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	127.020	175.318	499.180	609.906	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	95.214	142.087	371.655	484.550	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	64.324	106.645	246.532	354.796	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	41.305	78.206	150.452	246.113	668.589	998.311
85 a 89 anos	17.737	39.468	63.558	121.030	310.739	508.702
90 a 94 anos	5.877	15.357	20.758	45.806	114.961	211.589
95 a 99 anos	1.270	4.228	4.534	12.323	31.528	66.804
Mais de 100 anos	247	780	917	2.317	7.245	16.987

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010

Segundo a Fundação Seade, em 2015, o município de São Paulo ao completar 461 anos, sua população atingiu 11,582 milhões de habitantes. O processo de envelhecimento é nítido em todas as áreas da cidade de São Paulo.

Atualmente, 20% da população paulistana é formada por jovens, mas, em 2030, esta participação corresponderá àqueles com mais de 60 anos.

Gráficos 5 – Índice de envelhecimento populacional do Município de São Paulo – 2010 a 2030



Fonte: (FUNDAÇÃO SEADE, 2015)

Os distritos mais envelhecidos localizam-se no centro e no centro expandido da capital, as condições propícias para o decréscimo populacional estão mais presentes nessas áreas (FUNDAÇÃO SEADE, 2015).

Segundo informações do site da subprefeitura Vila Prudente do estado de São Paulo, mostra que a população do distrito do Parque São Lucas é de 142.347 pessoas em 2010 (Prefeitura do Município de São Paulo - 2014).

Tabela 2 – Dados da População Recenseada, Taxas de Crescimento Populacional e Densidade Demográfica Pertencente a Subprefeitura da Vila Prudente – (2000 a 2010)

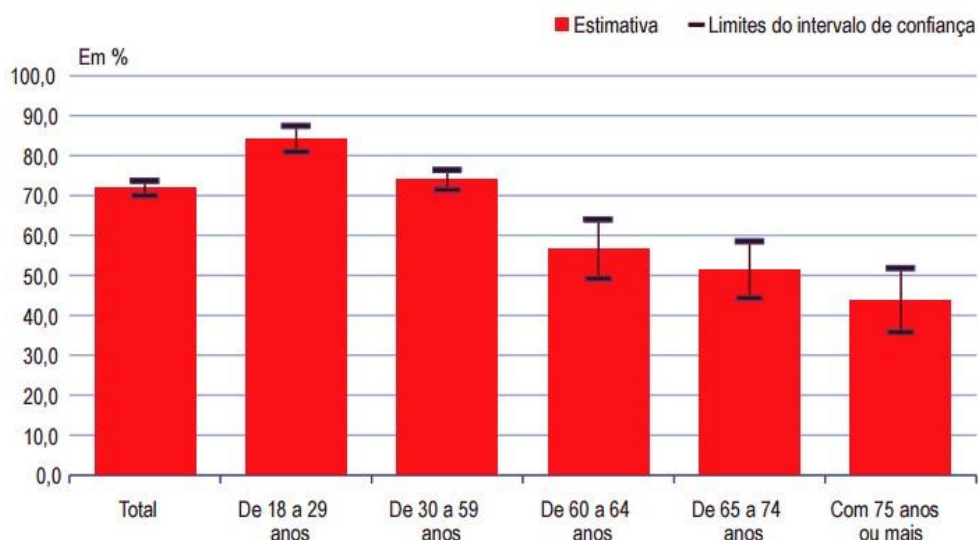
Unidades Territoriais	População		Taxas de Crescimento	Área (ha)	Densidade (pop/ha)	
	2000	2010			2000	2010
MSP	10.434.252	11.253.503	0,76	150.900	69,15	74,58
Vila Prudente	241.437	246.589	0,21	3.330	72,50	74,05
São Lucas	139.333	142.347	0,21	990	140,74	143,78
Vila Prudente	102.104	104.242	0,21	990	103,14	105,29

Fonte: Modificado de (Prefeitura do Município de São Paulo /SMDU - 2014)

2.2 Impactos e Consequências Funcionais

Segundo dados do IBGE, em uma pesquisa sobre a auto avaliação de saúde, realizada em 2013 por grupo de idade das grandes regiões, federações e domicílios; os homens tendem a perceber seu estado de saúde de forma mais positiva que as mulheres, com 76,0% avaliando como bom ou muito bom, contra 68,1% para elas. O mesmo acontece com os mais jovens em relação aos mais idosos, visto que o indicador chegou a 84,2% entre os que têm de 18 a 29 anos e variou de 43,8% a 56,6% (dentro dos limites do erro amostral, portanto, sem diferença estatística) para os grupos com 60 anos de idade e mais. (1a Análise Seade – Dez 2015).

Gráfica 6 – Auto - avaliação de saúde, por grupo de idade das grandes regiões, federações e domicílios



Fonte: (SEADE, 2015, nº33)

O envelhecimento populacional e os adoecimentos da população evidenciam que, entre as doenças crônicas não transmissíveis tem ocorrido uma elevação do diagnóstico de adoecimento tornando-se mais aguda a partir dos 60 anos de idade. O diagnóstico de hipertensão arterial, por exemplo, foi declarado por 20,7% dos paulistas com 30 a 59 anos e por 61,9% daqueles com 75 anos e mais. De acordo com análise da Seade (Dez 2015) os altos níveis de colesterol e problemas crônicos de coluna passaram a afligir mais de um quarto dos paulistas com 60 anos e mais e que aproximadamente um, em cada dez moradores do Estado desse segmento etário,

referenciou diagnóstico médico por depressão, mesma proporção medida para doenças do coração.

Tabela 3 - Diagnóstico de doença crônica não transmissível por faixa etária na Região Sudeste e Estado de São Paulo – 2013

Tipos de doenças	Total	Em porcentagem				
		18 a 29 anos	30 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 74 anos	75 anos ou mais
Hipertensão arterial						
Brasil	21,4	2,8	20,6	44,4	52,7	55,0
Sudeste	23,3	3,1	21,4	46,9	53,6	59,8
Estado de São Paulo	23,0	3,1	20,7	45,8	53,2	61,9
Diabetes						
Brasil	6,2	0,6	5,0	14,5	19,9	19,6
Sudeste	7,1	0,6	5,5	14,6	22,1	21,4
Estado de São Paulo	7,7	0,9	6,2	16,2	22,0	21,8
Colesterol alto						
Brasil	12,5	2,8	13,3	25,9	25,5	20,3
Sudeste	13,3	3,0	13,4	26,4	27,5	20,7
Estado de São Paulo	13,3	3,0	13,7	28,6	24,4	19,1
Doença do coração						
Brasil	4,2	0,9	3,4	9,0	11,9	13,7
Sudeste	5,0	1,0	3,9	10,4	13,3	14,7
Estado de São Paulo	5,0	0,7	4,2	11,0	11,8	15,9
AVC						
Brasil	1,5	0,1	1,1	2,9	5,1	7,3
Sudeste	1,4	0,2	0,8	2,1	6,0	6,6
Estado de São Paulo	1,5	0,3	0,8	2,0	4,9	8,0
Asma						
Brasil	4,4	4,8	4,1	4,3	5,7	3,8
Sudeste	4,8	5,2	4,4	4,8	6,7	4,8
Estado de São Paulo	4,9	4,9	4,9	3,7	5,9	5,2
Problema crônico de coluna						
Brasil	18,5	8,7	19,9	26,6	28,9	28,5
Sudeste	16,9	6,5	18,1	24,2	28,2	25,8
Estado de São Paulo	18,3	6,8	19,3	26,6	32,7	25,0
Depressão						
Brasil	7,6	3,9	8,8	11,1	9,9	6,9
Sudeste	8,4	4,1	9,4	12,0	12,2	7,3
Estado de São Paulo	8,4	4,1	9,4	11,9	12,3	6,4
Câncer						
Brasil	1,8	0,3	1,3	3,7	5,7	7,7
Sudeste	2,1	0,5	1,4	3,1	6,8	8,5
Estado de São Paulo	2,6	0,6	1,6	4,6	8,5	9,9

Fonte: (IBGE, 2013)

Tabela 4 - Auto avaliação de Saúde da região de São Paulo, por grupos de idade em porcentagem, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes

Regiões, as Unidades da Federação e a situação do domicílio – 2013

Grandes Regiões, Unidades da Federação e situação do domicílio	Proporção de pessoas de 18 anos ou mais com auto avaliação de saúde boa ou muito boa (%)								
	Grupo de idade								
	De 60 a 64 anos			De 65 a 74 anos			Com 75 anos ou mais		
	Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior
Brasil	48,4	45,5	51,4	44,2	41,6	46,8	39,7	36,6	42,8
Urbana	50,5	47,2	53,8	45,6	42,6	48,5	41,0	37,6	44,4
Rural	36,3	30,6	42,1	36,3	31,1	41,6	32,5	25,4	39,7
Sudeste	53,8	48,6	58,9	49,9	45,2	54,6	45,7	40,6	50,8
São Paulo	56,6	49,2	64,0	51,4	44,3	58,5	43,8	35,7	51,8

Fonte: Modificado em (IBGE, 2013)

O envelhecimento saudável passa a ser entendido como resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, estado emocional, independência nas atividades da vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Qualquer uma dessas dimensões, se comprometida, pode afetar a capacidade funcional do idoso (RAMOS, L. R., 2003).

O sistema de saúde precisa ser capaz de identificar quais usuários apresentam maiores necessidades, a fim de implantar ações consoantes com as mesmas. Na avaliação da qualidade de vida dos idosos, destaca-se o conceito de capacidade funcional, que reflete a habilidade de executar atividades que permitam cuidar de si próprio e viver de maneira independente. Assim como a autonomia, ou seja, a capacidade de se autodeterminar e executar os próprios desígnios, a capacidade funcional é considerada um elemento essencial da saúde (MINOSSO, J.S.M., 2010).

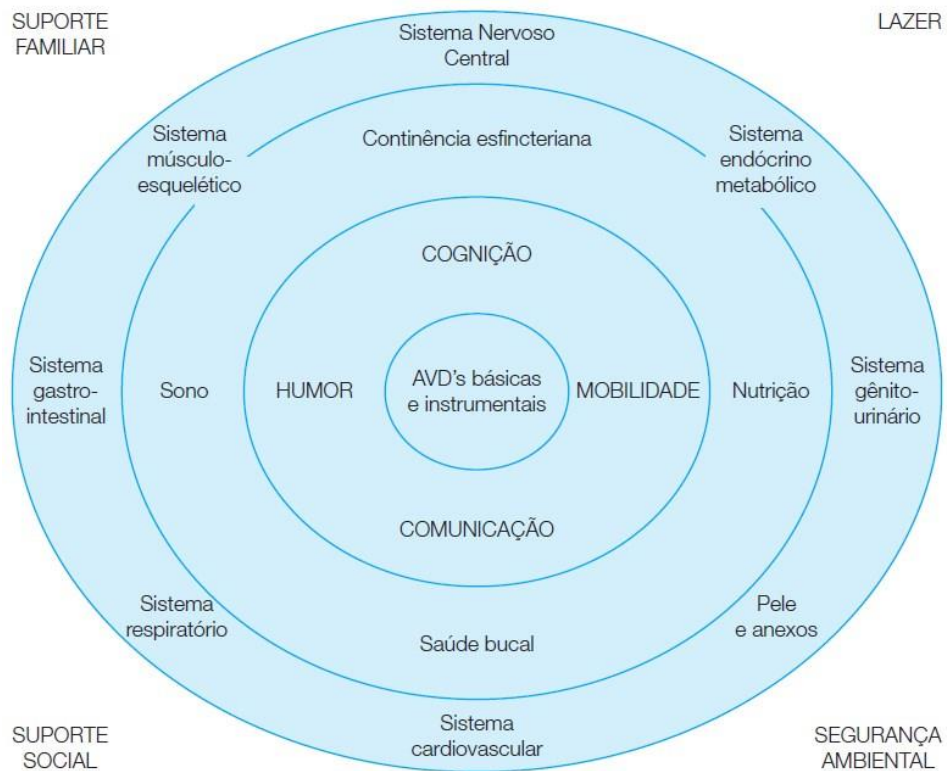
Para que isso ocorra, o sistema de saúde precisa garantir o acesso universal aos cuidados progressivos de saúde e as políticas públicas devem enfatizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças (Costa EC - 2006).

Através dos instrumentos de avaliação multidimensional do idoso é possível proporcionar um perfil de saúde multidimensional, identificando quais as dimensões que mais compromete diretamente a capacidade funcional da população e, com isso, indicando soluções que transcendem uma linha programática baseada no aumento da

cobertura diagnóstica e terapêutica das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que acometem o idoso (RAMOS, 2003).

A avaliação multidimensional do idoso deve ser capaz de identificar as grandes síndromes geriátricas, físicas e as psicossociais. Ambas são frequentes e caminham juntas (Moraes - 2012).

Figura 1 – Funções determinantes da autonomia e independência do idoso



Fonte: (MORAES, E. N., 2012)

Segundo Moraes (2012), toda a abordagem geriátrica tem como ponto de partida a avaliação da funcionalidade global, através das atividades de vida diária básicas, instrumentais e avançadas. O principal sintoma a ser investigado é a presença de declínio funcional. Diversas escalas funcionais estão disponíveis, mas as mais utilizadas são as escalas descritas por Katz et al (1963) e Lawton e Brody (1969).

Em seguida, recomenda-se a avaliação dos sistemas funcionais principais, representados pela cognição, humor, mobilidade e comunicação (Figura 1). O comprometimento das atividades de vida diária pode ser o reflexo de uma doença grave ou conjunto de doenças que comprometam direta ou indiretamente essas quatro

grandes funções, de forma isolada ou associada. Dessa forma, a presença de declínio funcional nunca deve ser atribuída à velhice e sim, representar sinal precoce de doença ou conjunto de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais ou sintomas típicos. A presença de dependência funcional, definida como a incapacidade de funcionar satisfatoriamente sem ajuda, deve desencadear uma ampla investigação clínica, buscando doenças que, em sua maioria, são totais ou parcialmente reversíveis (Moraes – 2012).

2.3 Atenção Básica e Fisioterapia

No processo de envelhecimento, o idoso sofre modificações biológicas, fisiológicas, cognitivas, patológicas e socioeconômicas necessitando, portanto, de atenção especial. No entanto, as particularidades da idade não podem determinar que o idoso seja um ser doente e sim que tais modificações podem ser adaptáveis a uma vida ativa e saudável. Torna-se essencial que os profissionais de saúde tomem consciência dos fatores determinantes desse processo, compreendendo sua complexidade e magnitude, atuando em prol da promoção da saúde desses idosos, não devendo focar sua ação/cuidado na assistência ao idoso portador de doenças, mas sim atuar na promoção, educação, manutenção e recuperação da saúde deste ser. Respeitar a independência do idoso, primando a participação deste no processo de cuidado, pode ser considerada uma meta para a assistência qualificada, como afirma Martins et al (2007).

A população idosa paulistana representa um expressivo e significativo número. A cidade de São Paulo organiza-se, para responder às crescentes demandas dessa população que envelhece. As diretrizes das políticas públicas para esse segmento requerem estratégias para garantir condições de autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade, reafirmando o seu direito à vida, à saúde e à dignidade, segundo o Documento Norteador do Programa Acompanhante de Idosos no Município de São Paulo (Brasil, 2012).

O Programa Acompanhante de Idosos (PAI) é desenvolvido em regiões diferentes na cidade de São Paulo. A primeira experiência foi realizada com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que se constituiu em entidade parceira, por meio do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG). O principal objetivo

desse projeto inicial foi capacitar indivíduos a realizarem atividades comunitárias de cuidado e acompanhamento de pessoas idosas frágeis, para atuarem na identificação de situações de risco que comprometessem a autonomia e independência, assim como contribuir, para minimizar os efeitos da dependência que as pessoas idosas possuíam.

Com sua implementação fragmentada pela cidade e face à avaliação positiva que o projeto recebeu, a Secretaria Municipal de Saúde através da Coordenação da Atenção Básica, decidiu torná-lo uma política pública para a população idosa fragilizada do município de São Paulo. Foi expandido para outras doze regiões da cidade, com nova denominação: “Programa Acompanhante de Idosos”.

Após sua terceira expansão, no ano de 2012, o PAI passou a contar com 22 equipes, distribuídas em todas as regiões da cidade de São Paulo, através de parcerias com as seguintes instituições: Associação Saúde da Família, Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto e Superintendência de Atenção à Saúde do Serviço Social da Construção Civil, as quais, sob a coordenação da Secretaria Municipal da Saúde, planejam e executam o Programa Acompanhante de Idosos. O Programa encontra-se em atividade e já constitui importante opção de atendimento aos idosos em situação de fragilidade, pois rompe a exclusão em que esses indivíduos se encontram, decorrente da situação de sua saúde. É responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde a promoção da qualidade de vida da pessoa idosa. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta de todos os níveis de atenção do SUS (Secretaria Municipal da Saúde, 2012).

2.4 Idosos na Atenção Básica e Fisioterapia

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa sugere que a prática de cuidados às pessoas idosas deva ser fundamentada na abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais, que influenciam a saúde das pessoas idosas e o ambiente no qual está inserido (BRASIL, 2012).

O envelhecimento populacional e a crescente incorporação das mulheres no mercado de trabalho estão reduzindo a capacidade das famílias no provimento do

cuidado às pessoas idosas, principalmente aquelas que se encontram em situação de fragilidade.

Devido ao apanhado de sinais e sintomas, a fragilidade tem a condição clínica de síndrome. Os critérios de fragilidade adotados pelo Ministério da Saúde em 2007 envolvem: Perda de peso não intencional – 4,5 Kg, ou 5% ou mais nos últimos doze meses; Diminuição da força de preensão palmar, medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e Índice de Massa Corporal (IMC); Fadiga autorreferida, utilizando duas questões: “você se sente cheio de energia?”, da Escala de Depressão Geriátrica e “com que frequência, na última semana, o(a) sr.(a.)sentiu que tudo o que fez exigiu um grande esforço, ou que não pode fazer nada; Lentidão, identificada pela diminuição da velocidade de marcha (em segundos): distância de 4,5m, com 2m de aceleração e 2m de desaceleração, ajustada para sexo e altura; Baixo nível de atividade física, medido pelo escore de quilocalorias gasto por semana, com base no autorrelato das atividades e exercícios físicos realizados e ajustados para sexo e altura (Ministério da Saúde, 2007).

Para a Fisioterapia, a fragilidade é uma condição instável relacionada ao declínio funcional. A interação do indivíduo com o ambiente, na qual a ocorrência de um evento, considerado de pequeno impacto para alguns idosos, pode causar limitação no desempenho das AVD e resultar ou não na perda da autonomia. O déficit físico não está relacionado com fragilidade, pois a condição pode ser definida como resultado de interação entre recursos e perdas de capacidades que tornam o indivíduo mais vulnerável aos desafios ambientais (ARANTES, 2009; Macedo, Gazola e Najas, 2008; LANA, L.D., SCHNEIDER, R. H.,2014).

De acordo com Macedo, Gazola e Najas (2008), fragilidade é considerada, por muitos autores, estado clínico de vulnerabilidade aos fatores estressantes que resultam no declínio das reservas fisiológicas, com subsequente diminuição da eficiência da homeostase. É prevalente em mulheres, caracterizada por alto risco para consequências adversas, quedas, incapacidade, hospitalização, institucionalização e morte.

O papel da fisioterapia para retardar o processo de fragilização no idoso envolve um trabalho para aumento da amplitude de movimento (ADM), melhorar desempenho

na realização das AVD's, treinamento de força muscular, treino para equilíbrio e velocidade de marcha, que tem como consequências redução no número de quedas e bem-estar geral (Macedo, Gazola e Najas, 2008).

Sendo a funcionalidade global a base do conceito de saúde do idoso, o declínio funcional é, portanto, a perda autonomia e/ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo. O foco da saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida e de cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar as tarefas do cotidiano, de forma independente e autônoma, mesmo na presença de doenças (Moraes, 2012).

Faz-se necessário definir também a diferença entre capacidade funcional e desempenho funcional. Desempenho funcional é o que o indivíduo consegue fazer no seu ambiente habitual, ou seja, no contexto real que vive; Capacidade funcional é testada por instrumentos ou testes específicos em ambientes controlados.

2.5 Avaliação Multidimensional em Idosos na Atenção Básica e Fisioterapia

De acordo com Moraes (2012), Linda Fried, em 2001, definiu fragilidade (frailty) como sendo uma síndrome geriátrica, de natureza multifatorial, caracterizada pela diminuição das reservas de energia e pela resistência reduzida aos estressores, condições essas que resultam do declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos. Parâmetros como perda de peso, fatigabilidade (exaustão), fraqueza (redução da força muscular), baixo nível de atividade física; lentificação da marcha. A presença de três ou mais parâmetros definiu o “idoso frágil”, e a presença de dois parâmetros definiu o idoso “pré-frágil”. Os idosos que não apresentaram nenhuma destes parâmetros são considerados robustos.

Conforme elenca Moraes (2012), o idoso robusto é aquele capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma e não apresenta incapacidade funcional ou condição crônica de saúde associada a maior vulnerabilidade; o idoso em risco de fragilização: capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, todavia encontra-se em um estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional; Apresenta uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de

desfechos adversos, como: Evidências de sarcopenia; Presença de afecções múltiplas representadas por polipatologia, polifarmácia ou história de internações recentes.

Já o idoso frágil: com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida, em virtude da presença de incapacidades únicas ou múltiplas, como incapacidade cognitiva (demência, depressão e “doença mental”); instabilidade postural (história de duas ou mais quedas nos últimos seis meses e/ou dificuldades da marcha caracterizada por desequilíbrio e alterações no padrão da marcha, capazes de restringir a participação social do indivíduo); imobilidade parcial ou completa; incontinência esfincteriana capaz de restringir a participação social do indivíduo; incapacidade comunicativa (distúrbios da comunicação oral/escrita, da audição e da visão, capazes de restringir a participação social do indivíduo) (Moraes 2012).

O modelo de fragilidade desenvolvido por Rockwood, em 2005, no *Canadian Study of Health and Aging*, tem como princípio a importância da presença de déficits cumulativos, expressados através do Índice de Fragilidade (IF) e apresenta caráter multidimensional. O IF é uma medida ponderada do acúmulo individual de 30 a 70 déficits clínicos, que incluem doenças específicas (insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, doença de Parkinson, câncer, etc), sinais e sintomas (tremor, bradicinesia, cefaleia, síncope, etc.), perdas funcionais (dependência nas atividades de vida diária, problemas de memória, problemas de humor, alterações da marcha e equilíbrio, quedas, imobilidade, incontinência urinária, etc.) (Moraes 2012).

Segundo Moraes (2012), de acordo com seu levantamento, o perfil do fenótipo da fragilidade seria mais útil para pesquisas clínicas, enquanto que o modelo multidimensional seria mais adequado para a organização e planejamento de sistemas de saúde.

A avaliação da pessoa idosa nos Serviços de Atenção Básica tem como ênfase a funcionalidade, o que facilita identificar doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. Esse instrumento permite que a equipe multidisciplinar avalie perdas e recursos disponíveis para o cuidado individualizado ao idoso (MARCIANO et al, 2008).

A fisioterapia é imprescindível na atenção primária ao idoso, já que auxilia tanto na prevenção das doenças causadas pelo envelhecimento quanto na promoção da sua independência e qualidade de vida. Preservando as funções motoras do idoso, a fisioterapia retarda a instalação das possíveis incapacidades próprias do processo do envelhecimento e trata de dificuldades, alterações e sintomas que já tenham atingido o seu organismo (GONÇALVES, 2011).

3 JUSTIFICATIVA

A UBS faz parte da atenção primária que se configura como uma porta de entrada da população aos serviços de saúde. Dentro da atenção primária temos a promoção, prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis e locais de referência e contrarreferência para que os usuários alcancem a atenção necessária às suas demandas em saúde.

Apesar de existirem vários estudos sobre o envelhecimento populacional, funcionalidade e da qualidade de vida em idosos, ainda é pouco conhecida sua aplicação numa população específica. Para que haja preparo por parte da UBS é necessário conhecer a realidade, os riscos em que a população/comunidade está envolvida, bem como sua dinâmica de vida. Esse conhecimento vem através da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica, sendo possível um diagnóstico situacional, para o levantamento de problemas, e a partir deste ponto, fundamentar-se o planejamento estratégico que permite desenvolver e implementar ações em saúde mais efetivas em relação aos problemas encontrados.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Traçar perfil da funcionalidade e a qualidade de vida dos idosos assistidos pela UBS Parque São Lucas.

4.2 Objetivos Específicos

Aplicar a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI/AB), WHOQOL brief, teste SPPB (*Short Physical Performance Battery*), teste Katz, teste de Lawton, teste TUG (Timed Up & Go), a fim de identificar as principais doenças e respectivas dificuldades funcionais associadas, que acometem os idosos atendidos na UBS Parque São Lucas.

5 METODOLOGIA

Trata-se de uma estudo transversal, onde foi avaliada a incidência da perda da capacidade funcional na população idosa (pessoas de 60 anos ou mais), realizado na UBS Parque São Lucas, localizada na região Leste do Estado de São Paulo. A coleta de dados, com duração de quatro meses teve seu projeto aceito no Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) do Centro Universitário São Camilo, com Número do Parecer: 1.251.655.

Os critérios de inclusão é ter 60 anos ou mais, ter sistema cognitivo e de memória preservado. E os critérios de exclusão é ter menos de 60 anos, ter comprometimentos cognitivo e de memória, e problemas cardíacos graves.

Para a coleta de dados, foi utilizado somente os dados colhidos nos testes e questionários. As abordagens dos participantes foram realizadas pessoalmente antes ou após a prática da atividade que motivou o idoso a ir até a UBS Parque São Lucas (atividades em grupos, consultas ou exames).

Os idosos abordados e que aceitaram voluntariamente a participar do estudo, responderam aos testes, questionários e avaliação, constando de uma ficha de identificação (Apêndice A), uma Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica - Contendo dados pessoais, doenças apresenta e perguntas sobre saúde bucal (Anexo C); Versão em português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida – WHOQOL- 1998 - das questões 15 a 26 (Anexo D), sobre quão bem ou satisfeito o entrevistado se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas; Teste SPPB – *Short Physical Performance Battery* (Anexo A) que analisa o equilíbrio estático, dinâmico e força de membros inferiores; Timed Up and Go - TUG (Anexo A) que analisa o equilíbrio dinâmico, velocidade e agilidade; Teste de Katz (Anexo B) sobre quão independente ou dependente o indivíduo é em relação as atividades básicas da vida diária; e por fim o Teste de Lawton (Anexo B) sobre quão independente ou dependente o indivíduo é em relação as atividades instrumentais da vida diária, a aplicação de todos os testes e questionários tem com média de duração de 40 minutos.

Teste de Katz (avalia as atividades de vida diária, atividades cotidianas que consigo realizar sozinho ou com a ajuda de outra pessoa – Exemplo: vestir-se, fazer

higiene, alimentar-se); Teste de Lawton (Avalia as atividades instrumentais de vida diária, como atividades relacionadas com limpar a casa, cuidar da roupa, da comida, usar equipamentos domésticos, fazer compras, usar transporte pessoal ou público, controlar a própria medicação e finanças) e uma “Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica” (perguntas sobre meu estado geral de saúde, como a perda de peso, saúde bucal, incontinências, etc); Teste SPPB (desequilíbrio, alternando a posição de sentar e levantar no teste).

O TUG (sigla para o nome do teste, em inglês, Timed Up & Go) avalia a mobilidade e o equilíbrio nos indivíduos, ao criar um risco de queda propiciado pelo levantar, caminhar e girar o corpo, sentar-se, movimentos requeridos para realizá-lo. Seus critérios de aplicação envolvem a compreensão do participante para a realização do mesmo, isto é, capacidade de entender ordens e de caminhar sem auxílio.

Ao término das aplicações dos questionários e testes, foi realizado um levantamento dos dados através da avaliação de um estatístico que utilizou os softwares: SPSS V17, Minitab 16 e Excel Office 2010, onde traçaram um perfil antropométrico, afecções e limitações da capacidade funcional e satisfação em relação a si percepção de próprio,

Quanto aos aspectos éticos, todas as etapas deste trabalho obedecerão às diretrizes da RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). A coleta ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo e da Unidade Básica de Saúde – UBS, onde os idosos que aceitaram participar do estudo foram informados sobre os objetivos do trabalho, consultados sobre a disponibilidade em participar do estudo e assegurados do sigilo das informações individuais, bem como da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

6 RESULTADO

Dos 90 idosos que participaram da pesquisa, apenas 2 não foram incluídos por não terem 60 anos ou mais. Dessa forma foram entrevistados 88 idosos. A idade variou de 60 anos a 89 anos, sendo a média de idade de 72,16 anos. Vale ressaltar que os indivíduos que responderam ao questionário, na ocasião, estavam na UBS

Parque São Lucas, o que leva a perceber que são idosos com independência física ou dependência moderada.

A maioria das pessoas entrevistadas são mulheres.

Em relação as doenças autorreferidas, as 5 (cinco) de maior prevalência foram, Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS (47,7%), Diabetes Mellitus - DM (30,7%), Osteoporose (26,1%), Incontinência Urinária (26,1%) e Hipercolesterolemia (10,2%). Assim, a doença mais prevalente foi HAS, sendo estatisticamente significativa em comparação as demais.

Tabela 5: Afecções relatadas pelos entrevistados

Afecções	N	%	P-valor
HAS	42	47,7%	1,000
DM	27	30,7%	0,021
Osteoporose	23	26,1%	0,003
Incontinência urinaria	23	26,1%	0,003
Hipercolesterolemia	9	10,2%	<0,001
Artrose	7	8,0%	<0,001
Tabagismo	6	6,8%	<0,001
Câncer	6	6,8%	<0,001
Escoliose	2	2,3%	<0,001
Artrite	2	2,3%	<0,001
Dor na coluna	2	2,3%	<0,001
Hérnia de Disco	2	2,3%	<0,001
Tireoide	2	2,3%	<0,001
DPOC	2	2,3%	<0,001
Glaucoma	2	2,3%	<0,001
Tendinite MMII	1	1,1%	<0,001
Bursite MMSS	1	1,1%	<0,001
Obesidade	1	1,1%	<0,001
Miastenia grave	1	1,1%	<0,001
Enfisema	1	1,1%	<0,001
Bronquite	1	1,1%	<0,001
Asma	1	1,1%	<0,001

Infarto Agudo do Miocárdio	1	1,1%	<0,001
Colostomia	1	1,1%	<0,001
Anemia Hereditária	1	1,1%	<0,001
Diverticulite	1	1,1%	<0,001
Gastrite	1	1,1%	<0,001
Esofagite	1	1,1%	<0,001
Hérnia de hiato	1	1,1%	<0,001
Labirintite	1	1,1%	<0,001
Problemas Renais	1	1,1%	<0,001
AVE	1	1,1%	<0,001
Osteopenia	1	1,1%	<0,001
Doença de chagas	1	1,1%	<0,001
Compressão cervical	1	1,1%	<0,001
Depressão	1	1,1%	<0,001
Poliomielite	1	1,1%	<0,001
Demência	0	0,0%	<0,001
Tendinite MMSS	0	0,0%	<0,001
Bursite MMII	0	0,0%	<0,001
Hipertensão Pulmonar	0	0,0%	<0,001
Alteração no Fígado	0	0,0%	<0,001

N – Entrevistados; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM - Diabetes Mellitus; DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; MMSS - Membros Superiores; MMII - Membros Inferiores; AVE - Acidente Vascular Encefálico.

Das 5 doenças que mais apareceram na amostra em relação a idade, foram HAS, 29 idosos tinham de 60 a 74 anos (50%) e 13 idosos tinham de 75 anos a 90 anos (43%), os entrevistados com DM com idade de 60 a 74 anos são 22 idosos (38%) e as que tinham 75 a 90 anos são 5 idosos (17%), os entrevistados com Osteoporose com idade de 60 a 74 anos são de 13 idosos (22%) e os com idade de 75 a 90 anos são de 10 idosos (33%), os entrevistados com Incontinência Urinária com idade de 60 a 74 anos são de 15 idosos (26%) e os de 75 a 90 anos são de 8 idosos (27%) e os entrevistados que apresentam Hipercolesterolemia com idade de 60 a 74 anos são de 8 idosos (14%) e os com 75 a 90 anos é de 1 idoso (3%).

Tabela 6: Relação de idade com doenças mais prevalentes entre idosos com faixa etária de 60 a 90 anos

Idade		De 60 a 74		De 75 a 90		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Artrite	Não	57	98%	29	97%	86	98%	0,631
	Sim	1	2%	1	3%	2	2%	
Artrose	Não	53	91%	28	93%	81	92%	0,748
	Sim	5	9%	2	7%	7	8%	
Câncer	Não	56	97%	26	87%	82	93%	0,081
	Sim	2	3%	4	13%	6	7%	
DM	Não	36	62%	25	83%	61	69%	0,040
	Sim	22	38%	5	17%	27	31%	
DPOC	Não	58	100%	28	93%	86	98%	0,047
	Sim	0	0%	2	7%	2	2%	
Escoliose	Não	56	97%	30	100%	86	98%	0,304
	Sim	2	3%	0	0%	2	2%	
Glaucoma	Não	57	98%	29	97%	86	98%	0,631
	Sim	1	2%	1	3%	2	2%	
HAS	Não	29	50%	17	57%	46	52%	0,553
	Sim	29	50%	13	43%	42	48%	
Hérnia de disco	Não	57	98%	29	97%	86	98%	0,631
	Sim	1	2%	1	3%	2	2%	
Hipercolesterolemia	Não	50	86%	29	97%	79	90%	0,125
	Sim	8	14%	1	3%	9	10%	
Incontinência urinária	Não	43	74%	22	73%	65	74%	0,935
	Sim	15	26%	8	27%	23	26%	
Osteoporose	Não	45	78%	20	67%	65	74%	0,269
	Sim	13	22%	10	33%	23	26%	
Tabagismo	Não	54	93%	28	93%	82	93%	0,968
	Sim	4	7%	2	7%	6	7%	
Piper/Hipotireóide	Não	57	98%	29	97%	86	98%	0,631
	Sim	1	2%	1	3%	2	2%	

N – Entrevistados; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM - Diabetes Mellitus; DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; MMSS - Membros Superiores; MMII - Membros Inferiores; AVE - Acidente Vascular Encefálico.

Em relação ao sexo com as 5 doenças mais prevalentes, HAS se apresentou em 33 mulheres (49%) e 9 homens (45%), o DM em 21 mulheres (31%) e 6 homens (30%), a Osteoporose se apresentou 21 mulheres (31%) e 2 homens (10%), já a Incontinência Urinária apresentou 20 mulheres (29%) e 3 homens (15 %) e a Hipercolesterolemia em 9 mulheres (13%) e em nenhum homem.

Tabela 7: Prevalência de afecções entre idosos de acordo com o sexo em porcentagem (%) e nível de significância (P - valor)

Sexo		Feminino		Masculino		Total		P-Valor
		N	%	N	%	N	%	
Artrite	Não	66	97%	20	100%	86	98%	0,438
	Sim	2	3%	0	0%	2	2%	
Artrose	Não	61	90%	20	100%	81	92%	0,135
	Sim	7	10%	0	0%	7	8%	
Câncer	Não	64	94%	18	90%	82	93%	0,521
	Sim	4	6%	2	10%	6	7%	
DM	Não	47	69%	14	70%	61	69%	0,940
	Sim	21	31%	6	30%	27	31%	
Dor na coluna	Não	66	97%	20	100%	86	98%	0,438
	Sim	2	3%	0	0%	2	2%	
DPOC	Não	68	100%	18	90%	86	98%	0,008
	Sim	0	0%	2	10%	2	2%	
Escoliose	Não	67	99%	19	95%	86	98%	0,352
	Sim	1	1%	1	5%	2	2%	
Glaucoma	Não	67	99%	19	95%	86	98%	0,352
	Sim	1	1%	1	5%	2	2%	
HAS	Não	35	51%	11	55%	46	52%	0,781
	Sim	33	49%	9	45%	42	48%	
Hérnia de disco	Não	67	99%	19	95%	86	98%	0,352
	Sim	1	1%	1	5%	2	2%	
Hipercolesterolemia	Não	59	87%	20	100%	79	90%	0,086
	Sim	9	13%	0	0%	9	10%	
Incontinência urinária	Não	48	71%	17	85%	65	74%	0,197
	Sim	20	29%	3	15%	23	26%	
Osteoporose	Não	47	69%	18	90%	65	74%	0,062
	Sim	21	31%	2	10%	23	26%	
Tabagismo	Não	62	91%	20	100%	82	93%	0,169
	Sim	6	9%	0	0%	6	7%	
Hiper/Hipotireóide	Não	67	99%	19	95%	86	98%	0,352

N – Entrevistados; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM - Diabetes Mellitus; DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; MMSS - Membros Superiores; MMII - Membros Inferiores; AVE - Acidente Vascular Encefálico.

Das 5 doenças que mais prevalente na amostra em relação a idade, dos 29 idosos entrevistados com idade entre 60 a 74 anos (50%) e 13 idosos com idade entre 75 e 90 anos (43%) possuíam HAS, os entrevistados com DM com idade entre 60 a

74 anos somam 22 idosos (38%) e as com a idade entre 75 a 90 anos são 5 idosos (17%); os entrevistados com Osteoporose com idade entre 60 a 74 anos somam 13 idosos (22%) e os com idade entre 75 a 90 anos somam 10 idosos (33%), os entrevistados com Incontinência Urinária com idade entre 60 a 74 anos somam 15 idosos (26%) e os de 75 a 90 anos são de 8 idosos (27%) e os entrevistados que apresentam Hipercolesterolemia com idade de 60 a 74 anos são de 8 idosos (14%) e os com 75 a 90 anos é de 1 idosos (3%).

Tabela 8: Relação de Idade com afeções

Idade		De 60 a 74		De 75 a 90		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Artrite	Não	57	98%	29	97%	86	98%	0,631
	Sim	1	2%	1	3%	2	2%	
Artrose	Não	53	91%	28	93%	81	92%	0,748
	Sim	5	9%	2	7%	7	8%	
Câncer	Não	56	97%	26	87%	82	93%	0,081
	Sim	2	3%	4	13%	6	7%	
DM	Não	36	62%	25	83%	61	69%	0,040
	Sim	22	38%	5	17%	27	31%	
Dor na coluna	Não	58	100%	28	93%	86	98%	0,047
	Sim	0	0%	2	7%	2	2%	
DPOC	Não	58	100%	28	93%	86	98%	0,047
	Sim	0	0%	2	7%	2	2%	
Escoliose	Não	56	97%	30	100%	86	98%	0,304
	Sim	2	3%	0	0%	2	2%	
Glaucoma	Não	57	98%	29	97%	86	98%	0,631
	Sim	1	2%	1	3%	2	2%	
HAS	Não	29	50%	17	57%	46	52%	0,553
	Sim	29	50%	13	43%	42	48%	
Hérnia de disco	Não	57	98%	29	97%	86	98%	0,631
	Sim	1	2%	1	3%	2	2%	
Hipercolesterolemia	Não	50	86%	29	97%	79	90%	0,125
	Sim	8	14%	1	3%	9	10%	
Incontinência urinaria	Não	43	74%	22	73%	65	74%	0,935
	Sim	15	26%	8	27%	23	26%	
Osteoporose	Não	45	78%	20	67%	65	74%	0,269
	Sim	13	22%	10	33%	23	26%	
Tabagismo	Não	54	93%	28	93%	82	93%	0,968
	Sim	4	7%	2	7%	6	7%	
Hiper/Hipotireóide	Não	57	98%	29	97%	86	98%	0,631
	Sim	1	2%	1	3%	2	2%	

N – Entrevistados; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM - Diabetes Mellitus; DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; MMSS - Membros Superiores; MMII - Membros Inferiores; AVE - Acidente Vascular Encefálico.

Dos 88 entrevistados, 49 deles estão na faixa etária entre 65 – 75 anos, destes apenas 15 praticam algum tipo de atividade física, sendo que 13 possuem alguma doença.

As doenças prevalentes nos idosos entrevistados, que praticam atividade física, são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Artrose e Osteoporose.

As doenças nos entrevistados que não praticam atividade física e que estão na faixa etária entre 65 – 75 anos são: HAS (18 entrevistados), DM (14 entrevistados), Osteoporose (6 entrevistados), Incontinência do Trato Urinário – ITU - (7 entrevistados), Hipercolesterolemia (7 entrevistados), Artrose (3 entrevistados) e outros (13 entrevistados); Entre eles, DM + HAS (9 entrevistados) apresentam-se como afecções (duas ou mais doenças associadas) com maior incidência.

A faixa etária dos entrevistados que tiveram quedas no último ano, variou entre 73 a 85 anos, num total de 5 pacientes entre o total de 88 entrevistados.

Tabela 9: Distribuição de Afecções

Afecções	N	%	P-valor
HAS	42	47,7%	1,000
DM	27	30,7%	0,021
Osteoporose	23	26,1%	0,003
Incontinência urinária	23	26,1%	0,003
Hipercolesterolemia	9	10,2%	<0,001
Artrose	7	8,0%	<0,001
Tabagismo	6	6,8%	<0,001
Câncer	6	6,8%	<0,001
Escoliose	2	2,3%	<0,001
Artrite	2	2,3%	<0,001
Dor na coluna	2	2,3%	<0,001
Hérnia de disco	2	2,3%	<0,001
Hiper/Hipotireóide	2	2,3%	<0,001
DPOC	2	2,3%	<0,001
Glaucoma	2	2,3%	<0,001
Tendinites MMII	1	1,1%	<0,001
Bursite MMSS	1	1,1%	<0,001
Obesidade	1	1,1%	<0,001
Miastenia grave	1	1,1%	<0,001
<i>Enfisema</i>	1	1,1%	<0,001
Bronquite	1	1,1%	<0,001
Asma	1	1,1%	<0,001
Infarto Agudo do Miocárdio	1	1,1%	<0,001

Colostomia	1	1,1%	<0,001
Anemia Hereditária	1	1,1%	<0,001
Diverticulite	1	1,1%	<0,001
Gastrite	1	1,1%	<0,001
Esofagite	1	1,1%	<0,001
Hérnia de Hiato	1	1,1%	<0,001
Labirintite	1	1,1%	<0,001
Problemas nos rins	1	1,1%	<0,001
AVE	1	1,1%	<0,001
Osteopenia	1	1,1%	<0,001
Doença de chagas	1	1,1%	<0,001
Compressão cervical	1	1,1%	<0,001
Depressão	1	1,1%	<0,001
Poliomielite	1	1,1%	<0,001
Demência	0	0,0%	<0,001
Tendinite MMSS	0	0,0%	<0,001
Bursite MMII	0	0,0%	<0,001
Hipertensão pulmonar	0	0,0%	<0,001
Alteração no fígado	0	0,0%	<0,001

N – Entrevistados; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM - Diabetes Mellitus; DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; MMSS - Membros Superiores; MMII - Membros Inferiores; AVE - Acidente Vascular Encefálico.

As perguntas do Whoqol Brief que estão direcionadas a questão emocional foram comparadas quanto aos entrevistados que realizavam ou não atividade física, para perceber se o estado emocional, em relação com a vida ou com as coisas que estão acontecendo em sua volta, possui diferença.

Quando associamos os idosos que não praticam atividade física com as doenças mais prevalentes, bem como a auto percepção de si próprio e a situação social através do questionário Whoqol bref da questão 15 - 25, percebemos que dos usuários que não praticam atividade física, 88% estão satisfeitos e os usuários que praticam atividade física, 100% estão satisfeitos.

Referente a frequência com que tem sentimentos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, os usuários que não praticam atividade física, 89% relatam não possuir esses tipos de sentimentos, contra os usuários que praticam atividade física, onde 100% não refrem esses tipos de sentimentos.

Tabela 10: Relação de Atividade Física (AF) com Whoqol Brief (Questão 15 - 26)

Atividades Física		Não praticam AF		Sim, praticam AF		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Pergunta 15	Não satisfeito	1	1%	1	33%	2	2%	0,001
Quão bem você é capaz de se locomover?	Indiferente	15	18%	0	0%	15	18%	
	Satisfeito	66	80%	2	67%	68	80%	
Pergunta 16	Não satisfeito	13	16%	1	33%	14	16%	0,001
Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	Indiferente	17	21%	0	0%	17	20%	
	Satisfeito	52	63%	2	67%	54	64%	
Pergunta 17	Não satisfeito	1	1%	1	33%	2	2%	0,001
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	Indiferente	11	13%	0	0%	11	13%	
	Satisfeito	70	85%	2	67%	72	85%	
Pergunta 18	Não satisfeito	0	0%	1	33%	1	1%	<0,001
Quão satisfeito (a) você com sua capacidade para o trabalho?	Indiferente	6	7%	1	33%	7	8%	
	Satisfeito	75	93%	1	33%	76	90%	
Pergunta 19	Não satisfeito	6	4%	0	0%	6	4%	0,823
Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	Indiferente	69	8%	0	0%	72	8%	
	Satisfeito	7	4%	0	0%	7	4%	
Pergunta 20	Indiferente	0,813	9%	0	0%	7	8%	
Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos e colegas)?	Satisfeito	72	88%	3	100%	75	88%	
Pergunta 21	Não satisfeito	10	14%	0	0%	10	14%	0,557
Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	Indiferente	14	20%	1	50%	15	21%	
	Satisfeito	45	65%	1	50%	46	65%	
Pergunta 22	Não satisfeito	3	4%	0	0%	3	4%	0,830
Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	Indiferente	6	7%	0	0%	6	7%	
	Satisfeito	72	89%	3	100%	75	89%	
Pergunta 23	Não satisfeito	4	5%	0	0%	4	5%	0,755
Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	Indiferente	9	11%	0	0%	9	11%	
	Satisfeito	69	84%	3	100%	72	85%	
Pergunta 24	Não satisfeito	13	16%	0	0%	13	15%	0,581
Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	Indiferente	9	11%	0	0%	9	11%	
	Satisfeito	60	73%	3	100%	63	74%	
Pergunta 25	Nunca / Algumas vezes	13	15%	0	0%	13	15%	0,18%
Com que frequência você tem	Indiferente	73	89%	3	100%	76	89%	
	Satisfeito	15	18%	0	0%	15	18%	
Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	Indiferente	11	13%	0	0%	11	13%	
	Satisfeito	56	68%	3	100%	59	69%	

sentimentos negativos tais como	Frequentemente								
ansiedade, depressão?	Muito								0,832 mau humor,
	Frequentemente / Sempre	3	4%	0	0%	3	4%		
desespero,	nte	6	7%	0	0%	6	7%		

N: Número de entrevistados; P-valor: Teste Qui-Quadrado

Tabela 11: Relação de Afecções com Whoqol Brief

Afecções		< 4 Afecções		≥ 4 Afecções		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Pergunta 15	Não satisfeito	2	3%	0	0%	2	2%	0,667
Quão bem você é capaz de se locomover?		12 17%	4 24%	16 18%	10 11%	28 30%	13 14%	
Pergunta 16	Não satisfeito	10	14%	5	29%	15	17%	0,332
Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?		14 20%	3 18%	17 20%	13 15%	27 30%	9 10%	
Pergunta 17	Não satisfeito	2	3%	0	0%	2	2%	0,014
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?		6 9%	6 35%	12 14%	11 65%	18 84%	7 84%	
Pergunta 18	Não satisfeito	1	1%	0	0%	1	1%	0,755
Quão satisfeito (a) você com sua capacidade para o trabalho?		7 10%	1 6%	8 9%	6 11%	13 15%	7 90%	
Pergunta 19	Não satisfeito	2	3%	1	7%	3	4%	0,077
Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?		3 4%	3 20%	6 7%	6 93%	11 73%	7 89%	
Pergunta 20	Não satisfeito	2	3%	1	6%	3	3%	0,209
Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos e colegas)?		4 6%	3 18%	7 8%	13 76%	17 89%	7 89%	
Pergunta 21	Não satisfeito	6	10%	4	29%	10	14%	0,115
Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?		14 24%	1 7%	15 21%	39 66%	9 64%	48 66%	
Pergunta 22	Não satisfeito	2	3%	1	6%	3	3%	0,558
Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?		4 6%	2 12%	6 7%	14 82%	7 90%	63 91%	
Pergunta 23	Não satisfeito	4	6%	0	0%	4	5%	0,354
Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?		6 9%	3 18%	9 10%	14 82%	7 85%	60 86%	
Pergunta 24	Não satisfeito	10	14%	3	18%	13	15%	0,908
Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?		7 10%	2 12%	9 10%	12 71%	65 75%	53 76%	
Pergunta 25	Não satisfeito	10	14%	5	29%	15	17%	0,331

Quão satisfeito (a) você está com o seu Indiferente 9 13% 2 12% 11 13% meio de transporte? Satisfeito 51									
73% 10 59% 61 70%									
Pergunta 26	Nunca / Algumas		63	90%	15	88%	78	90%	0,819
Com que frequência você tem vezes sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Frequentemente		5						
	Muito		2	3%	1	6%	3	3%	
	Frequentemente / Sempre								

N: Número de entrevistados; >4: tem menos de 4 doenças; >4: tem mais de 4 doenças. P-valor: Teste Qui-Quadrado

Os usuários que possuem menos de quatro afeções / doença, apresentam – se 80% satisfeitos com capacidade de se locomover, 66% satisfeito com sua qualidade de sono, 89% satisfeitos com a capacidade de desempenhar as atividade do dia - a - dia, 88% satisfeito com seu desempenho no trabalho, 93% satisfeitos consigo mesmo, 91% satisfeitos com as amizades, 66% satisfeito com sua vida sexual, 91% satisfeitos com apoio que recebe dos amigos, 86% satisfeitos com o local onde moram, 76% encontra – se satisfeitos com serviço de saúde, 71% satisfeitos com o meio de transporte e 90% não possuem sentimentos negativos. Já os usuários que apresentam mais de 4 afeções / doenças associadas, 76% apresentam satisfeito com a capacidade de locomoção, 53% estão satisfeitos com sua qualidade de sono, 65% estão satisfeitos com a capacidade de realização as atividade do dia – a – dia, 94% dizem satisfeitos com a capacidade para o trabalho, 73% estão satisfeito consigo mesmo, 76% satisfeitos com as amizades, 64% satisfeito com sua vida sexual, 82% satisfeitos com apoio que recebem dos amigos, 82% satisfeitos com o local onde moram, 71% encontra – se satisfeitos com serviço de saúde, 59% satisfeitos com o meio de transporte e 90% não possuem sentimentos negativos.

Tabela 12: Relação de “Sente-se sozinho (a)” com Whoqol Brief

Sente-se sozinho (a)		Não		Sim		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Pergunta 15 0,245 Quão bem você é capaz de se locomover?	Não satisfeito	1	1%	1	8%	2	2%	
	Indiferente	13	17%	3	25%	16	18%	
	Satisfeito	61	81%	8	67%	69	79%	
Pergunta 16	Não satisfeito	11	15%	4	33%	15	17%	
	Indiferente	14	19%	3	25%	17	20%	

Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?				Satisfeito		50	67%	5	42%	
55 63%										
Pergunta 17				Não satisfeito		2	3%	0	0%	2 2%
Quão satisfeito (a) você está com sua				Indiferente		8	11%	4	33%	12 14%
0,097 capacidade de desempenhar as atividades										
do seu dia-a-dia?				Satisfeito		65	87%	8	67%	73 84%
Pergunta 18				Não satisfeito		1	1%	0	0%	1 1%
Quão satisfeito (a) você com sua 0,596				Indiferente		6	8%	2	17%	8 9%
capacidade para o trabalho?				Satisfeito		67	91%	10	83%	77 90%
Pergunta 19				Não satisfeito		0	0%	3	30%	3 4%
Quão satisfeito (a) você está consigo				Indiferente		5	7%	1	10%	6 7%
mesmo?				Satisfeito						<0,001 68
93% 6 60% 74 89%										
Pergunta 20				Não satisfeito		1	1%	2	17%	3 3%
Quão satisfeito (a) você está com suas				Indiferente		4	5%	3	25%	7 8%
0,001 relações pessoais (amigos, parentes,										
conhecidos e colegas)?				Satisfeito		70	93%	7	58%	77 89%
Pergunta 21				Não satisfeito		7	11%	3	30%	10 14%
Quão satisfeito (a) você está com sua vida				Indiferente		13	21%	2	20%	15 21%
sexual?				Satisfeito						0,261 43
68% 5 50% 48 66%										
Pergunta 22				Não satisfeito		1	1%	2	17%	3 3%
Quão satisfeito (a) você está com o apoio				Indiferente		4	5%	2	17%	6 7%
que você recebe de seus amigos?				Satisfeito		69	93%	8	67%	77 90%
Pergunta 23				Não satisfeito		3	4%	1	8%	4 5%
Quão satisfeito (a) você está com as				Indiferente		7	9%	2	17%	9 10%
condições do local onde mora?				Satisfeito		65	87%	9	75%	74 85%
Pergunta 24				Não satisfeito		10	13%	3	25%	13 15%
Quão satisfeito (a) você está com o seu				Indiferente		9	12%	0	0%	9 10%
acesso aos serviços de saúde?				Satisfeito		56	75%	9	75%	65 75%
Pergunta 25				Não satisfeito		11	15%	4	33%	15 17%
Quão satisfeito (a) você está com o seu				Indiferente		8	11%	3	25%	11 13%
meio de transporte?				Satisfeito		56	75%	5	42%	61 70%
Pergunta 26				Não satisfeito		69	92%	9	75%	78 90%
Com que frequência você tem sentimentos				Indiferente		3	4%	3	25%	6 7%
0,024 negativos tais como mau humor,										

desespero, ansiedade, depressão? Satisfeito 3 4% 0 0% 3 3%

N: Número de entrevistados;
P-valor: Teste Qui-Quadrado

Tabela 13: Relação de “Satisfeito com vida” com Whoqol Brief

Satisfeito c/ vida		Não		Sim		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Pergunta 15 0,001 Quão bem você é capaz de se	Não satisfeito	0	0%	2	3%	2	2%	locomover?
	Indiferente	5	71%	11	14%	16	18%	
	Satisfeito	2	29%	67	84%	69	79%	
Pergunta 16 0,014 Quão satisfeito (a) você está com o seu	Não satisfeito	4	57%	11	14%	15	17%	sono?
	Indiferente	1	14%	16	20%	17	20%	
	Satisfeito	2	29%	53	66%	55	63%	
Pergunta 17 Quão satisfeito (a) você está com sua	Não satisfeito	0	0%	2	3%	2	2%	0,064 capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
	Indiferente	3	43%	9	11%	12	14%	
	Satisfeito	4	57%	69	86%	73	84%	
Pergunta 18 Quão satisfeito (a) você com sua capacidade para o trabalho?	Não satisfeito	0	0%	1	1%	1	1%	0,859
	Indiferente	1	14%	7	9%	8	9%	
	Satisfeito	6	86%	71	90%	77	90%	
Pergunta 19 <0,001 Quão satisfeito (a) você está consigo	Não satisfeito	2	50%	1	1%	3	4%	mesmo?
	Indiferente	1	25%	5	6%	6	7%	
	Satisfeito	1	25%	73	92%	74	89%	
Pergunta 20 Quão satisfeito (a) você está com suas	Não satisfeito	1	14%	2	3%	3	3%	0,024 relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos e colegas)?
	Indiferente	2	29%	5	6%	7	8%	
	Satisfeito	4	57%	73	91%	77	89%	
Pergunta 21 Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	Não satisfeito	1	25%	9	13%	10	14%	0,743
	Indiferente	1	25%	14	20%	15	21%	
	Satisfeito	2	50%	46	67%	48	66%	
Pergunta 22 Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	Não satisfeito	0	0%	3	4%	3	3%	0,650
	Indiferente	1	14%	5	6%	6	7%	
	Satisfeito	6	86%	71	90%	77	90%	
Pergunta 23	Não satisfeito	1	14%	3	4%	4	5%	
	Indiferente	2	29%	7	9%	9	10%	

Quão satisfeito (a) você está com as 0,096 condições do local onde mora? Satisfeito 4 57% 70 88% 74 85%

Pergunta 24	Não satisfeito	2	29%	11	14%	13	15%	
Quão satisfeito (a) você está com o seu	Indiferente	1	14%	8	10%	9	10%	0,503
acesso aos serviços de saúde? Satisfeito 4 57% 61 76% 65 75%								
Pergunta 25	Não satisfeito	3	43%	12	15%	15	17%	
Quão satisfeito (a) você está com o seu meio	Indiferente	0	0%	11	14%	11	13%	0,133
de transporte? Satisfeito								
4 57% 57 71% 61 70%								
Pergunta 26	Não satisfeito	5	71%	73	91%	78	90%	
Com que frequência você tem sentimentos	Indiferente	1	14%	5	6%	6		
7% 0,176 negativos tais como mau humor, desespero,								
ansiedade, depressão? Satisfeito	1	14%	2	3%	3	3%		

N: Número de entrevistados;

P-valor: Teste Qui-Quadrado

Dos que tiveram quedas, apenas 2 entrevistados praticavam atividade física.

Tabela 14: Número de entrevistados que tiveram quedas e praticavam atividade física separados por idade

Nº de quedas sofridas	Atividade física	Idades
13	Sim	80
67	Não	83
71	Sim	78
78	Não	74
80	Não	85
87	Não	73

Nº= número de entrevistados

Dos 15 entrevistados que tem entre 65 a 75 anos e que praticam atividade física, apenas 13 tem pelo menos uma doença. Destes 15 entrevistados, 5 possuem HAS e 3 possuem DM.

Dos 49 entrevistados entre 65 a 75 anos que não praticam atividade física, 26 possuem pelo menos uma comorbidade. Destas afecções, 18 possuem HAS; 14 possuem DM; 6 possuem osteoporose; 7 possuem Hipercolesterolemia; 7 possuem incontinência do trato urinário; 3 possuem artrose e 13 possuem outras doenças. E desses 9 entrevistados, possuem tanto DM quanto HAS.

Dos 49 entrevistados com idade entre 65 – 75, 42 estão satisfeitas com suas vidas, e os 15 que praticam atividade física estão satisfeitas com suas vidas e são

independentes. Destes 49 apenas 3 tem dependência segunda escala de Lawton e pela escala de Katz apenas 2, e 1 entrevistado apresenta dependência em ambas as escalas.

Das quedas registradas, todas foram com entrevistados com idade acima de 76anos.

Nesta escala de Katz, constam 88 amostras, onde 3 idosos não responderam este questionário, ficando apenas 85 questionários respondidos, detalhados a seguir:

Tabela 15: Resultados do Teste de Katz

Itens	Resultados	Total de N°
Banhar-se	Independente	84
	Dependente	1
Vestir-se	Independente	83
	Dependente	2
Ir ao banheiro	Independente	85
	Dependente	0
Transferência	Independente	84
	Dependente	1
Continência	Independente	71
	Dependente	14
Alimentação	Independente	85
	Dependente	0

Legenda: N°: número de entrevistados que responderam a escala; independente ou dependente varia de acordo com os pontos (Pontos: 1 - 2 = dependente; Pontos: 3-4= dependência moderada; Pontos: 5 - 6= independente)

Caracterizando a distribuição de dependência e/ou independência para os testes funcionais, utilizamos o teste de Igualdade de Duas Proporções e calculamos os percentuais para o total de respostas válidas.

Tabela 16: Distribuição de Katz

Katz	N	%	P-valor
Dependente	1	1,2%	<0,001
Independente	85	98,8%	
Total	86		

Legenda: N°: número de entrevistados que responderam a escala; P-valor: Teste Qui-Quadrado

Tabela 17: Resultados do Teste de Lawton

Itens	Resultados	N°
Uso do telefone	Sem ajuda	78
	Com ajuda parcial	3
	Não consegue	4
Fazer compras	Sem ajuda	73
	Com ajuda parcial	9
	Não consegue	3
Preparo de refeições	Sem ajuda	80
	Com ajuda parcial	3
	Não consegue	2
Tarefa domestica	Sem ajuda	72
	Com ajuda parcial	8
	Não consegue	4
Lavar roupa	Sem ajuda	77
	Com ajuda parcial	4
	Não consegue	4
Transporte	Sem ajuda	67
	Com ajuda parcial	16
	Não consegue	2
Responsabilidade para tomar remédio	Sem ajuda	82
	Com ajuda parcial	3
	Não consegue	0
Manipulação de dinheiro	Sem ajuda	77
	Com ajuda parcial	6
	Não consegue	2

Legenda: N°: número de entrevistados que responderam a escala; Independente / dependente ou com ajuda parcial varia de acordo com os pontos (Pontos: 0 - 8= dependente; 9 - 20 = Dependência moderada; 20 - 24 = independente)

Caracterizando a distribuição de dependência e/ou independência para os testes funcionais, utilizamos o teste de Igualdade de Duas Proporções e calculamos os percentuais para o total de respostas válidas.

Tabela 18: Distribuição de Lawton

Lawton	N	%	P-valor
Dependente	6	7,1%	<0,001
Independente	79	92,9%	
Total	85		

Legenda: N°: número de entrevistados que são considerados dependentes ou independentes; P-valor: Teste Qui-Quadrado

Caracterizando a distribuição de dependência e/ou independência para os testes funcionais, utilizamos o teste de Igualdade de Duas Proporções e calculamos os percentuais para o total de respostas válidas.

Tabela 19: Distribuição de TUG Detalhado em relação ao tipo de dependência ou independência as AVDs e/ou AIVDs

TUG	N	%	P-valor
Independência moderada	41	53,2%	Ref.
Dependência	3	3,9%	<0,001
Dependência em muitas AVD	1	1,3%	<0,001
Independentes	32	41,6%	0,146
Total	77		

Legenda: N°: número de entrevistados que são considerados dependentes ou independentes; P-valor: Teste Qui-Quadrado; AVDs: atividade de vida diária; AIVDs: Atividade instrumental de vida diária.

A maioria dos idosos possui uma atividade instrumental independente, porém, nos itens que se referem a usar transporte e fazer compras, alguns necessitam de algum tipo de auxílio.

Tabela 20: Resultado do Teste SPPB

Itens	Posição	Tempo	N
Avaliação estática	1º Posição	<10"	5
		>10"	72
	2º Posição	<10"	5
		>10"	72
		8	
	3º Posição	>3" e <9,99"	23
		>10"	46
		>6,52"	48
	1º Tentativa	>4,66" e <6,51"	10
		>3,62" e <4,65"	4
Avaliação dinâmica		<3,61"	5
		>6,52"	44
	2º Tentativa	>4,66" e <6,51"	8 <3"
		>3,62" e <4,65"	1

	<3,61"	3
	≥16,70"	30
	≥13,70" e <16,69"	3
Senta e levanta 5x	1° Tentativa ≥11,20" e <13,69"	3
	≤11,19"	10

Legenda: Número de entrevistados que realizaram o teste; 1° Posição: pés paralelos; 2° posição: semi-tandem; 3° posição: tandem; 1°/ 2° Tentativa: (velocidade da marcha) tempo que leva para andar 3 metros; 1° Tentativa: tempo que leva para sentar e levantar 5x.

E no teste AMPI, apenas 84 idosos responderam.

Tabela 21: Resultado do Teste AMPI

Itens	Perguntas	Resultados (N)
Atividade básica vida diária	O (a) sr. (a) precisa de ajuda para sair da cama?	0
	O (a) sr. (a) precisa de ajuda para vestir-se?	1
	O (a) sr. (a) precisa de ajuda para alimentar-se?	0
	O (a) sr. (a) precisa de ajuda para tomar banho?	2
Atividade instrumentais da vida diária	O (a) sr. (a) precisa de ajuda para realizar atividades fora de casa?	11
	O (a) sr. (a) precisa de ajuda para lidar com seu dinheiro (pagar contas, conferir troco, ir ao banco, etc.)?	12
Incontinência	O (a) sr. (a) perde urina sem querer?	29
	O (a) sr. (a) perde fezes sem querer?	0
Perda de peso não intencional	Nos últimos 12 meses o (s) sr. (a.) perdeu peso sem ter feito dieta ou mudado qualquer hábito de vida?	15
Condições bucais	O (a) sr. (a) tem falta de algum dente?	69
	Caso o (a) sr. (a.) use prótese, ela está mal adaptada?	27
	O (a) sr. (a.) tem problema para mastigar?	18
	O (a) sr. (a) tem problema para engolir?	5
	O (a) sr. (a) deixou de comer algum tipo de alimento por causa de problemas nos dentes ou na prótese?	10

Legenda: N: Número de entrevistados que responderam o questionário; AMPI/AB: Avaliação Multidimensional do Idoso na Atenção básica.

Em relação a associação do fato do idoso ser dependente ou independente; praticar ou não atividade física; estar ou não satisfeito com a vida; sentir ou não falta de algo; sentir-se ou não sozinho; observa-se que não existe relação estatisticamente significativa entre os testes funcionais com as covariáveis analisadas, ou seja, são variáveis estatisticamente independentes.

Tabela 22: Relação com Katz

Katz		Dependente		Independente		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Quantidade de afecções	< 4	1	100%	67	79%	68	79%	0,605
	≥ 4	0	0%	18	21%	18	21%	
Pratica algum tipo de Atividade Física	Não	1	100%	60	71%	61	71%	0,520
	Sim	0	0%	25	29%	25	29%	
Satisfeito com vida	Não	0	0%	7	8%	7	8%	0,765
	Sim	1	100%	78	92%	79	92%	
Sente falta de algo	Não	0	0%	35	41%	35	41%	0,405
	Sim	1	100%	50	59%	51	59%	
Sente-se sozinho(a)	Não	1	100%	72	85%	73	85%	0,671
	Sim	0	0%	13	15%	13	15%	

Legenda: <4: menos que quatro afecções; ≥4: maior que quatro afecções; N: número de entrevistados que responderam a escala

Tabela 23: Relação com Lawton

Lawton		Dependente		Independente		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Quantidade de afecções	< 4	5	83%	63	80%	68	80%	0,832
	≥ 4	1	17%	16	20%	17	20%	
Pratica algum tipo de Atividade Física	Não	6	100%	54	68%	60	71%	0,101
	Sim	0	0%	25	32%	25	29%	
Satisfeito com vida	Não	1	17%	6	8%	7	8%	0,436
	Sim	5	83%	73	92%	78	92%	
Sente falta de algo	Não	1	17%	34	43%	35	41%	0,206
	Sim	5	83%	45	57%	50	59%	
Sente-se sozinho(a)	Não	5	83%	68	86%	73	86%	0,852
	Sim	1	17%	11	14%	12	14%	

Legenda: <4: menos que quatro afecções; ≥4: maior que quatro afecções; N: número de entrevistados que responderam a escala

Tabela 24: Relação da auto percepção com a qualidade de vida com TUG

TUG		Dependente		Independente		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Quantidade de afecções	< 4	4	100%	56	77%	60	78%	0,274
	≥ 4	0	0%	17	23%	17	22%	
Pratica algum tipo de Atividade Física	Não	4	100%	50	68%	54	70%	0,180
	Sim	0	0%	23	32%	23	30%	
Satisfeito com vida	Não	0	0%	7	10%	7	9%	0,516
	Sim	4	100%	66	90%	70	91%	
Sente falta de algo	Não	1	25%	32	44%	33	43%	0,459
	Sim	3	75%	41	56%	44	57%	
Sente-se sozinho (a)	Não	3	75%	63	86%	66	86%	0,529
	Sim	1	25%	10	14%	11	14%	

Legenda: <4: menos que quatro afecções; >4: maior que quatro afecções; N: número de entrevistados que responderam a escala

7 DISCUSSÃO

A realidade apresentada quanto a maior presença de mulheres que de homens neste estudo reflete o que traz Albano, Basílio e Neves (2010), quando esclarecem que incluir os homens na atenção primária à saúde é um desafio às políticas públicas, pois estes não reconhecem a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças como questões associadas ao homem.

No Brasil, é bastante disseminada a idéia de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos. Muitas são as suposições e justificativas para a pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde, dentre elas a própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina, e também outros fatores como horários de atendimento das UBS, medo de descobrirem outras doenças e a questão de muitas vezes o atendimento ser feito por pessoas do sexo feminino, o que cria uma barreira a mais na questão do cuidado.

Essas justificativas para a não-frequência requerem reestruturação nos serviços ofertados, uma vez que a atenção básica é a porta de entrada e o principal contato dos usuários com os serviços de saúde, independente de sexo ou idade; bem como a sensibilização em casa, desde muito cedo, de pessoas do sexo masculino para os cuidados com a sua saúde (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010).

No momento da aplicação dos questionários, os idosos estavam na UBS por estar aguardando consulta ou na recepção, marcando consulta, informação esta que nos mostra que eles têm independência funcional (já que muitos moram na vizinhança e se deslocam para a UBS a pé), ou grau moderado de dependência (já que alguns moram relativamente distante da UBS e necessitam ir até o serviço de saúde de carro).

A faixa etária dos entrevistados variou em ter 60 e 89 anos. Dos 88 entrevistados, 49 deles estão na faixa etária entre 65 e 75 anos.

Vários são os instrumentos que compõem a avaliação global ou multidimensional da saúde dos idosos e visam quantificar a capacidade e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais. A Prefeitura do Município de São Paulo, conta com um instrumento próprio de avaliação aplicado na Área Técnica de

Saúde da Pessoa Idosa: Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica - AMPI/AB.

No AMPI/AB constam 16 questões que avaliam os domínios visão, audição, função de membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII), estado mental, risco de queda domiciliar, atividades de vida diária (AVD's), continência urinária, estado nutricional e suporte social.

A avaliação da pessoa idosa nos Serviços de Atenção Básica tem como ênfase a funcionalidade, o que facilita identificar doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. Esse instrumento permite que a equipe multidisciplinar avalie perdas e recursos disponíveis para o cuidado individualizado ao idoso (MARCIANO et al, 2008).

A Avaliação Multidimensional mostra-se um instrumento eficaz para determinar o perfil do idoso cadastrado nas unidades de Estratégia de Saúde da Família, permitindo ações articuladas com diferentes serviços de saúde, e a criação de novas propostas para aperfeiçoar a atenção à saúde do idoso, pois o atendimento deste, de forma fragmentada, sem avaliação de sua funcionalidade, repercute negativamente na prevenção e manutenção de sua saúde (MARCIANO et al, 2008).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS (IBGE, 2014), a prática regular de exercícios físicos ou esportes é considerada como fator de proteção à saúde das pessoas. O nível recomendado de atividade física no lazer é de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou de, pelo menos, 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa.

Em relação ao sexo, 70,3% dos homens consideraram sua saúde como boa ou muito boa, contra 62,4% das mulheres. Em relação aos grupos de idade, quanto maior a faixa etária menor o percentual, que variou de 81,6%, para aqueles de 18 a 29 anos de idade, a 39,7%, para as pessoas de 75 anos ou mais de idade (PNS – IBGE, 2014).

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude relevante e respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil. As doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, principais DCNT,

têm respondido por um número elevado de mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e de lazer (PNS – IBGE, 2014).

Pesquisas têm mostrado a forte associação das principais doenças crônicas não transmissíveis a fatores de riscos altamente prevalentes, destacando-se o tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo. O monitoramento destes fatores de risco e da prevalência das doenças a eles relacionados é primordial para definição de políticas de saúde voltadas para prevenção destes agravos (PNS – IBGE, 2014).

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), também conhecida popularmente como pressão alta, é uma doença crônica controlável e um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. É considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

No presente estudo, 47,7% dos entrevistados apresentaram HAS. Entre os 20 e os 80 anos de idade, o diâmetro aórtico aumenta em 15% a 35%. Histologicamente ocorre uma distorção da orientação laminar das fibras murais, fragmentação da elastina e aumento do conteúdo de colágeno, ocasionando uma diminuição da elasticidade do tecido conjuntivo, que somada à arteriosclerose determina um aumento da resistência vascular periférica e da impedância da aorta (MIRANDA et al, 2002).

Existe forte correlação entre o envelhecimento normal e a diminuição da complacência aórtica, através de vários parâmetros de medição. Idosos com maior nível de condicionamento físico possuem menor intensidade de enrijecimento aórtico (MIRANDA et al, 2002).

A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais muito colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices

pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos (ZAITUNE et al 2006).

A proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 21,4% em 2013, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas. A análise por Grandes Regiões mostra que o diagnóstico médico de hipertensão arterial na Região Sudeste foi a que possuía a maior proporção de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico de hipertensão dentre as Grandes Regiões (23,3%) (PNS – IBGE, 2014).

Em relação a características sociodemográficas, mediante pesquisa do IBGE, observou-se uma maior proporção de mulheres que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial (24,2%), relativamente aos homens (18,3%). Do total de pessoas com idade entre 60 e 64 anos, 44,4% referiram diagnóstico de hipertensão, proporção que era de 52,7% entre as pessoas de 65 a 74 anos de idade e de 55,0% entre as pessoas de 75 anos ou mais de idade (PNS – IBGE, 2014).

Intervenções não-farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física (ZAITUNE et al 2006).

Diabetes Mellitus (DM)

O Diabetes Mellitus caracteriza-se por um transtorno metabólico causado por hiperglicemia (ou elevação da glicose sanguínea) resultado de distúrbio no metabolismo de açúcares (PNS – IBGE, 2014).

Neste estudo, 30,7% dos entrevistados declararam ter DM, não sendo especificado o tipo. De acordo com Petermann, o DM é uma doença caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose, resultando em hiperglicemia crônica. Divide-se em Diabetes Tipo 1, Tipo 2, gestacional e outros tipos específicos (Petermann et al, 2015).

O DM Tipo 1 caracteriza-se pela destruição das células beta do pâncreas (geralmente causada por processo autoimune), levando ao estágio de deficiência absoluta de insulina, sendo necessária a administração da insulina para prevenir cetoacidose, coma e até a morte. O DM tipo 2 caracteriza-se pela resistência à ação

da insulina e a deficiência da insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Outros tipos de Diabetes são menos frequentes, e podem resultar de: defeitos genéticos da função das células beta e da ação da insulina, doenças no pâncreas exócrino, infecções, efeito colateral de medicamentos, etc (Petermann et al, 2015).

Segundo o IBGE, as mulheres (7,0%) apresentaram maior proporção de relato de diagnóstico de diabetes que os homens (5,4%). Em relação aos grupos de idade, acomete 19,9%, das pessoas de 65 a 74 anos de idade. Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 19,6% (PNS – IBGE, 2014).

Osteoporose

É uma desordem esquelética, o que engloba muitas patologias, nas quais a microarquitetura do tecido ósseo está deteriorada. Tanto o osso cortical como o esponjoso são afetados. Também a macro arquitetura dos ossos pode estar modificada. A densidade mineral óssea (DMO) está diminuída. Isto leva a um comprometimento da resistência do osso a traumas de baixa energia. O osso fica frágil, predisposto a um aumento da ocorrência de fraturas. É a alta incidência destas fraturas, chamadas de fraturas osteoporóticas (FxOPs) que traz importância ao estudo da osteoporose (SOUZA, 2010).

No presente estudo 26,1% dos entrevistados declaram ter osteoporose diagnosticada pelo seu médico. O aumento absoluto e relativo da população idosa e os hábitos pouco saudáveis dos infantes e adolescentes estão levando a um aumento muito grande da incidência de OP e também das FxOPs. Chamamos de OP primária quando as causas são naturais (menopausa e senilidade). Falamos em OP secundária quando há uma causa primária (certos medicamentos, outras doenças, sedentarismo etc.) (SOUZA, 2010).

Os fatores de risco mais valorizados para osteoporose são: o gênero feminino, as etnias amarela e branca, a idade mais avançada, a precocidade do início da menopausa, a hereditariedade (presença de osteoporose ou de fratura osteoporótica entre os ancestrais e os colaterais), história pregressa de fraturas osteoporóticas, erros nutricionais (baixa ingestão de cálcio, baixa ingestão de vitamina D3 ou baixa insolação para produção da mesma, situações para má absorção de alimentos etc.),

maus hábitos (ingestão exagerada de café, álcool, tabaco), sedentarismo, certas medicações (glicocorticoides, anticonvulsivantes) e doenças como a artrite reumatoide e quase todas as doenças inflamatórias sistêmicas (SOUZA, 2010).

A atividade física é o mais barato meio de prevenção e coadjuvante do tratamento. Os exercícios com peso e os exercícios de velocidade são os mais eficazes para o ganho de massa óssea. Além disso, o ganho de massa muscular e a melhoria da velocidade de resposta motora neuromuscular diminuem as quedas e o risco de fraturas nos pacientes. O efeito piezo elétrico da atividade física, ou a ação do cílio primário, estimulam os osteócitos, via osteoblastos, a promoverem a formação de osso novo. Comparando idosos que praticam atividade física com idosos sedentários, há menores incidências de fraturas do quadril nos ativos. Suplementação de cálcio e vitamina D são comumente usados no tratamento da osteoporose (SOUZA, 2010).

Incontinência Urinária

No presente estudo 26,1% dos entrevistados declaram ter incontinência urinária. A Incontinência Urinária é definida como a perda involuntária de urina em locais indesejáveis, constituindo um problema social ou de higiene demonstrado de forma objetiva. O envelhecimento por si só não causa a incontinência urinária, porém induz algumas mudanças funcionais e estruturais no sistema urinário que podem predispor à incontinência (MENDONÇA et al, 2012).

À medida que o sistema urinário envelhece, os rins reduzem seu peso, tamanho, perdem nefros e diminuem a filtração glomerular. O ureter aumenta sua contratilidade que está associado a uma expansão de sua camada muscular em comparação com as outras camadas desse órgão.

A bexiga, órgão responsável pelo armazenamento e pela expulsão da urina, sofre com o envelhecimento, alterações próprias do órgão e extra vesicais, podendo exteriorizar-se clinicamente promovendo na pessoa idosa, em sua esfera biológica, repercussões que a limita no campo social, psíquico e profissional. Haverá um desequilíbrio no arranjo entre os músculos estriados (voluntários) e liso (autônomo), controlado pela ação simpática e parassimpática responsável respectivamente pelo armazenamento vesical e a expulsão da urina incontinência (MENDONÇA et al, 2012).

Outra alteração decorrente do envelhecimento desse órgão é a deposição de colágeno repercutindo na musculatura detrusora e a progressiva esclerose dos vasos cuja consequência é a desnervação da bexiga. O processo de atrofia cerebral pode ser considerado um fator extra vesical também responsável por alterações funcionais da bexiga de forma temporária ou definitiva. A uretra é um órgão pouco comprometido pelo envelhecimento; nas mulheres haverá diminuição da pressão uretral máxima e do comprimento funcional; nos homens o comprometimento é extrínseco devido a hipertrofia prostática incontinência (MENDONÇA et al, 2012).

A incontinência urinária é a condição em que o idoso apresenta perda involuntária da urina; muitas vezes constituindo, desta forma um problema social ou higiênico. Nas pessoas idosas que vivem na comunidade, a incidência de incontinência urinária é de 5 a 15%, enquanto nas que vivem em casas de repouso, este número eleva-se para 50%. O percentual de incontinência urinária varia de 15 e 35% nas pessoas internadas com 60 anos ou mais de idade, com mulheres apresentando o dobro da incidência nos homens. Até 53% dos idosos acamados apresentam incontinência (MENDONÇA et al, 2012).

Cerca de cinco por cento da população brasileira sofre de perda de urina, de acordo com dados atuais. Porém, acredita-se que o total de pessoas afetadas seja ainda maior do que o apresentado pelas pesquisas, pois muitos portadores deste problema acabam não informando os profissionais de saúde que o atendem (MENDONÇA et al, 2012).

São milhões de pessoas, no Brasil e no mundo, atingidas por um problema que interfere significativamente na qualidade de vida. A incontinência urinária é uma disfunção bastante incidente na população idosa que repercute nos aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais, emocionais e no âmbito familiar, comprometendo assim, a qualidade de vida do paciente. Sendo assim, o importante para os idosos é promover a continência urinária, a reintegração familiar e social desses contribuindo, então para a aquisição de uma vida digna (MENDONÇA et al, 2012).

Colesterol

O consumo exagerado de gorduras na alimentação pode levar à elevação do colesterol total. O excesso de colesterol é prejudicial à saúde, pois, aumenta o risco de desenvolver doenças cardiovasculares (PNS – IBGE, 2014).

As Regiões Sudeste, Sul e Nordeste apresentaram percentuais deste indicador equivalentes estatisticamente ao nível nacional, 13,3% e 13,0% e 12,2%, respectivamente.

Em pesquisa do IBGE, a frequência de pessoas que referiram diagnóstico médico de colesterol alto é mais representativa nas faixas de maior idade: 25,9% das pessoas de 60 a 64 anos de idade, e 25,5% das pessoas de 65 a 74 anos de idade e 20,3% para aqueles com 75 anos ou mais (PNS – IBGE, 2014).

No presente estudo 10,2% dos entrevistados declaram ter Hipercolesterolemia. De acordo com Xavier, dos pontos de vista fisiológico e clínico, os lipídeos biologicamente mais relevantes são os fosfolípides, o colesterol, as triglicérides (TG) e os ácidos graxos (AG). Os fosfolípides formam a estrutura básica das membranas celulares. O colesterol é precursor dos hormônios esteroidais, dos ácidos biliares e da vitamina D (XAVIER et al, 2013).

O HDL (bom colesterol) age protegendo o leito vascular contra a aterogênese, como a remoção de lipídeos oxidados da LDL (mau colesterol), a inibição da fixação de moléculas de adesão e monócitos ao endotélio e a estimulação da liberação de óxido nítrico. O acúmulo de lipoproteínas ricas em colesterol como a LDL no compartimento plasmático resulta em Hipercolesterolemia (XAVIER et al, 2013).

Como principais consequências do mau colesterol aumentado desencadeia eventos cardiovasculares (doença aterosclerótica, acidente vascular encefálico, doença arterial obstrutiva periférica ou insuficiência cardíaca). Deve-se atentar também para os indivíduos que apresentam histórico familiar de doença cardiovascular prematura, classificando-se assim, como sendo de maior risco a sofrerem os eventos já citados (XAVIER et al, 2013).

A principal recomendação médica para pessoas de 18 anos ou mais de idade por causa do colesterol alto foi manter uma alimentação saudável, em 93,7% dos casos. A recomendação para manter o peso adequado foi respondida por 87,9% das

peessoas com o diagnóstico da doença e praticar atividade física regular foi estimado em 85,9%. Fazer o acompanhamento regular do nível de colesterol foi a recomendação citada por 80,0% dos casos investigados (PNS – IBGE, 2014).

Relação entre dependência com independência funcional

A dependência se define como a incapacidade de o indivíduo interagir satisfatoriamente com seu ambiente sem ajuda. A dependência pode estar ligada à incapacidade funcional devido a doenças ou à falta de apoio físico, material ou psicológico (MOTTA, 2013).

A realidade das pessoas entrevistada em nosso estudo apontou, de acordo com o resultado das escalas aplicadas, unanimidade em independência. Conforme já salientado, esta realidade não reflete a condição de todos os idosos atendidos pela UBS parque São Lucas. Devemos então ter ciência tanto da realidade das pessoas que apresentam situação de dependência funcional, quanto as independentes.

A dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. É importante salientar que não é apenas a incapacidade que cria a dependência. O que cria a dependência é o somatório da incapacidade com a necessidade. De qualquer forma, a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados (CALDAS, 2009).

As doenças crônicas podem causar dependência pela perda ou não da capacidade funcional. Para que se tenha idéia de qual ajuda ou tipo de cuidado o indivíduo necessita, é preciso avaliar a sua capacidade funcional (MOTTA, 2013)

O conceito de saúde, dado pela OMS em 2000, está orientado para melhorar o potencial de saúde de cada indivíduo ou prover saúde à vida, isto é, aumentar a média de anos livres de incapacidades ou enfermidades (MOTTA, 2013).

Faz-se acompanhar de conceitos como expectativa de vida sem incapacidades físicas ou expectativa de vida saudável (tempo de vida que as pessoas esperam viver sem precisar de cuidados especiais), que nos oferece olhares diferenciados sobre esta questão: o desafio na área de saúde é diminuir o número de anos com vida dependente e aumentar a quantidade e qualidade dos anos de vida independente (MOTTA, 2013).

A competência para esta abordagem depende do trabalho conjunto envolvendo serviços sociais e comunitários, pela grande importância que têm os fatores econômicos, ambientais e de prestação de serviços (MOTTA, 2013).

O fisioterapeuta é um profissional de extrema importância nas unidades da ESF e na vida da população idosa, uma vez que possui as técnicas adequadas e os conhecimentos aprofundados para a prevenção de doenças e promoção da saúde dela. Este profissional é habilitado para a construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais, prescrição das condutas fisioterapêuticas, bem como acompanhamento da evolução do quadro funcional do paciente e sua alta do serviço (GONÇALVES, 2011).

Prática De Atividade Física

Com relação ao levantamento da prática de atividade física pelos entrevistados, observou-se que poucos realizam algum tipo de atividade física regular, seja ela dentro ou fora de casa.

A prática regular de atividade física tem sido apontada como importante estratégia para o envelhecimento saudável e o aumento da expectativa de vida. Exercícios físicos praticados regularmente inibem alterações orgânicas que se associam ao processo degenerativo, contribuem para a reabilitação de determinadas patologias que podem aumentar os índices de morbidade e mortalidade, agindo também sobre a saúde mental e a eficácia cognitiva (MARTINS et al 2007).

Na UBS Parque São Lucas, observa-se pouca adesão dos usuários em geral às atividades oferecidas pela unidade de saúde no período em que aplicamos as entrevistas, entre elas Grupo de Caminhada (que se reunia 5 vezes por semana), Grupo de Lian Kong (técnica oriental semelhante ao Tai Chi Chuan – que se reunia para a prática uma vez por semana), Grupo Corpo e Movimento (realização de alongamento e fortalecimento da musculatura, de forma global, que se reunia duas vezes por semana sob a supervisão do Fisioterapeuta da UBS). Muitos justificavam que por morar longe, por conta de as atividades acontecerem no meio da tarde, não frequentavam as opções oferecidas pela UBS.

É preciso que os idosos e a sociedade em geral sejam alertados sobre o quanto a fisioterapia/exercício físico é importante para minimizar as consequências das

alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento, para a independência da população idosa na realização de suas atividades de vida diária (AVDs) e para melhores mobilidade e qualidade de vida. Se houver essa conscientização, crescerá cada vez mais o número de idosos saudáveis os quais reduzirão o uso de medicamentos, as internações e até mesmo as consultas médicas devido a dores e desconfortos (GONÇALVES, 2011).

As atividades físicas diárias são importantes para que os idosos permaneçam com uma melhor aptidão física, pois requerem um nível mínimo de força muscular, flexibilidade, coordenação e equilíbrio e com isto, mantêm suas capacidades funcionais ativas por mais tempo e com melhor qualidade. Por esta razão, estratégias devem ser criadas a fim de estimular os idosos a aderirem à prática regular de exercícios físicos (MARTINS et al 2007).

A associação da prática de atividade física com o envelhecimento saudável tem sido amplamente relatada na literatura, de acordo com levantamento feito por Nascimento Júnior, Capelari e Vieira, em seu estudo sobre o impacto da prática de atividade física no estresse percebido e na satisfação de vida de idosos. Sobretudo quando se trata dos benefícios relacionados aos aspectos físicos, psicológicos e sociais (NASCIMENTO JUNIOR; CAPELARI; VIEIRA, 2012).

Qualidade de vida

A versão brasileira do WHOQOL-bref, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil, foi a utilizada neste estudo.

O instrumento em questão é autoaplicável, mas, neste estudo, optou-se pela entrevista direta, dada a dificuldade de leitura, os problemas visuais e o analfabetismo, comuns em idosos.

A utilização do WHOQOL-bref neste estudo é justificada pela literatura, que mostra boa resposta do instrumento à qualidade de vida dos idosos, e pela ausência de um instrumento validado para idosos e traduzido para o português com características tão abrangentes e de simples aplicabilidade (PEREIRA et al, 2006).

Sabe-se que a idade pode causar algum efeito sobre a qualidade de vida de idosos. Com relação a convivência social dos idosos entrevistados, bem como sua auto percepção quanto a capacidade de locomoção; qualidade de seu sono;

capacidade para o trabalho e para realizar atividades do dia-a-dia; satisfação consigo mesmo e com parentes e amigos; satisfação com sua vida sexual; condições de moradia, acesso transporte e a serviços de saúde, a maioria dos entrevistados respondeu sentir-se satisfeito.

No presente estudo dos 88 entrevistados, 49 estão na faixa etária entre 65 – 75 anos e todos com capacidade física de independência funcional. Em estudo utilizando o WHOQOL-bref, com idosos em Minas Gerais, uma possível hipótese explicativa para o fato de não se observar influência da idade na qualidade de vida pode ser decorrente que apenas 3% dos entrevistados tinham idade superior a 80 anos, ou seja, uma pequena parcela tinha idade mais avançada; outra hipótese explicativa pode ser o fato de que esses idosos possuem um menor grau de incapacidade que favorece o seu desempenho nas atividades e o seu convívio social (GUTIERREZ, AURICCHIO E MEDINA, 2011).

No idoso, a qualidade de vida pode ser percebida conforme a maneira que o indivíduo vivencia a velhice, podendo variar entre os dois extremos - muito boa e muito ruim. Desta forma, a qualidade de vida é influenciada pela interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida (GUTIERREZ, AURICCHIO E MEDINA, 2011).

O julgamento que cada indivíduo faz de sua qualidade de vida global deve ser considerado. Teoricamente, espera-se que o indivíduo combine diferentes aspectos de sua vida e os resuma em uma avaliação global de sua qualidade de vida; a questão é se os indivíduos realmente fazem um resumo de tudo, ou se incluem apenas aspectos que os preocupam recentemente, ou se excluem esses aspectos da avaliação. O relato das pessoas idosas relacionadas à sua qualidade de vida representa a discrepância percebida entre as suas expectativas e o que conseguem ser, ter ou fazer (GUTIERREZ, AURICCHIO E MEDINA, 2011).

Depressão

Os indivíduos que desistem da vida estão muito mais aptos a se desvincular de um estilo de vida preventivo. Ao mesmo tempo, esses sentimentos são capazes de desregular o sistema neuroendócrinoimunológico o que gera um desequilíbrio imune

predispondo a diversas formas de disfunções e doenças como infecções e câncer (GUTIERREZ, AURICCHIO E MEDINA, 2011).

No presente estudo, referente a frequência com que tem sentimentos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, a maioria respondeu ter esses sentimentos algumas vezes ou frequentemente.

Considera-se que um dos importantes objetivos da gerontologia é desenvolver intervenções para promover um envelhecimento ativo e de abrangência biopsicossocial com o intuito de proteger o idoso de complicações que possam acarretar fragilidade. Por isso, as pesquisas multicêntricas desenvolvidas com a população idosa têm valorizado a importância da qualidade da assistência prestada aos idosos (GUTIERREZ, AURICCHIO E MEDINA, 2011).

A prática da educação em saúde é um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes.

O conceito de “Educação em Saúde” deve ser concebido nem como ciência nem como arte, mas como disciplina de ação e neste espaço, entre as esperanças da população e as políticas de saúde do governo. Neste sentido, a junção destes elementos pode propiciar de forma mais humanizada e holística o envelhecimento saudável (MARTINS et al 2007).

Para desenvolver intervenções adequadas às características sociais e culturais da população idosa, é preciso conhecer um pouco mais sobre a maneira como os idosos brasileiros envelhecem, como atribuem significado a este período de suas vidas ou como o integram à sua experiência. De maneira particular, é preciso conhecer um pouco mais sobre a forma como o idoso percebe seus problemas de saúde, como procura resolvê-los e quais são as dificuldades que encontra nesse percurso.

Assim, é fundamental a identificação dos problemas prioritários para a população idosa brasileira e definir que ações devem ser privilegiadas para enfrentar esses problemas. Estudos epidemiológicos são essenciais para identificar problemas prioritários, de modo a orientar decisões relativas à definição de prioridades para intervenção. Entretanto, quando o foco de interesse se desloca da definição de

problemas prioritários em saúde, para as ações que devem ser privilegiadas para resolvê-los, os estudos antropológicos tornam-se imprescindíveis (MARTINS et al 2007).

8 CONCLUSÃO

Diante do universo que envolve a quantidade de idosos residentes no Parque São Lucas, temos ciência de que nossa pesquisa é uma pequena amostra dos indivíduos mais independentes que fazem uso do serviço público de saúde.

Devemos considerar aqui os idosos residentes naquela área que não são usuários do SUS, dos idosos acamados que apesar de serem atendidos pela UBS não participaram desta pesquisa e ainda às pessoas acima de 60 anos que por preconceitos com os cuidados com a saúde e a falta de informações, não fazem uso do serviço. Levando assim a entender, que os resultados aqui encontrados não representam toda a população idosa daquela região da Zona Leste, do município de São Paulo.

Os resultados encontrados foram prevalentes cinco afecções: HAS, DM, IU, Alterações no colesterol e Osteoporose. No total dos entrevistados 98,8% são independentes nas AVDs e 92,9% nas AIVDs, 94,8% possuem boa mobilidade funcional. Com relação a sentimentos negativos, 88,6% se mostram mal humorados ou tristes frequentemente, enquanto 6,8% não referem esses sentimentos. Apesar de poucos entrevistados praticarem atividade física, de terem sido classificados como independentes, verificou – se que possuem comorbidades associadas e se autorrelatam com boa qualidade de vida.

Apesar de se declararem mal-humorados e ou tristes, algumas vezes ou frequentemente, foi possível perceber durante as entrevistas como a maioria deles envelhece com serenidade e com um sorriso no rosto.

A presente pesquisa foi bem recebida pelos idosos e vista como um instrumento para a melhoria dos serviços que lhe são prestados na UBS do Parque São Lucas.

Ao dar atenção à fisiopatologia do envelhecimento percebe-se o quanto o profissional fisioterapeuta pode prevenir disfunções e promover a saúde (no caso de doenças já instaladas), melhorando sintomas e a restaurando funções; evitando a perda da capacidade funcional, da força muscular e da amplitude articular; favorecendo a independência nas AVD's e, portanto, colaborando para a qualidade de vida do paciente idoso.

REFERÊNCIAS

- ALBANO, B. R.; Basílio, B.C.; Neves, J.B. **Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde**. Revista Enfermagem Integrada, Ipatinga: Unileste-MG - v.3 - n.2, p.554-63, nov. /dez. 2010.
- ALBUQUERQUE, Aluísia Guerra et al. **Capacidade funcional e linguagem de idosos não-participantes e participantes de grupos de intervenção multidisciplinar na atenção primária à saúde**. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 14, n.5, p. 952-962, out. 2012.
- ARANTES, Paula M. M et al. **Atuação da fisioterapia na síndrome de fragilidade: revisão sistemática**. Rev. bras. fisioter. São Carlos, v. 13, n. 5, p. 365-375, out. 2009.
- ASSIS, Mônica de. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, A.L., CALDAS, C.P. **Saúde do idoso a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. Unidade I. Aspectos políticos e sociais, p.11- 21.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 04 jan. 2015.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 139 p.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 181 p.
- BRASIL. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. **A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas**. In Estudos & Pesquisas n.25. Informações Demográficas e Socioeconômica. IBGE, 2009.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em 20 jan. 2015.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf >. Acesso em 20 jan. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. p.52. Cadernos da Atenção Básica; n. 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192p.
- BRASIL. Secretaria De Direitos Humanos. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Brasília, 2012. Disponível em:

<<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoaidosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentonoBrasil.pdf>>. Acesso em 12 jan. 2015.

BRETAN, O.; SILVA Júnior, N.J.E.; RIBEIRO, O.R.; CORRENTE, J.E. **Risk of falling among elderly persons living in the community**: assessment by the Timed up and go test. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, vol.79, n.1, pp. 18-21. Jan/Fev. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/18088694.2013-0004>. > Acesso em: 06 mar. 2016.

BRITO, F.C; NUNES, M.I; YUASO, D.R. **Multidimensionalidade em Gerontologia II**: instrumentos de avaliação. In: NETTO, M.P. *Tratado de Gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 10, p. 133-147.

BRUCKI, Sonia M.D et al. **Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil**. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003; 61(3B): 777-81.

CALDAS, Célia Pereira. **Conceitos básicos em Gerontologia**. 2009. 44 slides. Disponível em: < <http://www.slideshare.net/agemais/conceitos-bsicos-2134776>. Acesso em: 25 abril 2016.

CALDAS, Érica Carvalho. **Funcionalidade e composição corporal de idosas com comprometimento cognitivo leve**. Mestrado em Gerontologia - Universidade Católica de Brasília, 57 f., Brasília 2013.

CEInfo da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. **Boletim CEInfo Informativo Censo Demográfico 2010** - Envelhecimento populacional no Município de São Paulo. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Censo_03.pdf> Acesso em 25 out. 2015.

CLOSS, Vera Elizabeth; SCHWANKE, Carla.Helena Augustin. **A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010**. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, 2012; 15(3): 443-458.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira et al. **O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos**. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, jun. 2007.

DUQUE, Ana S et al. **Avaliação Geriátrica** - Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). Disponível em: <http://www.spmi.pt/docs/nucleos/GERMI_36.pdf>. Acesso em: 04 de jul. 2015.
FERRARI, Juliane F; DALACORTE, Roberta R. **Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados**. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan / mar. 2007.

GUTIERREZ BA, Auricchio AM, Medina NV. **Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência.** J Health Sci Inst. 2011; 29(3): 186-90.

GONÇALVES, Melissa. **Contribuições da fisioterapia/exercício físico para pacientes idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF).** Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, vol. 15, núm. 1, 2011, pp. 243-260.

KARUKA, A.H et al. **Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos.** Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 15, n. 6, p. 460-6, nov / dez. 2011.

LANA, Letice Dalla; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. **The frailty syndrome in elderly: a narrative review.** Rev. bras. geriatr. gerontol. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 673-680, set. 2014.

MACEDO, Camila; GAZZOLA, Juliana Maria; NAJAS, Myrian. **Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia.** Arq Bras ciênc saúde, v. 33, n. 3, p. 177-84, 2008.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, mar. 2009.

MARCIANO, Juliana Aparecida et al. **Avaliação Multidimensional da saúde do idoso na atenção primária: possibilidades e desafios.** Disponível em: <<http://icbs.pucminas.br/arq/Destaques/pdf/ARTIGO%203.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. **Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade.** Rev eletrônica enferm [periódico na Internet]. 2007; 9(2): 443-456. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>. Acesso em: 4 mar. 2016.

MENDONÇA, E.C et al. **A incontinência urinária e o processo de envelhecimento.** Revista NovaFisio. Abr. 2012. Disponível em: <<http://www.novafisio.com.br/aincontinencia-urinaria-e-o-processo-de-envelhecimento/>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

MIRANDA, Roberto Dischinger et al. **Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento.** Rev Bras Hipertens, v. 9, n. 3, p. 293-300, 2002.

MORAES, Edgar Nunes de. **Avaliação multidimensional do idoso.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-IdosoWEB1.pdf>>. Acesso em 30 mar. 2016.

MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.

MOTTA, Luciana Branco da (Org.). **Conceitos básicos sobre envelhecimento**. Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA São Luís: 2013, 25 p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/1305/Conceitos%20b%C3%A1sicos%20sobre%20envelhecimento.pdf?sequence=3>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

NAKANO, Marcia Mariko. **Versão brasileira da Short Physical Performance Battery - SPPB: adaptação cultural e estudo da confiabilidade**. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, 2007. Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000412296>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

NASCIMENTO JUNIOR, José Roberto Andrade do et al. **Impacto da prática de atividade física no estresse percebido e na satisfação de vida de idosos**. Rev. educ. fis. UEM, Maringá, v. 23, n. 4, p. 647-654, dez. 2012.

PAPALEO NETTO, M. **Processo de envelhecimento e longevidade**. In: Tratado de Gerontologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 1, p. 3-14.

PASCHOAL, S.M.P; FRANCO, R.P; SALLES, R.F.N. **Epidemiologia do Envelhecimento**. In: NETTO, M.P. Tratado de Gerontologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 4, p. 39-56.

PEREIRA, Renata Junqueira et al. **Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos**. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, abr. 2006.

PETERMANN, X.B. et al. "Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa." Saúde (Santa Maria) 41.1 (2015): 49-56.

RAMOS, Luiz Roberto. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano**: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-797, maio 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2016.

SANTOS RL, Virtuoso Júnior JS. **Confiabilidade da versão Brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2008, Vol. 21, p290-296. 7 p.

SÃO PAULO. Município de São Paulo. **Boletim CEInfo Informativo Censo Demográfico 2010** nº 03, agosto 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Censo_03.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2015.

SEADE – **Sistema Estadual de Análise de Dados**. 2012. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/15_Bibliografia_1273000172.pdf. Acesso em 09 jan. 2016.

SOUZA, Márcio Passini Gonçalves de. **Diagnóstico e tratamento da osteoporose**. Rev. bras. ortop. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 220-229, June 2010.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Documento norteador do Programa Acompanhante de Idosos do Município de São Paulo**. São Paulo: Coordenação de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa; 2012. p. 133. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoa_idosa/DocumentoNorteador-PAI.pdf. Acesso em 12 jan. 2015.

XAVIER, H. T et al. **V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose**. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, v. 101, n. 4, supl. 1, p. 120, out. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2013004100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2016.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral et al. **Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, fev. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2016.

APÊNDICE

Apêndice A - Ficha para a Identificação do Entrevistado

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO		
Nome:		Tel:
Endereço:		Bairro:
Sexo: F () M ()	Idade	Estado civil:
Nacionalidade:		Naturalidade:
Escolaridade:		Profissão anterior/Atual:
Faz atividade na unidade? Sim () Não () Qual (is):		
Pratica atividade física: Sim () Não () Qual (is):		
Possui alguma doença? Sim () Não () Qual (is)?		
☐ Osteoporose ☐ Incontinência urinária ☐ Tabagismo () ☐ câncer. Qual: ☐ Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) ☐ Diabetes Mellitus (DM) ☐ Tendinite em MMSS ☐ Tendinite em MMII ☐ Bursite em MMSS ☐ Bursite em MMII ☐ Artrose ☐ Obesidade ☐ Escoliose ☐ Miastenia grave ☐ Enfisema ☐ Hipertensão pulmonar ☐ Bronquite ☐ Asma ☐ Infarto agudo do miocárdio		☐ Diverticulite ☐ Gastrite ☐ Esofagite ☐ Artrite ☐ Hérnia de hiato ☐ Hérnia de disco ☐ Labirintite ☐ Hiper/Hipotireoidismo ☐ DPOC ☐ AVE ☐ Glaucoma ☐ Osteopenia ☐ Doença de chagas ☐ Compressão cervical ☐ Depressão ☐ Poliomielite ☐ Talassemia ☐ Outros
Usa algum medicamento? Sim () Não () Qual (is)?		
HMA:		
HMP:		
Queixa principal:		
Outras informações importantes:		
Cuidador:	Parentesco:	Tel:
Local:	Pesquisadora:	Data:
Assinatura do pesquisado ou de seu responsável legal:		

Fonte: Autoras.

Apêndice B – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, RG: _____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado “Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica”, que consiste em avaliar o perfil dos idosos atendidos na UBS Parque São Lucas, com o objetivo de avaliar a funcionalidade dos idosos através da aplicação de um questionário multidimensional na atenção básica à saúde e testes (Teste SPPB; Teste Katz, teste de Lawton e Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein); de modo a identificar as principais doenças que acometem os idosos atendidos na UBS e realizar encaminhamento para a rede de referência e contra – referência.

Este estudo está sendo realizado por alunos de Graduação do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo para a elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

A minha participação neste estudo será no sentido de responder as perguntas a mim feitas pelos pesquisadores e participar dos testes. A aplicação terá duração média de 40 minutos. As pesquisadoras irão verificar minha Pressão Arterial (P.A.) antes de iniciar os questionários e teste para verificar se durante a aplicação dos testes eu possa ter tontura, vertigens ou quedas, de qualquer forma as pesquisadoras estarão sempre ao meu lado durante a execução dos mesmos e, a qualquer alteração, os testes serão suspensos até a normalização do meu estado e caso eu melhore, serei novamente submetido aos mesmos.

Sendo assim a pesquisa se inicia após a verificação da pressão arterial, se estiver apto, responderei um Questionário de Identificação; Teste SPPB (Short Physical Performance Battery) consiste em uma bateria de testes que avalia o desempenho físico funcional de membros inferiores, através de testes de equilíbrio estático, velocidade da marcha e levantar-se da cadeira; Teste de Katz (avalia a Autonomia do idoso para realizar as atividades básicas Banho; Vestir; Utilização do sanitário; Transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama; Controle de Esfíncteres e Alimentação.); Teste de Lawton (avalia a autonomia do idoso para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, como: Utilização do telefone, Realização de compras, Preparação das refeições,

Tarefas domésticas, Lavagem da roupa, Utilização de meios de transporte, Manejo da medicação e Responsabilidade de assuntos financeiros) e uma “Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica” (perguntas sobre meu estado geral de saúde, como a perda de peso, saúde bucal, incontinências, etc.). Quando houver suspeita por partes dos pesquisadores em relação a alteração cognitiva ou memória, será aplicada a Escala para Rastreio da Capacidade Cognitiva (Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein, que fará uma avaliação sumária das funções cognitivas. É constituído por várias questões, que avaliam a orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva), caso o teste seja positivo, deixarei a pesquisa. Sendo negativo, continuarei na pesquisa. Em relação a essa pesquisa estou ciente que os resultados poderão me trazer, ou não, benefícios bem como para os demais usuários da UBS, em relação às atividades propostas e atendimento.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: orientações sobre minha postura corporal para a execução das minhas atividades cotidianas; caso se faça necessário, receberei encaminhamento para a rede de referência e contra – referência do sistema de saúde.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, durante a realização dos testes, posso perceber desequilíbrio do meu corpo ao me posicionar (desequilíbrio, alternando a posição de sentar e levantar no teste SPPB, por exemplo), me sentir desconfortável em expor minha intimidade (rotina de higiene etc.) ao responder a avaliação multidimensional, por exemplo.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são as estudantes Janayna Emanuelle G.G.O. Nascimento, Tamires Gabriela Fogaça e Professora Ébe dos Santos Monteiro Carbone e poderei entrar em contato com elas, em caso de qualquer dúvida, por meio da UBS.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa, os responsáveis pelo projeto estarão à disposição, seja por meio de e-mail ou telefone. Telefones dos pesquisadores: Janayna Emanuelle G.G.O. Nascimento (11) 967234871, Tamires Gabriela Fogaça (11) 999108319 e Ebe dos Santos Monteiro Carbone (11) 997960473.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo entrar em contato com a Profa. Ébe S. Monteiro Carbone, na Av. Nazaré, 1501. Bairro Ipiranga. São Paulo/SP.

São Paulo, de 2015.

Assinatura do sujeito de Pesquisa

Assinatura da testemunha

____/____/____

____/____/____

Pesquisador responsável

Eu, _____, responsável pelo Projeto Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste participante da pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura

ANEXO

Anexo A – Teste SPPB e TUG



SÃOCAMILO

ESTÁGIO DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE PÚBLICA E COLETIVA I

AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE FUNCIONAL : SPPB, POAM, POAB e TUGT

Atendimento em Grupo ☐
 ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos ☐
 Atendimento Domiciliário ☐

Nome: _____ D. N.: _____

Avaliador(s): _____ DATA DE AVALIAÇÃO: ____/____/____

Observação IMPORTANTE: Não esquecer de anexar à avaliação fisioterapêutica básica.

SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY – SPPB (Guralnik, 1994; Nakano, 2007)				
Avaliação do equilíbrio estático		/ /	/ /	/ /
	1ª Posição Pés unidos em paralelo: _____ seg < 10" = 0 ponto > 10" = 1 ponto			
	2ª Posição Hálux encostado na borda medial do calcanhar: _____ seg < 10" = 0 ponto > 10" = 1 ponto			
	3ª Posição Hálux encostado no calcanhar: _____ seg < 3" = 0 ponto > 3" e < 9,99" = 1 ponto > 10" = 2 pontos			
Teste de Velocidade de Marcha (3,0 m) 1ª tentativa: _____ seg / 2ª tentativa: _____ seg Considerar o menor tempo e pontue: > 6,52" = 1 ponto > 4,66" e < 6,51" = 2 pontos > 3,62" e < 4,65" = 3 pontos < 3,61" = 4 pontos				
Levantar e Sentar 5x (apenas realizar o teste quando o indivíduo for capaz de: levantar-se sem ajuda e sem o uso dos braços) Tempo: _____ seg não conseguiu levantar-se 5 x ou completou o teste em tempo > 60 seg = 0 ponto ≥ 16,70" = 1 ponto ≥ 13,70" e < 16,69" = 2 pontos ≥ 11,20" e < 13,69" = 3 pontos ≤ 11,19" = 4 pontos Falhas no teste (motivos): _____				
Pontuação total do teste equilíbrio				
Pontuação do teste velocidade da marcha				
Pontuação do teste levantar e sentar 5x				
Pontuação total do SPPB				

Timed Up & Go Test - TUGT (Podsiadlo e Richardson, 1991)			
Instrução: sujeito sentado em uma cadeira, com as costas apoiadas, usando seus calçados usuais e seu dispositivo de auxílio à marcha. Após o comando "vá", deve se levantar da cadeira e andar um percurso linear de 3 m, com passos seguros, retornar em direção à cadeira e sentar-se.			
TEMPO GASTO NA TAREFA (segundos)	/ /	/ /	/ /
Considerar o menor tempo			
1ª tentativa:	1ª tentativa:	1ª tentativa:	
2ª tentativa:	2ª tentativa:	2ª tentativa:	

Fonte: Promove São Camilo

Anexo B - Escala de Katz e Lawton & Brody



SÃO CAMILO

ESTÁGIO DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE PÚBLICA E COLETIVA I

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL : Escalas de Katz e Lawton

Atendimento em Grupo ☐
 ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos ☐
 Atendimento Domiciliário ☐

Nome: _____ D. N.: _____

Avaliador(s): _____ DATA DE AVALIAÇÃO: ____/____/____

Observação IMPORTANTE: Não esquecer de anexar à avaliação fisioterapêutica básica.

ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 ponto) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal, ou cuidado integral	/	/	/
Banhar-se	Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho			
Vestir-se	Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para arrumar os sapatos	Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido			
Ir ao banheiro	Dirige-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre			
Transferência	Senta-se / deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	Necessita de ajuda para sentar-se / deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira			
Continência	Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga			
Alimentação	Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação de comida pode ser feita por outra pessoa	Necessita de ajuda parcial ou total com alimentação ou requer alimentação parenteral			
Total de pontos: 6= Independente 4= Dependência modificada 2 ou menos= Muito dependente					

ATIVIDADES	/			/			/		
	Sem Ajuda	Com Ajuda Parcial	Não Consegue	Sem Ajuda	Com Ajuda Parcial	Não Consegue	Sem Ajuda	Com Ajuda Parcial	Não Consegue
	3	2	1	3	2	1	3	2	1
1. Uso do telefone									
2. Fazer compras									
3. Preparo de refeições									
4. Tarefas domésticas									
5. Lavar roupas									
6. Transporte									
7. Responsabilidade para tomar medicamentos									
8. Manipulação de dinheiro									
TOTAL									

As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

 Assinatura do Estagiário

 Assinatura do Supervisor

Fonte: Promove São Camilo

Anexo C - AMPI/AB

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA - AMPI/AB							
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação		
13	Atividades Básicas da Vida Diária - ABVD	O(a) sr.(a.) precisa de ajuda para sair da cama?	Sim ()	Não ()	Marcar cada item como Sim ou Não. A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Não e 1, se houver de um a quatro itens assinalados como Sim.		
		O(a) sr.(a.) precisa de ajuda para vestir-se?	Sim ()	Não ()			
		O(a) sr.(a.) precisa de ajuda para alimentar-se?	Sim ()	Não ()			
		O(a) Sr(a) precisa de ajuda para tomar banho?	Sim ()	Não ()			
		Encaminhamentos	Em caso afirmativo em uma ou mais alternativas, atribuir apenas 1 ponto. Portanto, pontuação máxima = 1. Para idosos que necessitem de ajuda em uma ou mais atividades, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT.				
		Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme orientações sobre a pontuação geral. Para os idosos que apresentarem alterações nos testes aplicados, realizar plano de cuidados específico e encaminhamentos necessários.				
14	Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD	O(a) sr.(a.) precisa de ajuda para realizar atividades fora de casa?	Sim ()	Não ()	Marcar cada item como Sim ou Não. A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Não e 1, se houver de um ou dois itens assinalados como Sim.		
		O(a) sr.(a.) precisa de ajuda para lidar com seu dinheiro (pagar contas, conferir troco, ir ao banco, etc)?	Sim ()	Não ()			
		Encaminhamentos	Para idosos que apresentem uma ou mais dificuldades, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT				
		Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme orientações sobre a pontuação geral. Para os idosos que apresentarem alterações nos testes aplicados, realizar plano de cuidados específico e encaminhamentos necessários.				
15	Incontinência	O(a) sr.(a.) perde urina sem querer?	Sim ()	Não ()	Marcar cada item como Sim ou Não. A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Não e 1, se houver um ou dois itens assinalados como Sim.		
		O(a) sr.(a.) perde fezes sem querer?	Sim ()	Não ()			
		Encaminhamentos	Para os idosos que apresentem uma ou mais dificuldades, encaminhar para consulta de Enfermagem.				
		Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.				
16	Perda de peso não intencional	Nos últimos 12 meses o(a) sr.(a.) perdeu peso sem ter feito dieta ou mudado qualquer hábito de vida? (4,5 kg ou 5% de perda nos últimos 12 meses)	Sim ()	1	Não ()	0	
		Encaminhamentos	Em caso afirmativo, realizar o plano de cuidados inicial e encaminhar para avaliação nutricional, conforme referência do serviço.				
		Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme orientações sobre a pontuação geral.				
17	Condições bucais	O(A) sr.(a) tem falta de algum dente?	Sim ()	Não ()	Marcar cada item como Sim ou Não. A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Não e 1, se houver de um a quatro itens assinalados como Sim.		
		Caso o(a) sr.(a.) use prótese, ela está mal adaptada?	Sim ()	Não ()			
		O(a) sr.(a.) tem problemas para mastigar?	Sim ()	Não ()			
		O(a) sr.(a.) tem problemas para engolir?	Sim ()	Não ()			
		O(a) sr.(a.) deixou de comer algum tipo de alimento por causa de problemas nos dentes ou na prótese?	Sim ()	Não ()			
		Encaminhamentos	Em caso de uma ou mais respostas afirmativas, encaminhar para avaliação odontológica conforme o fluxo da saúde bucal.				
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Providenciar o encaminhamento conforme fluxo da Saúde Bucal.						
Pontuação total		TOTAL GERAL Encaminhamentos da Avaliação Multidimensional para a Pessoa Idosa na Atenção Básica - AMPI/AB conforme a seguinte pontuação: 0 - 5 pontos: repetir a AMPI/AB após 12 meses 6 - 10 pontos: repetir a AMPI/AB após 6 meses maior ou igual a 11 pontos: aplicar todos os testes da Avaliação Funcional, realizar o plano de cuidados inicial e encaminhar para a URSI de referência					

*Rastreamento de Capacidade Funcional corresponde aos seguintes testes: Teste de Katz, Teste de Lawton, Teste de Velocidade de Marcha, Timed Up and Go Test (TUGT), Escala de Depressão Geriátrica (EDG ou GDS), Mini-Exame do Estado Mental (MEEM ou Minimental), Teste de Snellen e Teste do Sussurro.

** O plano de cuidados inicial corresponde às ações propostas pela equipe da Unidade Básica de Saúde (com ou sem cobertura da Estratégia de Saúde da Família) no acompanhamento do idoso referenciado a um serviço de especialidade. Tem como objetivo garantir o vínculo entre idoso e equipe na UBS.

** O plano de cuidados específico corresponde às ações propostas pela equipe da Unidade Básica de Saúde (com ou sem cobertura da Estratégia de Saúde da Família) no acompanhamento do idoso com alterações em algum item específico da AMPI/AB. Deve fortalecer o vínculo entre equipe/idoso/família.

OBSERVAÇÕES

Fonte: UBS Parque São Lucas

ANEXO D - WHOQOL BRIEF

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO



14º

CONGRESSO PAULISTA DE
SAÚDE PÚBLICA

SAÚDE E PODER: RECONECTANDO
CIDADÃOS E TRABALHADORES AO SUS

26 a 30 de SETEMBRO de 2015 - SÃO CARLOS/SP

CERTIFICADO

Certificamos que **JANAYNA GOYANA GOMES DE OLIVEIRA, TAMIRES GABRIELA FOGAÇA, ÉBE DOS SANTOS MONTEIRO CARBONE**, participaram do 14º Congresso Paulista de Saúde Pública, realizado nos dias 26 a 30 de setembro de 2015 na UFSCar em São Carlos – SP na qualidade de autores do trabalho **AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA**.

Marília C. P. Louvison
Presidente APSP

Marco Akerman
Coordenador da Comissão Científica

Giovanni Gurgel Aciole
Coordenador Local UFSCar

PROMOÇÃO _____



REALIZAÇÃO _____



Certificado

Certificamos que o trabalho

AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

dos autores: TAMIRES GABRIELA FOGAÇA; JANAYNA EMANUELLE GOYANA GOMES DE OLIVEIRA NASCIMENTO; ÉBE DOS SANTOS MONTEIRO CARBONE, foi apresentado, na modalidade Pôster Digital, no evento 9º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia ocorrido de 19 a 21 de novembro de 2015 no Centro de Convenções Frei Caneca em São Paulo/SP.

São Paulo, 21 de novembro de 2015



9º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia

8º Simpósio das Ligas Geriatria e Gerontologia

Prova de Título em Geriatria e Gerontologia

EDUCAÇÃO | CIÊNCIA | ATUALIZAÇÃO

19 a 21 de novembro | 2015

Centro de Convenções Frei Caneca | São Paulo | SP

Renata F. Nogueira Salles

Dra. Renata Freitas Nogueira Salles
Presidente do Congresso - Geriatria

Mariela Besse

Mariela Besse
Presidente do Congresso - Gerontologia
Presidente da Comissão Científica Gerontologia

Maisa Kairalla

Dra. Maisa Kairalla
Presidente Comissão Científica Geriatria

