

**INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR
UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO**

Aiane Xavier Felipe Batalha

Luísa Lage Souza Vidal

Aiala Xavier Felipe da Cruz

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DE IDOSOS
ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE IPATINGA**

IPATINGA

2013

Aiane Xavier Felipe Batalha
Luísa Lage Souza Vidal
Aiala Xavier Felipe da Cruz

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DE IDOSOS
ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE IPATINGA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Instituto Metropolitano de Ensino Superior-
IMES/Univaço, como requisito parcial à
graduação no curso de medicina.

Prof.^a orientadora: Aiala Xavier Felipe da Cruz

IPATINGA

2013

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DE IDOSOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE IPATINGA

Aiane Xavier Felipe Batalha¹, Luísa Lage Souza Vidal¹ & Aiala Xavier Felipe da Cruz²

1- Acadêmicas do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

2- Docente do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientadora do TCC.

Resumo

Introdução: No Brasil, o número de pessoas com mais de 60 anos correspondem a cerca de 11% da população total. Assim, o estudo da incapacidade funcional possibilita o reconhecimento de problemas que são comuns aos idosos e freqüentemente negligenciados e permite desenvolver ações que contribuam para um envelhecimento mais ativo e saudável. **Objetivo:** investigar o perfil sócio-demográfico e os principais fatores que interferem na qualidade de vida dos indivíduos idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família do município de Ipatinga, MG. **Material e métodos:** estudo de caráter descritivo e quantitativo, cuja amostra foi composta por 181 pacientes com idade acima de 60 anos. Aplicou-se um formulário contendo questões sobre variáveis sócio-demográficas, e posteriormente realizadas uma avaliação multidimensional rápida através da tabela adotada pelo Ministério da Saúde. **Resultados e discussão:** As características gerais dos 181 idosos entrevistados foram às seguintes: 51,9% eram mulheres, 33,7% apresentavam entre 60-65 anos, 63,5% eram casados, 56,4% católicos, 65,2% aposentados, 60,2% apresentavam apenas o primário como estudo, 93,9% com renda entre 1-5 salários mensais, 42% moram com os cônjuges. Dentre as alterações de saúde, a doença mais prevalente foi a hipertensão arterial (68%) e a alteração geriátrica mais recorrente foi a incontinência urinária (21,5%). **Conclusão:** A realização deste estudo forneceu indicadores para o planejamento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde dos idosos.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Avaliação multidimensional. Envelhecimento.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações se dão de forma radical e bastante acelerada, processo que, do ponto de vista puramente demográfico, deve-se unicamente ao rápido e sustentado declínio da fecundidade. (CARVALHO; GARCIA, 2003).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2010, o número de pessoas com mais de 60 anos é superior a 20 milhões, o que corresponde a cerca de 11% da população total e a estimativa para 2025 será de 15% da população. (IBGE, 2010).

O rápido processo de envelhecimento, no Brasil, ainda não foi estudado suficientemente para fornecer dados necessários ao desenvolvimento de políticas para essa parcela da população. (GARRIDO; MENEZES, 2011).

A prioridade na atenção à saúde dos idosos deve voltar-se para estratégias que possibilitem a vida mais saudável, além da monitorização de indicadores capazes de avaliar a morbidade, o impacto da doença e/ou incapacidade na qualidade de vida dos idosos e de suas famílias. Dentre as ações que podem contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável, aponta-se o diagnóstico situacional das condições de vida através da avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa que pode ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde. (VICTOR *et al.*, 2009).

O uso de instrumentos de avaliação funcional de fácil aplicação possibilita o reconhecimento de problemas que são comuns e freqüentemente negligenciados. Permite modificar o foco de intervenção preventiva e de manejo clínico pró-ativo daqueles problemas que mais afetam a qualidade de vida do idoso. (DUNCAN *et al.*, 2006).

O instrumento adotado pelo Ministério da Saúde consiste em uma abordagem rápida que inclui a avaliação das seguintes áreas: nutrição, visão, audição, incontinência urinária, atividade sexual, humor/depressão, cognição e memória, função dos membros superiores e inferiores, atividades diárias, domicílio, queda e suporte social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O presente estudo teve por objetivo investigar o perfil sócio-demográfico e os principais fatores que interferem na qualidade de vida de indivíduos com mais de 60

anos baseando na avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa proposto pelo Ministério da Saúde.

Material e métodos

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de delineamento transversal, por amostragem, realizado com 181 pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no Município de Ipatinga, cadastrados na Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Vila Militar.

A população de referência foi constituída a partir do universo de idosos cadastrados na unidade citada (n=381) que foram identificados a partir do SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica. Considerado esse total de 381 idosos, e prevalência que visa maximizar o tamanho amostral (50%), já que se tratava de um estudo com objetivo de traçar um perfil geral da população, para um critério de 95% de confiança e precisão de 5%, totalizaram uma amostra 192 idosos. Participaram efetivamente do estudo 181 idosos (94,3%). Entre os demais, 04 (2,1%) recusaram-se a participar, 07 (3,6%) não compareceram à unidade.

Para realização dos cálculos amostrais de inquérito utilizou-se o Programa OpenEpi versão 2.3 (disponível em www.openepi.com).

Os critérios de inclusão foram indivíduos de ambos os sexos, maiores de 60 anos, cadastrados na USF-Vila Militar. Foram excluídos do estudo os pacientes acamados e aqueles que se recusaram a participar ou assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu entre janeiro a julho de 2012 e consistiu na aplicação de um formulário contendo as variáveis sócio-demográficas (APÊNDICE A) e na avaliação individual.

O instrumento utilizado no estudo para avaliação multidimensional, está representado no Quadro 1. O mesmo é adotado pelo Ministério da Saúde e se baseia no método desenvolvido por Lachs *et al.* (1990).

QUADRO 1: Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa,

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE
NUTRIÇÃO	O (A) Sr (a) perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? Peso atual e altura. Calcular IMC
VISÃO	“O (A) Sr (a) sente dificuldade para ler, assistir televisão, dirigir ou para executar qualquer outra atividade da vida cotidiana?”
AUDIÇÃO	Teste do Sussurro. O examinador se posicionava fora do campo visual da pessoa idosa a uma distância de aproximadamente 33 cm e “sussurrava”, em cada ouvido, uma questão breve e simples como, por exemplo, “qual o seu nome?”
INCONTINENCIA	O (A) Sr (a) já perdeu urina ou sentiu-se molhado (a)?
ATIVIDADE SEXUAL	O (A) Sr (a) tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?
HUMOR/ DEPRESSÃO	“O (A) Sr (a) se sente triste ou desanimado (a) frequentemente?” Se sim, aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar que repita o nome dos objetos: maçã, mesa e dinheiro. Após 3 minutos, pedir que os repita.
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: capacidade de tocar a nuca com ambas às mãos Distal: capacidade de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.
FUNÇÃO DOS MMII	Capacidade de levantar da cadeira, caminhar 3,5 metros, voltar e sentar-se sem ajuda.
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, capaz de: Sair da cama? Vestir-se? Preparar suas refeições? Fazer compras?”
DOMICÍLIO	Na sua casa há: “Escadas? Tapetes soltos? Corrimão no banheiro?”.
QUEDA	Quantas no último ano?
SUPORTE SOCIAL	“Alguém poderia ajudá-lo (a) caso fique doente ou incapacitado? Quem poderia ajudá-lo (a)?”

FONTE: Ministério da Saúde (2007, p.48-49)

Utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), em sua versão simplificada com 15 perguntas, proposta por Yesavage *et al.* (1983) e validada no Brasil por Stoppe Júnior *et al.* (1994) a qual tem demonstrado confiabilidade na prática clínica (ANEXO A).

As informações obtidas foram processadas no programa Epi Info, versão 3.5.3, e organizadas de acordo com o percentual, sendo apresentadas em tabelas

Para realização do estudo, houve autorização do Departamento de Atenção à Saúde do município e da equipe de saúde da unidade. O protocolo de pesquisa obteve aprovação em 14/12/2011 pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais/UNILESTE (nº49.287.11). A coleta de dados foi realizada na unidade de saúde, pelas acadêmicas, supervisionadas pela pesquisadora orientadora. Foi realizada uma capacitação para que não houvesse divergências em relação à abordagem dos entrevistados.

Resultados

As características sócio-demográficas e clínicas dos idosos estão apresentadas nas tabelas a seguir. Conforme a Tabela 1, as idades variaram de 60 a 90 anos, com média de 68,65 anos e desvio-padrão de 7,06 anos. Com 33,7% a faixa etária que concentrou o maior número de idosos foi a de 60 a 65 anos.

Quanto ao sexo dos participantes, a maioria era mulheres, com um total de 94 (51,9%) e 87 (48,1%) do sexo masculino. Em relação ao estado civil, 115 (63,5%) eram casados, 18 (9,9%) solteiros, 36 (19,9%) divorciados e a minoria 12 (6,6%) viúvos. Foi observado que 60,2% possuíam somente escolaridade primária. No arranjo domiciliar, apenas 25,4% dos idosos informou residir sozinhos. Em relação às pessoas com as quais os idosos residiam 42,0% moravam com o cônjuge.

No que se refere à ocupação, a grande maioria (65,2%) eram aposentados. A categoria outra (11%), é relativa aos idosos que não trabalham ou são dependentes financeiramente de alguém ou ainda, é aquele idoso que é aposentado, mas está trabalhando em outro emprego.

Quanto à religião prevalente nos entrevistados, 102 (56,4%) idosos eram católicos.

Tabela 1: Características demográficas de idosos cadastrados no programa de saúde da família. Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	94	51,9%
Masculino	87	48,1%
Estado Civil		
Solteiro (a)	18	9,9%
Casado (a)	115	63,5%
Divorciado (a)	36	19,9%
Viúvo (a)	12	6,6%
Religião		
Católico	102	56,4%
Evangélico	74	40,9%
Espírita	02	1,1%
Nenhuma	03	1,7%
Ocupação		
Aposentado	118	65,2%
Pensionista	26	14,4%
Trabalhador	17	9,4%
Outra	20	11,0%
Escolaridade		
Analfabeto	49	27,1%
Primário	109	60,2%
Primeiro grau	12	6,6%
Segundo grau	10	5,5%
Curso superior	01	0,6%
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	07	3,9%
De 1 a 5 salários	170	93,9%
Mais de 5 salários	04	2,2%
Com quem reside		
Sozinho	46	25,4%
Cônjuge	76	42,0%
Cônjuge e filhos	33	18,2%
Filhos ou netos	07	39,0%
Outros	19	10,5%

Em relação ao rendimento mensal em salários mínimos, importante destacar que a minoria dos idosos (2,2%) apresentou uma renda com mais de 05 salários. Enquanto 170 (93,9%) idosos apresentaram uma renda de 1 a 05 salários.

Conforme a Tabela 2, a doença mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (68,0%) seguida pela diabetes mellitus (20,4%).

Em relação à nutrição, observou-se que 7,7% tiveram perda de peso acima de 4 kg sem causa aparente no último ano.

Tabela 2: Doenças preexistentes nos idosos cadastrados no programa de saúde da família. Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

Variável	N	%
Hipertensão Arterial		
Sim	123	68,0%
Não	58	32,0%
Diabetes Melitus		
Sim	37	20,4%
Não	144	79,6%
Osteoporose		
Sim	16	8,8%
Não	165	91,2%
Artrose		
Sim	15	8,3%
Não	166	91,7%
Outras Doenças		
Sim	24	13,3%
Não	157	86,7%
Nenhuma Doença		
Sim	36	19,9%
Não	145	80,1%

Com relação à acuidade visual, 87,3% (n=158) dos idosos afirmaram não terem dificuldades para realizarem as atividades da vida diária devido a comprometimento visual. Dos idosos com comprometimento visual, um era cego desde o nascimento.

Quando aplicado o teste do sussurro, 90,1% (n=163) responderam à pergunta feita no ouvido direito e 89,5% (n=162) à pergunta no ouvido esquerdo.

Sobre incontinência urinária, 21,5% dos idosos relataram já terem perdido urina ou se sentirem molhados.

A respeito da atividade sexual, 34,3% afirmaram não ter relações sexuais, enquanto 39,2% disseram não ter problema algum para desfrutar do prazer sexual.

Na tabela 3, encontram-se as frequências da GDS-15, de modo que 11,60% dos avaliados foram classificados com sintomas de depressão leve ou moderada e 2,2%, grave; 45,3% repetiram corretamente e 14,4% não repetiram nenhuma das palavras solicitadas durante a avaliação do item cognição e memória.

Tabela 3: Resultados do rastreamento para depressão e nível de cognição e memória de idosos inscritos no Programa de Saúde da Família de Ipatinga. Ipatinga, MG, 2013.

Variável	n (181)	% (100)
Depressão		
Sem depressão	156	86,2
Depressão leve ou moderada	21	11,6
Depressão grave	04	2,2
Cognição e memória		
Repetição total	82	45,3
Repetição parcial	73	40,3
Sem repetição	26	14,4

A avaliação da mobilidade dos membros superiores e inferiores, revelou que 97,2% (n=176) e 98,3% (n=178) respectivamente foram capazes de realizar os movimentos solicitados.

Quase a totalidade dos idosos 95,3% declarou independência realizar as atividades diárias.

Dos entrevistados, 32,8% (n=60) tiveram uma ou mais quedas nos últimos 12 meses. Com relação ao domicílio, foram identificados presença de escada em 75,7% das casas, tapetes soltos em 76,2% e ausência de corrimão no banheiro em 96,1% dos domicílios.

Sobre o item suporte social 92,8% contariam com alguém, sendo que o cônjuge e os filhos foram os mais citados, 87,5%.

Discussões

A predominância de mulheres reforça a chamada "feminização da velhice", pois a razão de feminilidade no grupo de idosos é crescente no Brasil. (VICTOR *et al.*, 2009). Ocorreu maior percentual de idosos do sexo feminino (51,9%). Embora o motivo para essa diferença não tenha sido pesquisado, possíveis justificativas referem-se a maior longevidade da mulher, pois, dentre outras causas, estas possuem menor exposição a fatores de riscos, como tabagismo e etilismo, além das diferenças de atitude entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento das doenças. (BORGES *et al.*, 2008; CECILIO; MARIN, 2009).

A faixa etária prevalente foi a de 60-65 anos, a qual se assemelha aos dados encontrados em pesquisas relacionadas ao envelhecimento. (COUTINHO *et al.*, 2009; MORAES; URSINE, 2011). Por outro lado, a baixa participação de idosos com

mais de 84 anos pode decorrer de maiores graus de dependência e comorbidades com o aumento da idade, limitando o acesso ao posto de saúde. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2012).

Na variável estado civil, prevalece a condição de casado (a), seguido de divorciado (a). Em uma pesquisa mais recente foi encontrado um percentual de casado (a) que chega a 70%. Esse resultado se aproxima mais do presente estudo. Essas porcentagens podem indicar que os idosos conseguem viver por mais tempo em união estável. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2012).

Referente à religião, foi demonstrado um menor percentual de pessoas da religião católica (56,4%) em relação à população brasileira (77,8%), e maior número de evangélicos (40,9%) em relação ao perfil nacional (12,4%). (IBGE, 2000; RIGO *et al.*, 2010).

Quanto à ocupação, observou-se que 65,2% dos idosos eram aposentados. Estudo acerca da situação de idosos no mercado de trabalho brasileiro revelou dados semelhantes, com 68,4% de aposentados. (VICTOR *et al.*, 2009). Pesquisas demonstram, ainda, que aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de renda dos idosos brasileiros. (NUNES *et al.*, 2010). Apenas 9,4% dos idosos continuavam tendo uma ocupação profissional devido à necessidade de complementação da renda familiar, pois de acordo com os dados relativos à renda, mostrou-se que os idosos deste PSF possuem baixos salários onde, muitos deles (93,9%) recebiam entre 1-5 salário mínimo. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2012).

Esta realidade limita o acesso a bens de consumo de serviços como um plano de saúde, por isso é dito que a renda do idoso é um dos principais determinantes do seu estado de saúde. (NUNES *et al.*, 2010).

Quanto às variáveis socioeconômicas dos idosos, foi observada uma elevada taxa de analfabetos (27,1%), o que vai de encontro dos resultados de pesquisas sobre o perfil educacional dos idosos brasileiros que em regra é ruim. (PARAHYBA *et al.*, 2005). Baixos níveis de educação e piores condições socioeconômicas estão associados a maiores riscos de deficiência e morte, pois idosos analfabetos podem estar mais sujeitos a dificuldades nas atividades de vida diária, como o simples ato de ler uma receita médica e segui-la corretamente. (CECILIO; MARIN, 2009).

A situação familiar dos idosos revelou que 39,0% moravam em domicílio multigeracional, prevalecendo os domicílios com três gerações (presença de filhos e netos). Idosos que residem em domicílios multigeracionais tendem a ser mais pobres

e mais dependentes, podendo representar mais que uma necessidade de sobrevivência do que uma escolha pessoal. (VICTOR *et al.*, 2009). O fato de dividirem o mesmo teto com netos, onde a maioria são crianças, pode favorecer a priorização dos cuidados para a criança em detrimento dos idosos. (RIGO *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2011).

Percentual significativo de idosos (25,4%) é dos que moram sozinhos, fato que não significa um problema em si, já que pode ser por opção. A OMS, entretanto, considera esta condição como um estado de risco, haja vista a possibilidade de perda da autonomia, solidão e sentimentos de vulnerabilidade. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2012).

A doença crônica mais freqüente foi a hipertensão arterial. A prevalência da hipertensão arterial foi de 68,0%, o que diferiu expressivamente do observado na população idosa brasileira com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) (43,9%). (COUTINHO *et al.*, 2009; RIBEIRO; SANTOS, 2011).

Estudos mostram que, durante o envelhecimento, os idosos queixam-se de dificuldade visual e auditiva. (ARAÚJO *et al.*, 2003; FELICIANO *et al.*, 2004; NAKATANI *et al.*, 2003). Com referência a estas alterações, os resultados encontrados foram semelhantes ao estudo realizado por Schneider *et al.* (2008), cuja prevalência ficou em torno de 20%. Em se tratando do comprometimento auditivo, os dados obtidos foram concordantes com a avaliação feita por Hott e Pires (2011), demonstrando baixa prevalência de déficit auditivo. Conforme citado por Scheneider, a baixa porcentagem do déficit talvez seja devido ao método empregado não ser o padrão-ouro (audiometria). Deve-se considerar uma limitação na comparação de estudos com resultados semelhantes, tendo em vista os diferentes protocolos, além de diferenças socioculturais entre os grupos pesquisados.

Corroborando os dados do presente estudo, com relação à atividade sexual, pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) constatou que 55% dos adultos com idade de 55 anos ou mais negaram atividade sexual. (PAIVA *et al.*, 2003). Em outro estudo, Batista *et al.* (2011) relatou que quando questionados sobre a atividade sexual, 73,9% dos entrevistados referiram não ter vida sexual ativa. O mesmo justificou que devido ao avanço da idade, é possível que a atividade sexual diminua, sobretudo em função do declínio das condições físicas.

A avaliação cognitiva mostrou que 54,7% dos idosos apresentaram triagem positiva para alterações cognitivas. Estes dados se assemelham ao estudo realizado por Machado *et al.* (2011), no qual aproximadamente 36,5% dos idosos entrevistados apresentaram déficits cognitivos. O comprometimento cognitivo afeta a capacidade funcional do indivíduo no seu dia a dia, implicando perda de independência e autonomia com conseqüente perda da qualidade de vida do idoso. (ABREU *et al.*,2005).

A presença de depressão na população estudada foi de 13,2%. Barcelos-Ferreira *et al.* (2009) avaliando 1.563 idosos comunitários em São Paulo encontrou prevalência de 13%. Já em estudo realizado por Hoffmann *et al.* (2010) em uma comunidade no norte de Minas Gerais encontrou 20,9%, resultado semelhante ao encontrado no estudo de Lima *et al.* (2009) envolvendo 1.639 idosos, onde 325 (19,8%) apresentavam rastreio positivo para depressão. Por estar fortemente associada com os piores níveis de capacidade funcional que, por sua vez, aumenta em muito o risco de morte, Ramos *et al.* (2001) afirma que a sintomatologia depressiva pode não ser um fator determinante de mortalidade mas certamente contribui para a perda funcional do idoso .

Pelos resultados obtidos neste estudo, destaca-se que uma parcela significativa (32,8%) de idosos já sofreu algum tipo de queda no último ano. Resultado semelhante ao obtido por Nunes *et al.* (2010) em estudo de população do sul de Minas Gerais, no qual 38,7% referiram quedas. As quedas têm como conseqüências, além de possíveis fraturas e risco de morte, o comprometimento progressivo em sua capacidade funcional ao longo do tempo, na medida em que, pelo medo de caírem, os idosos podem se encontrar em uma situação de baixa autoconfiança para realizar atividades do dia a dia. (FABRÍCIO *et al.*,2004).

Estudos revelaram que a prevalência da incontinência urinária no idoso varia de 8 a 34%. (HERZOG; FULTZ, 1990, apud PICCOLI *et al.*, 2012). No presente estudo, manifestou-se em 21,5%. Essa variação da prevalência pode ser parcialmente explicada pelos diferentes tipos de questionários aplicados, pelas amostras populacionais distintas, pela falta de uniformização nas definições, pela ausência de seguimento em longo prazo das populações estudadas e pelo desconhecimento da história natural da incontinência urinária. (REIS *et al.*, 2013).

Para a Organização Mundial da Saúde (1981), incapacidade funcional é definida como a dificuldade, por causa de uma deficiência, para realizar atividades

típicas e pessoalmente almejadas na sociedade. Frequentemente, é avaliada através de declaração indicativa de dificuldade, ou de necessidade de ajuda, em tarefas básicas de cuidados pessoais e em tarefas mais complexas, necessárias para viver independente na comunidade. Em nosso estudo, 95,3% dos idosos declaram independência para sair de casa. Em se tratando da avaliação da mobilidade dos membros superiores e inferiores, 97,2% (n=176) e 98,3% (n=178) respectivamente dos pacientes não apresentaram restrição para realização de movimentos.

Giacomin et al. (2008) teve por objetivo estimar a prevalência da incapacidade funcional entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, os resultados mostraram que 16% dos idosos apresentavam algum grau de incapacidade para realizar atividades da vida diária. Taxa de prevalência semelhante foi observada para a população idosa brasileira na avaliação de Lima-Costa *et al.* (2003). Inquérito domiciliar realizado por Fiedler e Peres (2008) no Sul mostrou que 37,1% dos idosos apresentaram restrição para a realização das atividades da vida diária. Segundo Rosa *et al.* (2003) as atividades básicas da vida diária são as últimas a serem comprometidas em decorrência do envelhecimento ou dos agravos à saúde.

Conclusões

O estudo realizado permitiu rastrear indivíduos de maior risco e fornecer subsídios para intervenções precoces na promoção à saúde, visando a manutenção da autonomia e independência desses idosos através de ações preventivas que poderão postergar ou evitar o aparecimento de uma massa de idosos com limitações físicas e mentais, e um conseqüente custo econômico e social.

Entretanto, qualquer instrumento tem limitações e sozinho não é suficiente para o diagnóstico. Nada substitui a escuta qualificada realizada por profissional de saúde habilitado e a investigação de todos os aspectos que envolvem a vida da pessoa.

Embora os resultados encontrados no nosso estudo tenham sido semelhantes aos de outros estudos nacionais, não se encontrou outro estudo nacional que tenha utilizado o mesmo protocolo para avaliar o referido desfecho devendo, portanto,

considerar esta limitação ao serem feitas comparações diretas entre os resultados dos diferentes estudos.

Sugere-se a utilização de instrumentos mais complexos para os entrevistados que apresentaram triagem positiva para problemas de saúde condicionantes de declínio funcional, dando assim continuidade ao trabalho realizado.

EVALUATION FAST MULTIDIMENSIONAL OF SENIORS ASSISTED IN AN UNIT OF HEALTH OF THE FAMILY OF THE MUNICIPAL DISTRICT OF IPATINGA

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, the number of persons over 60 years account for about 10% of the total population. Thus, the study of disability enables recognition of problems that are common to the elderly and frequently overlooked and allows develop actions that contribute to a more active and healthy aging. **Objectives:** Investigating the socio-demographic profile and the main factors that affect the quality of life of elderly individuals enrolled in a family health unit of the city of Ipatinga, MG. **Methods:** a descriptive study and quantitative, whose sample consisted of 181 patients aged over 60 years. We applied a form containing questions about socio-demographic variables, and subsequently conducted a multidimensional assessment quickly through the table adopted by the Ministry of Health. **Results and discussion:** The general characteristics of the 181 subjects interviewed were as follows: 51.9% were women, 33.7% were between 60-65 years, 63.5% were married, 56.4% Catholic, 65.2% retired, 60.2% had only primary as study, 93.9% with income between 1-5 monthly salaries, 42% live with their spouses. Among the changes in health, disease was more prevalent hypertension (68%) and geriatric change was the most recurrent urinary incontinence (21.5%). **Conclusion:** This study provides indicators for the planning of disease prevention and health promotion of the elderly.

Key words: Aging health. Multidimensional assessment. aging

Referências Bibliográficas

ABREU, I.D. *et al.* Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev Psiquiatr Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 3, p.131-136, 2005.

ALBUQUERQUE, A.G. *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, 2012.

ARAÚJO, M. A. S. *et al.* Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia (GO). *Revista da UFG*, Goiânia, v. 5, n. 2, 2003.

BARCELOS-FERREIRA, R. *et al.* Clinically significant depressive symptoms and associated factors in community elderly subjects from Sao Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry*. v. 17, n. 7, p. 582-590, 2009.

BATISTA, A.F.O. *et al.* Idosos: associação entre o conhecimento da AIDS, atividade sexual e condições sócio-demográficas. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2011.

BORGES, P.L.C. *et al.* Perfil dos idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.

CECILIO, L.C.O.; MARIN, M.J.S. Necessidade da saúde de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, São Paulo, v. 12, n. 1. 2009.

COUTINHO, R.X. *et al.* Perfil de idosos praticantes de atividades físicas: saúde e atividades da vida diária. *Revista Digital*, Buenos Aires, v. 14, n. 133, 2009.

DUNCAN, B. B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FABRÍCIO, S.C.C. *et al.* Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004.

FELICIANO, A.B. *et al.* O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1575-1585, 2004.

FIEDLER, M.M.; PERES, K.G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2008.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev. Bras. Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, 2011.

GIACOMIN, K.C. *et al.* Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, 2008.

HOFFMANN, E.J. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, 2010.

HOTT, A.M.; PIRES, V.A.T.N. Perfil dos idosos inseridos em um centro de convivência. *Revista enfermagem integrada*, Ipatinga, v.4, n.1, p. 765-778, 2011.

IBGE. Censo Demográfico 2000. Perfil de idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. 2000.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Brasília: IBGE, 2011.

LACHS, M.S. *et al.* A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med.*, Connecticut, v.112, n. 9, 1990.

LIMA-COSTA, M.F. *et al.* Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.

LIMA, M.T.R. *et al.* Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v.58, n.1, 2009.

MACHADO, J.C. *et al.* Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2011.

NAKATANI, A.Y.K. *et al.* Perfil sociodemográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. *Rev Soc Bra Clín Médica*, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 131-136, 2003.

NUNES, D.P. *et al.* Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, 2010.

PAIVA, V. *et al.* Uso de preservativos .Pesquisa Nacional MS / Ibope; 2003. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

PARAHYBA, M.I. *et al.* Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005 .

PICCOLI, C.T. *et al.* Prevalência da incontinência urinária em idosos institucionalizados da Sociedade Beneficente Jacinto Godoy de Erechim, RS. *EFDeportes.com, Revista Digital*, Buenos Aires, v. 17, n. 168, 2012.

RAMOS, L.R. *et al.* Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, n.2, 1993.

RAMOS, L.R. *et al.* Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2-year follow-up. *J Am Geriatr Soc.*, v. 49, n. 9, p. 1168-1175, 2001.

REIS, R.B. *et al.* Incontinência urinária no idoso. *Acta Cir. Bras.*, São Paulo, v.18 (Supl. 5), 2013.

RIGO, I.I. *et al.* Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, 2010.

ROSA, T.E.C. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

SANTOS, M.B.; RIBEIRO, S.A. Dados sócio-demográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2011.

SCHNEIDER, R.H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R.R. Avaliação funcional de idosos. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v.18, n. 1, p. 4-9, 2008.

SILVA, M.D.C. *et al.* Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, 2011.

STOPPE, J.A. *et al.* Avaliação de depressão em idosos através da Escala de Depressão Geriátrica: resultados preliminares. *Revista APB-APAL*, v. 16, n. 4, p.149-53, 1994.

URSINE, P.G.S.; MORAES C.L. Prevalência de Idosos Restritos ao Domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, 2011.

VICTOR, J.F. *et al.* Perfil sócio-demográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta paul. Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n.1, 2009.

World Health Organization. Disability prevention and rehabilitation. Geneva: WHO; 1981.

YESAVAGE, J.A. *et al.* Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

APÊNDICE A – Formulário sociodemográfico e clínico

FORMULÁRIO

1. Dados do paciente

Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

Paciente (iniciais): _____ Sexo: _____

Idade: _____ Estado civil: _____

Religião: _____

1. Ocupação

- () Aposentado (a) () Trabalhador
() Pensionista () Outra

2. Grau de Escolaridade

- () Analfabeto () 1º grau completo ou incompleto
() Primário incompleto () 2º grau completo ou incompleto
() Primário completo () Ensino superior completo ou incompleto

3. Renda Familiar

- () Menos de 1 salário mínimo
() De 1 a 5 salários mínimos
() Mais de 5 salários mínimos

4. Com quem reside?

- () Cônjuge () Filhos ou netos () Sozinho(a)
() Cônjuge e filhos () Outros parentes

5. Doenças preexistentes

- () Osteoporose () Osteoartrose
() Hipertensão Arterial Sistêmica () Diabetes Mellitus
() Nenhuma () Outras

ANEXO A - Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS-15)

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA (GDS-15)

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Está satisfeito(a) com sua vida? | Sim () Não () |
| 2. Interrompeu muitas de suas atividades? | Sim () Não () |
| 3. Acha sua vida vazia? | Sim () Não () |
| 4. Aborrece-se com freqüência? | Sim () Não () |
| 5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo? | Sim () Não () |
| 6. Teme que algo ruim lhe aconteça? | Sim () Não () |
| 7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? | Sim () Não () |
| 8. Sente-se desamparado com freqüência? | Sim () Não () |
| 9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? | Sim () Não () |
| 10. Acha que tem mais problemas de memória que os outros? | Sim () Não () |
| 11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)? | Sim () Não () |
| 12. Sente-se inútil? | Sim () Não () |
| 13. Sente-se cheio/a de energia? | Sim () Não () |
| 14. Sente-se sem esperança? | Sim () Não () |
| 15. Acha que os outros tem mais sorte que você? | Sim () Não () |

Como procedimento para o preenchimento da Escala de Depressão Geriátrica de versão reduzida, deve atender-se que os itens 1, 5, 7, 11 e 13, devem ser pontuados negativamente, isto é, a uma resposta “Não” corresponde um ponto. Aos itens 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15, será atribuído um ponto à resposta positiva “Sim”. A quantificação dos resultados seguirá à seguinte classificação: valores de 0 – 5: idosos normais; para pontuações entre 6 – 10, são indicativos de depressão de severidade crescente; uma pontuação 11 – 15 é indicação de idosos gravemente deprimidos. Para o estudo da depressão e sua relação com as variáveis em estudo, será estabelecido três grupos, em função dos resultados individuais obtidos: não deprimidos, depressão moderada e depressão grave.