

# **AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

Fátima Tatyane Alves do Nascimento (1); Eloir Rayne Protásio da Costa (2); Gabriela Soares de Medeiros (3); Joselúcia da Nobrega Dias (4); Vanessa da Nobrega Dias (5)

(1) *Universidade Potiguar; E-mail: [tatyane Nascimento@gmail.com](mailto:tatyane Nascimento@gmail.com);*

(2) *Universidade Potiguar; E-mail: [eloirrayane@hotmail.com](mailto:eloirrayane@hotmail.com);*

(3) *Universidade Potiguar; E-mail: [medgabi2@gmail.com](mailto:medgabi2@gmail.com);*

(4) *Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Email: [josynobrega14@gmail.com](mailto:josynobrega14@gmail.com);*

(5) *Universidade Potiguar; E-mail: [vanessanobrega.d@hotmail.com](mailto:vanessanobrega.d@hotmail.com)*

## **1 INTRODUÇÃO**

Para se ter uma boa ou excelente qualidade de vida, na terceira idade, se faz necessário ter um controle sobre as alterações causadas no decorrer do processo de envelhecimento, promovendo uma manutenção na funcionalidade para os idosos. Para tal promoção, é preciso ter uma interação entre as funções físicas e psicocognitivas, que favoreçam a essa população, uma maior interação cultural e social, os permitindo realizar suas atividades cotidianas (LOPES; SANTOS, 2015).

Segundo Cassou et al (2008), o nível socioeconômico em idosos da comunidade, é um dos fatores de maior prevalência, que impossibilitam os idosos terem acesso a melhores condições de saúde, e conseqüentemente, os privam de uma boa qualidade de vida, sem acompanhamento e cuidados médicos necessários durante esse processo de envelhecimento, que é caracterizado por mudanças fisiológicas, como a degradação do sistema nervoso. Além disso, a falta de atividade física é um fator que contribui para a perda da funcionalidade da população idosa.

Para Maciel (2010), além do fator idade, a diminuição da mobilidade, equilíbrio, capacidades fisiológicas e alterações psicológicas são fatores que diminuem a funcionalidade do idoso. Para possibilitar uma boa funcionalidade, se faz necessário adotar um bom estilo de vida, como uma alimentação bem equilibrada; prática de atividades físicas; relações afetivas; participação em grupo de idosos, entre outras

atividades que proporcionem a promoção de saúde e redução dos fatores de risco que fragilizam a funcionalidade dessa população.

Destaca-se a relevância da capacidade funcional na velhice, na medida em que é o próprio paradigma da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso, que tem como uma das suas premissas recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, considerando que o conceito de saúde se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência, do que pela presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL, 2008).

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar a funcionalidade dos idosos atendidos em ambulatório de uma Instituição de Ensino Superior da cidade de Natal – RN.

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo, com 42 idosos ativos e participantes do grupo formado pela Instituição.

A amostra do estudo foi constituída por idosos participantes deste estudo são acompanhados por diversas especialidades, sendo atendidos pelos alunos em estágio com a supervisão de um professor. Dentre as especialidades, estão: Medicina, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia, Enfermagem, Educação Física e Serviço Social.

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos; frequentar o grupo de idosos da instituição, aceitar responder ao questionário proposto preenchendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os idosos incapazes de responderem às perguntas, assim como aqueles que obtiveram desempenho inferior ao esperado para a sua escolaridade no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

Os participantes foram avaliados através da Avaliação Multidimensional do Idoso, que continha dados sociodemográficos (gênero, idade, cor, estado civil, grau de escolaridade e vida conjugal) e clínicos (percepção subjetiva da saúde, visão e audição, altura, peso e Índice de Massa Corporal (IMC), número de patologias diagnosticadas, quantidade de medicamentos em uso e realização de atividade física regular).

Utilizou-se o teste cognitivo Mini-Mental State Exam (MMSE), teste de Fluência Verbal, Teste do Desenho do Relógio e a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS – 15), para avaliação psicognitiva.

O Mini Exame do Estado Mental foi validado transculturalmente para o idioma Português, amplamente utilizado para rastrear casos com suspeita de déficit cognitivo (FOLSTEIN et al., 1975; BERTOLUCCI et al., 1994). Foram adotadas para a pesquisa as notas de corte, de acordo com a escolaridade: para analfabetos 18; para pacientes com escolaridade de 1 a 4 anos, 24; para pacientes com 5 a 8 anos, 26; com 9 a 11 anos, 27; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 28.

O Teste do Desenho do Relógio, solicita-se ao indivíduo o desenho espontâneo de um mostrador de relógio com todos os números e com os ponteiros mostrando horário previamente estabelecido. Neste caso, solicitou-se que o paciente demarcasse o horário 11:10. O escore varia de 0 a 5 pontos (ATALAIA-SILVA, LOURENÇO, 2008).

O teste de Fluência Verbal mais empregado em estudos brasileiros é o de categoria semântica (animais/minuto). Neste teste solicita-se ao indivíduo que diga o maior número de animais no menor tempo possível. O escore é definido como o número de itens (excluindo-se as repetições) em um minuto. Para os indivíduos analfabetos, considera-se como nota de corte 9 pontos; para os indivíduos com 8 ou mais anos de escolaridade, considera-se como nota de corte 13 pontos (SILVA et al., 2011).

A Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS – 15) trata-se de um instrumento de fácil e rápida aplicação, capaz de identificar sinais de depressão em paciente idosos. Esta versão é composta por 15 questões, em que os valores de 0 a 4 pontos indicam pacientes não deprimidos; de 5 a 10 pontos indícios de depressão leve ou moderada; e de 11 a 15 pontos, indícios de depressão grave ou intensa (YESAVAGE et al, 1983; SHEIK; YESAVAGE, 1986).

Para a avaliação da mobilidade, o teste utilizado foi o *Timed Up And Go* (TUG). Este consiste em cronometrar o tempo gasto na tarefa de levantar-se de uma cadeira (a partir da posição sentada, com a coluna apoiada), andar 3 metros até um demarcador no solo, girar e voltar andando no mesmo percurso, sentando-se novamente com as costas apoiadas no encosto da cadeira (AVEIRO et al, 2012).

Para a avaliação da funcionalidade, utilizou-se o Índice de Katz e a Escala de Lawton. O desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) - como uso de medicação, preparo de refeições, manejo do dinheiro - foi avaliado pela escala de Lawton, onde os escores variam de 0 a 27 e, quanto maior o escore, melhor o desempenho; e as atividades básicas de vida diária (ABVD) - ligadas ao autocuidado, higiene, alimentação - pela escala de Katz (versão brasileira), nesta os escores vão de 0 a 6 e,

quanto mais alto o escore, pior o desempenho. Considerou-se independentes os idosos que pontuaram 5 ou 6 na escala; dependentes parcialmente, com pontuação 3 ou 4 e dependentes, os que fizeram 0, 1 ou 2 pontos.

Todos os procedimentos estatísticos foram realizados por meio do *software SPSS* versão 20.0 para *Windows*. Foram realizadas análises descritivas simples.

### 3 RESULTADOS

As características sociodemográficas dos idosos estão descritas na tabela 1, tendo sido observado predomínio do sexo feminino (83,3%), faixa etária de 70 a 74 anos (28,6%), com uma média de  $71,8 \pm 6,4$  anos, cor branca (64,3%), sem vida conjugal (54,8%), e escolaridade primária (28,6%), primário incompleto (28,6%) e pós-elementar (28,6%), com um média de  $6,7 \pm 4,6$  anos de estudo. No arranjo domiciliar, 35,7% afirmaram morar com uma geração e 26,2% informaram que moravam sozinhos.

Em relação a autopercepção da saúde, 69,0% relatou ter saúde geral boa, 38,5% ter visão boa e 38,5% visão ruim e 45,2% audição boa, conforme mostra a tabela 2. A média no IMC foi de  $28,6 \pm 5,0$  Kg/m<sup>2</sup>, classificando a amostra como acima do peso.

Dos entrevistados, 57,1% afirmaram praticar algum tipo de atividade física, sendo a hidroginástica a atividade mais prevalente (23,8%).

Do total, 47,3% apresentavam uma ou duas patologias diagnosticadas, dessas a mais frequente foi a osteoartrose (54,7%) e 40,5% faziam uso de três ou quatro medicamentos.

Em relação aos dados psicocognitivos, observou que a maioria (76,2%) não apresentou déficit cognitivo e 78,6% não demonstrou presença de sintomas depressivos. A média no teste de Fluência Verbal foi de  $14,8 \pm 6,6$  e no Teste do Desenho do Relógio foi de  $3,1 \pm 1,8$ .

Quanto a mobilidade, avaliada pelo TUG, a média foi de  $11,5 \pm 4,3$  segundos, ou seja, os indivíduos entrevistados apresentavam menor risco de quedas.

Em relação a funcionalidade, os idosos entrevistados tiveram uma média de  $5,6 \pm 0,6$  pontos no Índice de Katz, com 97,3% apresentando-se independentes quanto as ABVD's. A média na Escala de Lawton foi de  $24,5 \pm 2,9$  pontos, classificando a amostra como independente quanto as AIVD's (Tabela 1).

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis funcionais dos idosos atendidos em ambulatório. Natal – RN, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>Médias (DP)</b>	<b>Mediana</b>	<b>Variação</b>	<b>IC (95%)</b>
Índice de Massa Corpórea	26,3 (5,0)	27,4	20,4-39,2	26,9-30,3
<i>Time Up And Go</i>	11,5 (4,3)	10,3	6,2-30,0	10,1-12,9
Índice de Katz	5,6 (0,6)	6,0	3,0-6,0	5,4-5,8
Escala de Lawton	24,5 (2,9)	26,0	15,0-27,0	23,7-25,7

No Índice de Katz, a categoria que apresentou maior prevalência de incapacidade foi a continência, com 23,8% dos entrevistados afirmando não conseguir ter controle nas fezes e urina (Tabela 2). Na Escala de Lawton, os idosos relataram ter maior dificuldade em: arrumar a casa, com 7,1% afirmando que não consegue e tomar os remédios na dose e horários corretos, com 9,5% relatando não conseguir, conforme mostra a tabela 3.

Tabela 2. Análise descritiva do Índice de Katz dos idosos atendidos em ambulatório. Natal – RN, 2018.

<b>Índice de Katz</b>	<b>Independente N (%)</b>	
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>Banho</b>	42,0 (100,00%)	0,0 (0,0%)
<b>Vestir-se</b>	42,0 (100,00%)	0,0 (0,0%)
<b>Higiene pessoal</b>	41,0 (96,7%)	1,0 (2,4%)
<b>Transferência</b>	40,0 (95,2%)	2,0 (4,8%)
<b>*Continência</b>	<b>32,0 (76,2%)</b>	<b>10,0 (23,8%)</b>
<b>Alimentação</b>	42,0 (100,00%)	0,0 (0,0%)

Tabela 3. Análise descritiva da Escala de Lawton dos idosos atendidos em ambulatório. Natal – RN, 2018.

<b>Escala de Lawton</b>	<b>N (%)</b>		
	<b>Sem ajuda</b>	<b>Com ajuda total</b>	<b>Não consegue</b>

Consegue usar o telefone?	40,0 (95,2%)	1,0 (2,4%)	1,0 (2,4%)
Consegue ir a locais distantes, sem planejamento especial?	38,0 (90,5%)	3,0 (7,1%)	1,0 (2,4%)
Consegue fazer comprar?	37,0 (88,1%)	4,0 (9,5%)	1,0 (2,4%)
Consegue fazer suas próprias refeições?	41,0 (97,6%)	1,0 (2,4%)	0,0 (0,0%)
<b>Consegue arrumar a casa?</b>	<b>37,0 (88,1%)</b>	<b>2,0 (4,8%)</b>	<b>3,0 (7,1%)</b>
Consegue fazer trabalhos manuais?	38,0 (90,5%)	1,0 (2,4%)	3,0 (7,1%)
Consegue lavar e passar a roupa?	37,0 (88,1%)	3,0 (7,1%)	2,0 (4,8%)
<b>*Consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?</b>	<b>37,0 (88,1%)</b>	<b>1,0 (2,4%)</b>	<b>4,0 (9,5%)</b>
Consegue cuidar das suas finanças?	38,0 (90,5%)	2,0 (4,8%)	2,0 (4,8%)

---

#### 4 DISCUSSÃO

Os resultados mostram que a maior parte dos idosos participantes da pesquisa, não apresentam perda de funcionalidade, podendo realizar o desenvolvimento de suas atividades, permitindo-os manter uma boa/excelente qualidade de vida.

Da mesma forma, a maioria dos entrevistados não apresentaram déficit cognitivo nem sintomas depressivos. Para APOSTÓLO et al (2011), o estímulo cognitivo tem fundamental importância e excelentes resultados na prevenção do declínio cognitivo, retardando psicopatologias como a depressão, que gera, ao idoso, uma incapacidade de se auto-cuidar.

Os idosos atendidos no ambulatório receberam programas de treinos cognitivos além de diversas atividades físicas, como a hidroginástica, os exercícios aeróbicos, acompanhamento médico, orientações e reabilitação, através da Fisioterapia. BANHATO et al (2009), afirmam que, a atividade física, proporciona a população idosa, um envelhecimento mais bem-sucedido, gerando um bem-estar físico, mental e social; autonomia e independência; uma maior integridade com a comunidade, além de maior autoestima e aceitação com relação as mudanças causadas nessa fase, e ainda, os afastam e /ou retardam o surgimento de patologias crônicas características da idade, como a hipertensão arterial, e doenças degenerativas em um todo.

Quanto a mobilidade, a amostra mostrou bom desempenho, apresentando menor risco de queda. É possível perceber um declínio não linear no equilíbrio, força muscular

e na marcha com o envelhecimento, o que justifica a necessidade de se preservar os fatores que contribuem para uma maior independência funcional. Manter a força dos membros inferiores – uma marcha segura e eficiente – e um bom equilíbrio pode afetar positivamente a saúde e a independência funcional dos idosos, pois quando estes apresentam uma disfunção do equilíbrio, uma pobre marcha e reduzida força muscular aumentam-se os riscos de quedas e fraturas (HABER et al, 2008).

A capacidade de realizar as atividades de vida diária, é um dos benefícios que nossos idosos, pacientes de fisioterapia da instituição, usufruem, além da boa funcionalidade, cognição e desempenho pessoal e social através da interação com o grupo de idosos, onde realizam atividades integrativas, os ajudando a melhorar o vínculo social, evitando assim, sintomas depressivos. CESÁR et al (2015), relatam que mesmo com limitação física, mental ou social, o idoso necessita ter habilidade para realizar suas tarefas, tornando-os independentes e mantendo uma integra mobilidade e capacidade funcional.

Para promover esses benefícios aos idosos que integram nosso grupo, a equipe da fisioterapia projeta atividades físicas que busquem proporcionar, cada vez mais, uma melhor capacidade funcional, mantendo a biodinâmica corporal promovendo equilíbrio muscular, mantendo e/ou proporcionando equilíbrio e coordenação; e atividades cognitivas, que, para CORDEIRO et al (2014), é de maior importância quando se quer promover independência ao idoso, já que declínio na cognição causa alteração de aprendizagem, memória, atenção, dentre outras funções necessária para se manter uma boa qualidade de vida.

Com o crescente número da população idosa no Brasil, vem aumentando, significativamente, o diagnóstico de doenças crônicas e psicopatologias características do envelhecimento, sendo mais comumente, na população idosa da comunidade, decorrente do baixo nível socioeconômico dessa classe. Com esse acontecimento, surge a necessidade participação, desses indivíduos, em grupos de idosos na própria comunidade ou em instituições que disponibilizem esse trabalho, viabilizando o não surgimento de doenças crônico-degenerativa e aumento da expectativa de vida, tendo, como objetivo principal nessa estratégia, a promoção de saúde (VICTOR; et al, 2006).

Lins, Corbucci (2007), enfatizam que, além da manutenção da auto-estima e das relações sociais, a participação em grupos de idosos, leva inúmeros benefícios a saúde no envelhecimento, promovendo, através das atividades físicas, controle de peso corporal; melhor manutenção e ganho de força muscular, promovendo melhor funcionalidade e

postura; controle da pressão arterial, evitando doenças cardiovasculares, dentre outros benefícios fisiológicos.

## REFERÊNCIAS

APOSTÓLO, J.L.A. et al. Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. **Revista de Enfermagem**, v.3, n.5, p. 193-201, 2011.

ATALAIA-SILVA, K.C; LOURENÇO, R.A. Tradução, adaptação e validação de construto do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.5. p.930-7, 2008.

AVEIRO, M.C. et al. Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos. **Ciênc.saúde coletiva**, v.17, n.9, p.2481-2488, 2012.

BONHATO, E.F.C. et al. Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.11, n.1, p. 76-84, 2009.

CASSOU, A.C.N. et al. Barreiras para a atividade física em idosos: uma análise por grupos focais. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 19, n.3, p.353-360, 2008.

CESÁR, C. C. et al. Capacidade funcional de idosos: análise das questões de mobilidade, atividades básicas e instrumentais da vida diária via Teoria de Resposta ao Item. **Questões metodológicas**, v.31, n.5, p.931-945, 2015.

CORDEIRO, J. et al. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev. Bra. Geriatr. Gerontologia**, v17, n3, p.541-542, 2014.

FOLSTEIN, F.F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive states for the clinician. **J. psychiatr. res.**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198,1975.

Haber EL, Erbas B, Hill KD, Wark JD. Relationship between age and measures of balance, strength and gait: linear and non-linear analyses. **Clin Sci**. v. 114, n. 12, p.71927, 2008.

LINS, R.G. A importância da motivação na prática de atividade física para idosos. **Estação científica**, n4, p.01-09, 2007.

LOPES, G.L. et al. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. . **Rev. Bra. Geriatr. Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 71-83, 2015.

MACIEL, M.G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz Rio Claro**, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, 2010.

Ministério da Saúde – Brasil [homepage na internet]. **Política nacional de atenção à saúde dos idosos** [atualizado 10 Dez 1999; acesso em 15 Mar 2008]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=153](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=153).

SILVA, T.B.L. Fluência Verbal e Variáveis Sociodemográficas no Processo de Envelhecimento: Um Estudo Epidemiológico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.24, n.4,p. 739-746, 2011.

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

\_\_\_\_\_.; Sheikh, J.I. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clin. gerontologist.**, Stanford, v. 5, n. 1-2, p. 165-173, 1986.