



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA



ALINE MARIA MONTEIRO DA SILVA

**PERFIL DOS IDOSOS MORADORES DO BAIRRO DO GROTÃO E SUAS
NECESSIDADES FUNCIONAIS**

JOÃO PESSOA
2019

ALINE MARIA MONTEIRO DA SILVA

**PERFIL DOS IDOSOS MORADORES DO BAIRRO DO GROTÃO E SUAS
NECESSIDADES FUNCIONAIS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba com finalidade de publicação em revista e TCC, além de realizar uma análise Do perfil dos idosos moradores do bairro do Grotão e suas necessidades funcionais.

Orientadora: Prof. Dra. Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro.

JOÃO PESSOA

2019

ALINE MARIA MONTEIRO DA SILVA

**PERFIL DOS IDOSOS MORADORES DO BAIRRO DO GROTÃO E SUAS
NECESSIDADES FUNCIONAIS**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro (Orientadora).

Prof.^a Me. Danyelle Nóbrega de Farias

Prof^o Dr. Dailton Alencar Lucas de Lacerda

JOÃO PESSOA
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

DISCENTE: Alina Maria Monteiro da Silva

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil dos idosos vinculados
a uma Unidade de Saúde da Família e suas
necessidades funcionais

Kátia Rêis NOTA: 30,0
ORIENTADOR E PRESIDENTE DA BANCA

Danielle Nobrega de Farias NOTA: 30,0
MEMBRO

Wailton Alexandre Jesus dos Santos NOTA: 19,0
MEMBRO

MEMBRO NOTA: _____

JOÃO PESSOA 04/12/19

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586p Silva, Aline Maria Monteiro da.

PERFIL DOS IDOSOS MORADORES DO BAIRRO DO GROTÃO E SUAS
NECESSIDADES FUNCIONAIS / Aline Maria Monteiro da
Silva. - João Pessoa, 2019.

46 f.

Orientação: Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro.
Monografia (Graduação) - UFPB/CCS.

1. IDOSOS. I. Ribeiro, Katia Suely Queiroz Silva. II.
Título.

UFPB/BC

RESUMO

INTRODUÇÃO: Em geral, a maioria dos idosos, sofrem com o avanço da idade quando se é falado em saúde. Há um perda da funcionalidade mental e física que vem acompanhado do surgimento de doenças crônicas, e ainda, prejuízos na independência e autonomia, restrições ambientais e socioeconômicas, tudo isso relacionado a limitação da capacidade funcional. (COSTA et. al, 2007). Esse estudo teve como objetivo geral identificar as necessidades em relação aos cuidados fisioterapêuticos de idosos adscritos a uma equipe de saúde da família. E como objetivos específicos traçar o perfil da população idosa do Grotão, destacar suas necessidades funcionais seja essas de cunho de promoção, prevenção ou reabilitação em saúde e apontar quais as possíveis intervenções que o profissional fisioterapeuta pode fazer nesse contexto. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório realizado na população idosa da USF do Grotão e, na área adscrita ao Grotão I, no município de João Pessoa, Paraíba. Teve como critérios de inclusão: Indivíduos de ambos os sexos, faixa etária acima de 60 anos, residentes no bairro do Grotão – JP, adscritos a equipe de saúde da família Grotão I, que concordaram em participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E como critérios de exclusão alterações visuais e/ou auditivas graves; instabilidade clínica ou demência grave. **RESULTADOS:** O presente estudo apresentou o perfil dos idosos adscritos a uma área do Grotão I, onde a frequência foi de idosos do sexo feminino, casados, de escolaridade ensino fundamental incompleto, aposentados e que não apresentavam deficiência. A maioria foram identificados como pré- frágeis ou frágeis e quando avaliada a funcionalidade pela escala de Barthel foi obtido uma média no score de 90. **CONCLUSÃO:** É essencial conhecer as características dessa população e, a partir disso, obter condições, tanto para analisar, quanto para sugerir melhorias nas áreas de políticas públicas, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias para a consolidação desse processo e o avanço da cidadania das pessoas idosas com deficiência, cada vez mais presentes em nossa sociedade. Sabendo disso, o fisioterapeuta, com sua formação generalista pode trabalhar e auxiliar em todos os níveis da saúde trazendo inúmeros benefícios para essa população, muitas vezes esquecidas pelas estratégias de saúde.

Palavras Chave: Idosos, Fragilidade; Saúde

SUMÁRIO:

INTRODUÇÃO:.....	6
MATERIAIS E MÉTODOS	10
RESULTADOS:	12
DISCUSSÃO	24
CONCLUSÃO	33
ANEXOS:	34
REFERÊNCIAS :	41

INTRODUÇÃO:

O envelhecimento é um processo biológico individual e irremissível destacado, geralmente, por seu efeito na funcionalidade, mobilidade e independência. Essas características decorrem diretamente da perda gradual de funções sensoriais e motoras que tem como consequência a exposição às doenças decorrentes do avanço da idade (SERRA LOBO et. al, 2014).

No decurso dos próximos 5 anos, de forma pioneira na história, indivíduos com idade de 65, ou superior, a mesma, ultrapassarão a população de crianças com 5 anos de idade. Dessa forma, o envelhecimento dos indivíduos, que fazem parte da população mundial, se transformará no próximo problema global de saúde pública. (SUZMAN et. al, 2015).

Em geral, a maioria dos idosos, sofrem com o avanço da idade quando se é falado em saúde. Há um perda da funcionalidade mental e física que vem acompanhado do surgimento de doenças crônicas, e ainda, prejuízos na independência e autonomia, restrições ambientais e socioeconômicas, tudo isso relacionado a limitação da capacidade funcional. (COSTA et. al, 2007).

Com o passar dos anos, as pessoas vão envelhecendo cada vez mais e acompanhando esse crescimento, de forma exponencial, surge as necessidades de saúde mais crônicas do que eram e mais difíceis de lidar. Além disso, por mais que um dos princípios da saúde seja a integralidade, nem todos os profissionais levam isso para a prática, acarretando no tratamento do sintoma e não da doença em si. Com isso, os idosos ficam correndo riscos dos agravos, que embora recebam o tratamento para o que estão sentindo, carecem de condutas específicas para doenças que futuramente pode vir a se tornar uma comorbidade e vir a custar mais para o sistema de saúde. (HAM, 2010; EKLUND et al. 2009).

Entendido como a habilidade de um indivíduo de realizar tarefas do dia a dia, a capacidade funcional, segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso, é uma das maiores preocupações no decorrer do envelhecimento, pois a medida que o tempo vai passado há o aparecimento de enfermidades, o desenvolvimento de fragilidades e estados de vulnerabilidade por parte do idoso. Embora muitos conceitos definam saúde

como ausência de doenças (Organização Mundial da Saúde - OMS), isso não é aplicado, principalmente em relação aos idosos, pois saúde para eles seria definida como bem estar físico psíquico e social. Mostrando que o bem-estar não está na presença ou ausência de doenças, mas sim na conscientização e cuidado, para a manutenção de uma boa qualidade de vida e conseqüentemente da capacidade funcional desses indivíduos. (RAMOS, 2003).

A caracterização e a organização de políticas precisam de um conhecimento futuro sobre a população a que se refere, efeitos e conseqüências que terão sobre os indivíduos a que são destinados essas políticas, levando em consideração mudanças demográficas, se há situações de vulnerabilidade social na região desses indivíduos. As decorrências, dessas, variam de região para região, classe social predominante no território e doenças que venham a atingir a população. (PRINCE et. al, 2014).

Tendo como base o que foi dito anteriormente foi proposto nas atuais políticas de saúde no Brasil, a prática voltada para a prevenção de agravos, promoção da saúde e recuperação da mesma (tratamento ou reabilitação), não sendo só dever do fisioterapeuta, mas também de todos os profissionais de saúde que se propõem a atuar na Atenção Primária à Saúde. Reconhecemos assim, que se referida a população que necessita, essas políticas, com base nas práticas clínicas, só vão obter êxito se houver diálogo entre os profissionais que nelas estão inseridos. (MENDES, 2011)

Nesse caso, o Conselho federal de Fisioterapia (COFFITO, 2009) assegura que a atuação do fisioterapeuta, seja na atenção básica ou não, compreende não só a ações preventivas primárias, mas secundárias e terciárias, também. (NEVES; ACIOLE, 2011).

Especificamente, o fisioterapeuta faz muita diferença na Atenção Básica, essencialmente para população idosa. Podendo vir a realizar atividades em grupos para usuários com doenças crônicas ou mesmo para prevenir, as mesmas, nas orientações quando os pacientes forem enfermos, a cuidados na prevenção de quedas, em relação a mudanças de decúbito; Para prevenir ou retardar as incapacidades funcionais advindas com a idade. (CRUZ et al., 2010; AVEIRO, 2011; BISPO JUNIOR, 2010).

Após a experiência nos projetos de extensão e na disciplina de estágio em saúde coletiva pode-se notar a falta de uma melhor caracterização da população idosa que reside no bairro, Grotão, assim como a pobre definição do perfil, da mesma, o que

facilitaria o atendimento e a qualidade do serviço ali prestado, fazendo assim com que a fisioterapia tenha um melhor protagonismo, tanto no âmbito individual ou coletivo, de prevenção, promoção ou da reabilitação.

A efetivação da atenção primária e a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no país faz com que haja uma aproximação entre a fisioterapia e o nível primário apresentando essa união como alternativa capaz de fortalecer a atenção básica, aumentando a resolutividade do sistema e contribuindo para a garantia da integralidade na assistência. Embora muito conhecida como terapia reabilitadora, conseguimos ver a fisioterapia muito além do que é historicamente caracterizada, pois dentro da sua formação há competências que permite a atuação em todos os níveis da saúde. (BISPO JÚNIOR, 2010)

Diante disso, seguindo as políticas públicas da saúde do idoso combinada ao modelo de vigilância à saúde, compete a fisioterapia ganhar destaque ao ser inserido em outros níveis de atenção seja ela primária, secundária e terciária, de âmbito coletivo ou individual, o profissional tem habilidades e competências suficientes para tornar-se um promotor da saúde em concordância com as diretrizes da territorialização e da população a que deseja trabalhar.

Atuando com o conhecimento prévio do território e da população o fisioterapeuta passa a ser responsável direto pela qualidade de vida daquela população. Fazendo com que motive o profissional na criação de vínculos, a trabalhar de forma multiprofissional, criação de grupos que facilitem a interação entre profissionais e usuários, potencializando assim, o trabalho do fisioterapeuta. (TEIXEIRA, 2000; UNGLERT, 1993)

Sendo assim, criou-se a seguinte questão problema: Mediante o perfil dos idosos do Grotão quais as necessidades funcionais, no âmbito da fisioterapia, que essa população tem?

Essa pesquisa supõe que ao identificar, traçar o perfil dos idosos moradores do Grotão e determinar suas necessidades funcionais o serviço de fisioterapia poderá ser reorientado para dar mais ênfase as necessidades de saúde dessa população específica, trazendo benefícios para a utilização de serviços coerentes oferecidos a mesma. Tendo como objetivo geral identificar as necessidades em relação aos cuidados

fisioterapêuticos de idosos adscritos a uma equipe de saúde da família. E como objetivos específicos traçar o perfil da população idosa do Grotão, destacar suas necessidades funcionais seja essas de cunho de promoção, prevenção ou reabilitação em saúde e apontar quais as possíveis intervenções que o profissional fisioterapeuta pode fazer nesse contexto.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório realizado na população idosa da USF do Grotão e, na área adscrita ao Grotão I, no município de João Pessoa, Paraíba. O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba, sendo aprovado (CAAE: 18776119.9.0000.5188)

Teve como critérios de inclusão: Indivíduos de ambos os sexos, faixa etária acima de 60 anos, residentes no bairro do Grotão – JP, adscritos a equipe de saúde da família Grotão I, que concordaram em participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E como critérios de exclusão alterações visuais e/ou auditivas graves; instabilidade clínica ou demência grave.

A coleta dos dados foi feita com o auxílio de agentes comunitários de saúde que disponibilizaram uma lista com os nomes e endereços dos idosos. Dessa maneira, os domicílios a serem visitados foram identificados. Em companhia do agente comunitário de saúde foi realizada uma visita domiciliar aos idosos, os quais receberam informações sobre o objetivo da pesquisa, a natureza voluntária da participação e o sigilo dos dados coletados. Após essas informações, foi realizado o convite para participar do estudo.

Os indivíduos previamente selecionados foram abordados pela acadêmica, de acordo com as observâncias éticas recomendadas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, os voluntários foram incluídos na pesquisa após terem sido devidamente esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, aspectos metodológicos e sua importância, além de terem assinado o TCLE (ANEXO 1).

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi utilizada uma ficha de avaliação baseada na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (ANEXO 2) esta integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde, com o objetivo da criação de um Plano de Cuidado. A ficha contendo informações de dados pessoais, informações sociofamiliares e a “avaliação da pessoa idosa”, utilizando-se dos formulários seguintes: medicamentos em uso, diagnósticos ou internações prévias (onde as doenças foram autorreferidas pelos idosos entrevistados), dados antropométricos, avaliação ambiental e a auto percepção da

saúde, limitações físicas e incapacidades do protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13) permitirá o registro de informações sobre suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades.

Foi utilizado, ainda, o questionário de Avaliação Subjetiva da Fragilidade, que segundo Fried, a fragilidade é a redução de adaptação do corpo ao passar por processos progressivos e mudanças com o passar do tempo, refletindo em: perda de peso não intencional, fadiga, redução da força e da velocidade de caminhada. A classificação de fragilidade, para ambos os instrumentos, seguiu a proposta de Fried et al,11 na qual foram consideradas pessoas “frágeis” as que pontuaram para três ou mais componentes, “pré-frágeis” os que pontuaram positivamente para um ou dois, e “não frágeis” os que não apresentaram nenhum dos componentes descritos (FRIED et. al, 2001).

E além disso, foi englobada também, a Escala de Funcionalidade de Barthel, instrumento que serve para a avaliação das atividades de vida diária (AVDs), medindo mobilidade, locomoção e independência funcional. Obtem-se uma pontuação geral, de 0 a100, por cada item pontuado de acordo com a forma com que o usuário desenvolve suas atividades: dependente (e/ou se necessita de ajuda) ou independente. A pontuação mais alta aponta maior independência do mesmo (MCDOWELL, 2006). E, ainda, segundo estudos, possui resultados de confiabilidade e validade mais consistentes (PAIXÃO, 2005).

Os dados foram armazenados em um banco de dados do Excel e analisados a partir do programa SPSS versão 20 para Windows, em seguida foram submetidos a uma estatística descritiva. Ademais, com objetivo de investigar a associação entre as variáveis que compõem o perfil dos idosos foram feitos os testes estatísticos Qui-quadrado para amostras independentes, com um nível de confiança de 90%.

RESULTADOS:

Foram avaliados 130 idosos e ao analisar os dados sociodemográficos desses indivíduos, foi possível verificar que a idade média é de 71,22 anos (DP : 7,5, mínimo 60 e máximo 96 anos). A maior participação entre os idosos no estudo foi de mulheres (74,6%). Ademais, os idosos, do presente estudo são caracterizados, em sua grande maioria, por casados (49,5%), nível de escolaridade fundamental incompleto (53,8%), aposentados (66,9%), e não possuem nenhuma deficiência (84,6%).(Tabela 1)

Total de Idosos (n)	130
Média de Idade	71,22
Desvio Padrão	7,566
Idade Mínima	60
Idade Máxima	96

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos idosos

Variável		Frequência	Porcentagem (%)
Sexo (dp4)	Masculino	33	25,4
	Feminino	97	74,6
Total		130	100
Escolaridade (dp5)	Analfabeto	47	36,2
	Fund. Incompleto	70	53,8
	Fund. Completo	11	8,5
	Superior Incompleto	1	8
	Superior Completo	1	8
Total		130	100
Ler e escrever (dp6)	Sim	77	59,2
	Não	53	40,8
Total		130	100
Estado Civil (dp7)	Solteiro	11	8,5
	Viúvo	38	29,2
	Casado	64	49,8
	Divorciado	17	13,1
Total		130	100
Ocupação (dp8)	Aposentado	87	66,9
	Ativo	8	6,2
	Beneficiário	19	14,6
	Sem benefício	16	12,3
Total		130	100
Deficiência (dp9)	Física	12	9,2
	Auditiva	2	1,5
	Visual	6	4,6
	Nenhuma	110	84,6
Total		130	100

Fonte: Dados da pesquisa

Levando em consideração as informações sociofamiliares coletadas, dos mesmos, foi observado que a maior parte deles não mora sozinho (80,8%), morando com algum familiar (66,9%) e/ou com cônjuge ou companheiro (49,2%). Contam com fácil acesso a serviços de farmácia e supermercado cerca de 76,9% e a serviços de transporte cerca de 70,8%. Dos idosos entrevistados 16,9% ainda trabalham ativamente ou fazem algum tipo de serviço para ganhar dinheiro (trabalho informal).(Tabela 2)

Tabela 2: Dados sociofamiliares dos idosos

Informações Sociofamiliares	Sim	Não
Mora sozinho	25 (19,2%)	105 (80,8%)
Mora com Familiares	87 (66,9%)	43 (33,1%)
Mora com cônjuge ou companheiro	64 (49,2%)	66 (50,8%)
Fácil acesso aos serviços	100 (76,9%)	30 (23,1%)
Fácil acesso a transporte	92 (70,8%)	38 (29,2%)
Trabalha atualmente	22 (16,9%)	108 (83,1%)

Fonte: Dados da pesquisa

Quando avaliamos o ambiente de moradia desses idosos as áreas de locomoção são desimpedidas em 66,9%, porém não há presença de pisos uniformes em 75,4% das residências, nem de barras de apoio (96,9%). Em relação a iluminação, há suficiente em 70,8% das casas e a acessibilidade aos interruptores é de 95,4% . Quanto as áreas do banheiro e cozinha: a maior parte dos banheiros (54,9%) possuem pisos antiderrapantes, porém apenas 35,4% possui box com fácil abertura ou cortinas firmes; Já na cozinhas visitadas, 54,6% delas não possuem armários baixos, fazendo com que haja a necessidade do uso de escada e apenas 3,8% delas possuem piso antiderrapante.(Tabela 3)

Tabela 3: Dados da avaliação ambiental dos idosos

Avaliação Ambiental	Sim	Não
Áreas de locomoção Desimpedidas	87 (66,9%)	43 (33,1%)
Presença de barras de apoio	4 (3,1%)	126 (96,9%)
Pisos uniformes e tapetes bem fixos	98 (75,4%)	32 (26,4%)
Presença de iluminação suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus	92 (70,8%)	38 (29,2%)
Interruptores acessíveis na entrada dos cômodos	124 (95,4%)	6 (4,6%)
Área do chuveiro com antiderrapante	71 (54,6%)	59 (45,4%)

Box com abertura fácil ou presença de cortina bem firme	46 (35,4%)	84 (64,6)
Armários baixos, sem necessidade do uso de escada	59 (45,4%)	71 (54,6%)
Piso antiderrapante	5 (3,8%)	125 (96,2%)

Dados

pesquisa

Fonte:

da

Ao analisarmos o que foi coletado sobre os hábitos de vida, percebemos que grande parte dos idosos não fumam (86,9%), porém 55,4% dos 130 entrevistados fumaram de 3 a 50 anos quando mais jovens. Ao que se refere ao etilismo podemos observar que 84,6% deles não bebem nos dias de hoje, mas que 33,9%, deles, beberam quando mais jovens de 5 a 40 anos. Além disso, avaliamos a prática de atividade física, nos mesmos, onde observamos que 64,6% deles, não praticam nenhum tipo de atividade física e 46,9% tem como atividade de lazer assistir TV.

Tabela 4: Dados de hábitos de vida dos idosos

Hábitos de Vida			
Variável		Frequência	Porcentagem (%)
Fuma	Sim	17	13,1
	Não	113	86,9
Total		130	100
Frequência	Nunca fumou	56	43,1
	Frequentemente	13	10,0
	Raramente	1	0,8
	Parou de fumar	60	46,2
Total		130	100
Tempo	Nunca fumou	55	42,3
	+ 3 anos	2	1,5
	+ 5 anos	4	3,1
	+ 10 anos	11	8,5
	+ 20 anos	15	11,5
	+ 30 anos	40	30,8
Total		130	100
Etilismo	Sim	20	15,4
	Não	110	84,6
Total		130	100
Frequência	Nunca bebeu	86	66,2
	Frequentemente	5	3,8
	Raramente	14	10,8
	Parou de beber	25	19,2
Total		130	100
Tempo	Nunca bebeu	86	66,2
	+ 5 anos	2	1,5
	+ 10 anos	3	2,3
	+ 20 anos	17	13,1

	+ 30 anos	22	17
Total		130	100
Atividade Física	Sim	46	35,4
	Não	84	64,6
Total		130	100
Frequência	Não faz	83	63,8
	Frequentemente	31	23,8
	Raramente	16	12,3
Total		130	100
Tipo de Atividade	Nenhum	84	64,6
	Caminhada	41	31,5
	Dança	3	2,3
	Hidroginástica	2	1,5
Total		130	100
Vezes por semana	Não faz	84	64,6
	1-2x na semana	23	17,7
	3-4x na semana	19	14,7
	5x ou mais na semana	4	3,1
Total		130	100
Atividades de lazer	TV	61	46,9
	Igreja	24	18,5
	Passear	38	29,2
	Outros	7	5,3
Total		130	100
Atividades Diárias do lar	Nenhuma	23	17,7
	Ajuda	30	23,1
	Todas	77	59,2
Total		130	100

Fonte: Dados da pesquisa

Foi feita a análise dos idosos que fazem algum tipo de atividade física com os fumantes e etilistas encontrados no estudo. E pode-se observar que dos fumantes (13,1%), a maioria, 10,4% não pratica atividade física. Enquanto dos 15,4% dos etilistas, 6,2% não praticam nenhum tipo de atividade física. (Tabela 5 e 6)

Tabela 5: Dados fumantes idosos que praticam atividade física

Faz atividade física	Fumantes		Total
	Sim	Não	
Sim	3 (2,3%)	43 (33,1%)	46 (35,4%)
Não	14 (10,4%)	70 (53,8%)	84 (64,6%)
Total	17 (13,1%)	113 (86,9%)	130 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 6: Dados etilistas idosos que praticam atividade física

Faz atividade física	Etilistas		Total
	Sim	Não	
Sim	12 (9,2%)	34 (26,2%)	46 (35,4%)
Não	8 (6,2%)	76 (58,5%)	84 (64,6%)
Total	20 (15,4%)	110 (84,6%)	130 (100%)

Analisando o uso de medicamentos obtivemos que uma grande parcela da população estudada (72,3%) faz uso de medicamentos anti-hipertensivos, 36,2% faz uso de medicamentos para tratar a diabetes, 30% para tratar o colesterol elevado, 25,4% toma algum tipo de psicotrópico e 40,76% tomam outros tipos de medicamentos (estomacais, sistema musculoesquelético ou alguma insuficiência cardiorrespiratória. (Tabela 7).

Tabela 7: Dados de medicamentos usados pelos idosos

Medicamentos	Sim	Não
Hipertensão Arterial Sistólica	94 (72,3%)	36 (27,7%)
Diabetes Mielitus	46 (35,4%)	84 (64,6%)
Colesterol	39 (30%)	91 (70%)
Psicotrópicos	33 (25,4%)	97 (74,6%)
Outros	53 (40,76%)	77 (59,24%)

Fonte: Dados da pesquisa

Dos 25,4% que fazem uso de algum psicotrópico, apenas 6,2% tem depressão. Os outros idosos usam para para outras finalidades, como nota-se na tabela abaixo: (Tabela 8)

Tabela 8: Dados de psicotrópicos usados pelos idosos que tem depressão

Fazem uso de psicotrópicos	Já tiveram ou tem depressão		Total
	Sim	Não	
Sim	8 (6,2%)	22 (16,9%)	33 (25,4%)
Não	1 (0,8%)	85 (65,4%)	8,5 (74,6%)
Total	9 (6,9%)	107 (82,3%)	130 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

Além disso, pode-se observar, também que dos idosos que tem diabetes (39,1%), 3,8% não fazem uso de medicamentos para tratar diabetes mellitus. (Tabela 9)

Tabela 9: Dados de idosos com DM que tomam medicamentos

Diabetes Mellitus	Tomam medicamentos para DM		Total
	Sim	Não	
Sim	46 (35,4%)	5 (3,8%)	51 (39,2%)
Não	0 (0,0%)	79 (60,8%)	79 (60,8%)

Total	46 (35,4%)	84 (64,6%)	130 (100%)
--------------	-------------------	-------------------	-------------------

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação a diagnósticos e doenças apresentadas por esses idosos, o que se destaca é o número de pessoas com doenças metabólicas (HAS e DM, 74,6% e 38,5%, respectivamente), que já tiveram ou estão em tratamento da depressão (17,7%) e que queixam-se de incontinência urinária (32,3%). (Tabela 10)

Tabela 10: Dados de doenças e/ou diagnósticos dos idosos

Doenças e/ou diagnósticos	Sim	Não
Acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame	7 (5,4%)	123 (94,6%)
Anemia	1 (0,8%)	129 (99,2%)
Asma	4 (3,1%)	126 (96,9%)
Diabetes <i>mellitus</i>	50 (38,5%)	80 (61,5%)
Doença arterial coronariana	18 (13,8%)	112 (86,2%)
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	9 (6,9%)	121 (93,1%)
Epilepsia	3 (2,3%)	127 (97,7%)
Hipertensão arterial	97 (74,6%)	33 (25,4%)
Insuficiência cardíaca	25 (19,2%)	105 (80,8%)
Úlcera gastrointestinal	3 (2,3%)	127 (97,7%)
Depressão	23 (17,7%)	107 (82,3%)
Incontinência urinária	42 (32,3%)	88 (67,7%)
Incontinência fecal	5 (3,8%)	125 (96,2%)
Declínio cognitivo	7 (5,4%)	123 (94,6%)
(Demência)	0	130 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

Diante dos dados coletados foi feita a análise dos idosos que tem depressão para verificar em qual sexo é mais prevalente. E foi visto que apenas 2,3% dos idosos que tem depressão (6,9%) são homens, enquanto 15,4% são mulheres. (Tabela 11)

Tabela 11: Dados de doenças e/ou diagnósticos dos idosos

Depressão	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Sim	3 (2,3%)	20 (15,4%)	22 (17,7%)
Não	30 (23,1%)	77 (59,2%)	107 (82,3%)
Total	33 (25,4%)	97 (74,6%)	130 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

Foi feita a análise, também, em relação as DNTS (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) mais comuns como Diabetes Mellitus e Hipertensão relacionando-as a prevalência entre os sexos, como podemos ver nas tabelas abaixo: (Tabela 12 e 13)

Tabela 12: Dados de idosos diabetes mellitus relacionados com sexo

Sexo	Diabetes Mellitus		Total
	Sim	Não	
Masculino	9 (6,9%)	24 (18,5%)	33 (25,4%)
Feminino	42 (32,3%)	55 (42,3%)	97 (74,6%)
Total	51 (39,2%)	79 (60,8%)	130 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 13: Dados de idosos hipertensos relacionados com sexo

Sexo	Hipertensão Arterial Sistêmica		Total
	Sim	Não	
Masculino	24 (18,5%)	9 (6,9%)	33 (25,4%)
Feminino	73 (56,2%)	24 (18,5%)	97 (74,6%)
Total	97 (74,6%)	33 (25,4%)	130 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

Quando analisado o perfil dos idosos que tem Diabetes Mellitus e/ou hipertensão foi notado que a maior parte deles são sedentários e não fazem nenhum tipo de atividade física. (Tabela 14 e 15)

Tabela 14: Dados de idosos diabéticos relacionados prática de exercícios

Faz atividade física	Diabetes Mellitus		Total
	Sim	Não	
Sim	18 (13,8%)	28 (21,6%)	46 (35,4%)
Não	33 (25,4%)	51 (39,2%)	84 (64,6%)
Total	51 (39,2%)	79 (60,8%)	130 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 15: Dados de idosos hipertensos relacionados a prática de exercício

Faz atividade física	HAS		Total
	Sim	Não	
Sim	36 (27,7%)	10 (7,7%)	46 (35,4%)
Não	61 (46,9%)	23 (17,7%)	84 (64,6%)
Total	97 (74,6%)	33 (25,4%)	130 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

Coletado os dados antropométricos (peso e altura) obtivemos que pouco mais da metade da população analisada está com sobrepeso ou obesidade (52,3%). (Tabela 16)

Tabela 16: Dados de classificação nutricional dos idosos

Classificação do estado nutricional	Frequência	Porcentagem
Baixo Peso	5	3,8
Normal	57	43,8
Sobrepeso	38	29,2
Obesidade	30	23,1
Total	130	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Quando aplicada a avaliação subjetiva da fragilidade podemos observar que grande parte dos idosos estudados perceberam mudanças quando pedidos para comparar com o ano anterior em relação a sua caminhada e/ou força para realizar as suas atividades. (Tabela 17)

Tabela 17: Dados da avaliação subjetiva da fragilidade dos idosos

Avaliação Subjetiva da Fragilidade	Sim	Não
Nos últimos 12 meses, o(a) Sr. (a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?	57 (43,8%)	73 (56,2%)
Nos últimos 12 meses, o(a) Sr. (a) acha que sua força diminuiu?	75 (57,7%)	55 (42,3%)
O(a) Sr(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses atrás?	83 (63,8%)	47 (36,2%)
Nos últimos 7 dias, o Sr(a) tem achado que tudo o que fez exigiu-lhe grande esforço ou tem sentido que não conseguiu levar adiante suas coisas?	7 (5,4%)	123 (94,6%)

Fonte: Dados da pesquisa

Os idosos entrevistados foram classificados da seguinte forma, quanto a fragilidade: (Tabela 18)

Tabela 18: Dados da classificação quanto a fragilidade dos idosos

Variável	Frequência	Porcentagem (%)	
Classificação quanto a fragilidade	Não Frágeis	12	9,2%
	Pré- Frágeis	89	68,4%
	Frágeis	29	22,4%
Total	130	100	

Fonte: Dados da pesquisa

Foi feita, ainda a análise da fragilidade dos idosos, relacionando-a as atividades da escala de Barthel (Transferência, mobilidade e subir e descer escadas). Com isso, foi visto que a maior parte dos idosos são independentes para a realização dessas atividades. Como pode ser observado nas tabelas (Tabela 19, 20 e 21)

Tabela 19: Dados de classificação nutricional dos idosos

Escala Subjetiva da Fragilidade	Barthel - Transferência		Total
	Dependentes	Independentes	
Não Frágeis	0 (0,0%)	12 (8,5%)	12 (9,2%)
Pré Frágéis	7 (5,3%)	82 (63,1%)	89 (68,4%)
Fragéis	1 (0,8%)	28 (21,5)	29 (22,4%)
Total	8 (6,1%)	122 (93,8%)	130 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 20: Dados de classificação nutricional dos idosos

Escala Subjetiva da Fragilidade	Barthel - Mobilidade		Total
	Dependentes	Independentes	
Não Frágeis	2 (1,5%)	10 (7,7%)	12 (9,2%)
Pré Fragéis	24 (18,5%)	65 (50,1%)	89 (68,4%)
Fragéis	1 (0,8%)	28 (21,6%)	29 (22,4%)
Total	34 (27,1%)	96 (73,9%)	130 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 21: Dados de classificação nutricional dos idosos

Escala Subjetiva da Fragilidade	Barthel – Escadas		Total
	Dependentes	Independentes	
Não Frágeis	1 (0,8%)	11 (8,5%)	12 (9,2%)
Pré Fragéis	38 (29,3%)	51 (39,2%)	89 (68,4%)
Fragéis	17 (13,1%)	12 (9,2%)	29 (22,4%)
Total	56 (43,2%)	74 (56,9%)	130 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

Com a aplicação da escala de Barthel foi possível verificar que o score médio é de 90 (DP : 16,03, mínimo 10 e máximo 102 anos). Nota-se que a maior parte dos idosos estudados é independente, porém uma parcela deles mostrou-se dependente quanto à mobilidade tanto para andar (26,1%), quanto para subir e descer escadas (43%). (Tabela 10)

Na atividade "Alimentação", 97,7% dos idosos são independentes, cerca de 2,3% necessitavam de auxílio ou são dependentes. Para a "Higiene

peçoal", com relação ao banho, 6,2% são dependentes, ou seja, não tomavam banho sozinhos ou requeriam assistência para lavar uma parte do corpo, pelo menos. Para o "Vestuário", 7,6% são dependentes ou precisavam de auxílio. Na função "Intestino", 6,9% dos idosos são incontinentes ou incontinente ocasional. Em relação à "Sistema urinário", 23,1% são incontinentes ou incontinentes ocasionais. No "Uso do vaso toalet" 7,7% são dependentes ou necessitavam de ajuda em alguma parte do processo. Para a "Deambulação", 26,1% são dependentes ou necessitavam de ajuda mínima. Em relação às "Escadas", 43% são dependentes ou de ajuda. Para a categoria "Transferência" 10,6% são dependentes ou necessitavam de ajuda (Tabela 22)

Barthel Total	
Total de Idosos (n)	130
Média do Score	90
Desvio Padrão	16,03
Score Mínimo	10
Score Máximo	102

Tabela 22: Dados da Escala de Barthel aplicada aos idosos

Escala de Barthel		
Atividade	Dependente	Independente
Alimentação	3 (2,3%)	127 (97,7%)
Banho	8 (6,2%)	122 (93,8%)
Atividades rotineiras	9 (6,9%)	121 (93,1%)
Vestir-se	10 (7,6%)	120 (92,3%)
Intestino	9 (6,9%)	121 (93,1%)
Sistema Urinário	30 (23,1,%)	100 (76,9%)
Uso do Toilet	10 (7,7%)	120 (92,3%)
Transferência	14 (10,6%)	116 (89,2%)
Mobilidade	34 (26,1%)	96 (73,9%)
Escadas	56 (43%)	74 (56,9%)

Fonte: Dados da pesquisa

A classificação geral dos pacientes segundo o grau de dependência, conforme o Índice de Barthel, demonstrou que os idosos entrevistados eram, em sua maioria, independentes, pois 85,4% não necessitavam de qualquer ajuda para realizar as atividades

Quanto à autopercepção da saúde cerca de 65% veem sua saúde como regular e a minoria deles como boa (40%).(Tabela 23)

Tabela 23: Dados da autopercepção da saúde dos idosos

Autopercepção da Saúde	Frequência	Porcentagem (%)
Excelente	1	0,8
Muito boa	10	7,7
Boa	40	30,8
Regular	65	50,0
Ruim	14	10,8
Total	130	100

Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

O presente estudo verificou a predominância do sexo feminino em relação ao sexo masculino na população analisada. (SILVA e. al, 2013). Este resultado é semelhante ao de outros estudos prévios. O que pode ser explicado também pelo fator da população mundial e nacional feminina ser maior do que a masculina, à menor exposição a determinados fatores de risco (como álcool e tabaco), à maior preocupação e mais cuidados em relação às doenças e à prevenção da saúde e conseqüentemente maior adesão e periodicidade em consultas médicas são elementos que explicam esse predomínio (ROCHA et al., 2008; SILVA et al., 2013).

Em relação a escolaridade, foi observado que 70% deles tem o ensino fundamental incompleto e 47% dos idosos analisados são analfabetos. Esse dado reflete o que mostra a Síntese dos Indicadores Sociais de 2007 do IBGE, no Brasil o analfabetismo atinge 14,4 milhões de pessoas com 15 anos ou mais e está concentrado nas camadas mais pobres, nas áreas rurais, especialmente do Nordeste, entre os mais idosos (34,6% com mais de 60 anos), de cor preta e parda, principalmente mulheres. Os que hoje integram a população idosa foram vítimas, no passado, dessa dificuldade e o que aumenta as estatísticas de analfabetismo na velhice é, acima de tudo, o problema histórico do acesso à educação verificado no meio rural. O trabalho rural, executado pelo “camponês” ou “homem do campo”, está associado historicamente à exclusão da educação formal. (PERES, 2011). E, muitos desses idosos são aposentados da agricultura e vindos do interior do Nordeste.

Porém, quando comparados o resultado obtido na questão da escolaridade aos que sabem ler e escrever, 77% deles relataram que sabiam e 53% que não sabiam ler e escrever. Isso nos leva a considerar que a diferença entre esses resultados aconteceu devido a muitos deles irem a escola e não obterem o aprendizado e/ou a pedagogia necessária ou mesmo por terem aprendido a ler e escrever sozinhos, acarretando em um analfabetismo funcional. Isso corrobora com uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo, metade da

população idosa brasileira urbana é atingida pelo analfabetismo funcional. De acordo com os dados, entre a população idosa, o analfabetismo funcional totaliza 49% (13% entre os não idosos): 21% declaram não saber ler e escrever, 3% afirmam só saber ler e escrever o próprio nome e 16% consideram a leitura e a escrita atividades penosas, seja por deficiência de aprendizado (14%), por problemas de saúde (7%) ou por ambos os motivos (2%). Além disso, observa-se que, entre os idosos, 89% não passaram da 8ª série do ensino fundamental (18% não tiveram nenhuma educação formal) e apenas 4% chegaram ao 3º grau de escolaridade (completo ou incompleto). Entre os não idosos, 44% não passaram do fundamental (2% não frequentaram escolas) e 15% chegaram ao ensino superior (NERI et. al, 2007).

Além disso, foi observado que 81,5% da população estudada recebe algum tipo de renda do governo: seja aposentadoria, pensão ou benefício. Porém, 12,3% deles não recebem benefício nenhum e 6,2% trabalham ativamente, uma minoria. Corroborando com a literatura consultada, onde segundo a OIT (Organização Internacional do Trabalho), os idosos são vistos como trabalhadores de um alto custo e de menor nível de produção, por serem discriminados em consequência da idade (GOSHED et. al, 2006). No Brasil, o conceito de aposentadoria é análogo ao afastamento do trabalho. Tudo isso porque há algumas década o aposentado não precisava mais da atividade laboral por que a renda que recebia da aposentadoria já era suficiente para o sustento, o que não acontece mais hoje em dia (BULLA, 2003). Contudo, em 2015, foi visto que 75,6% dos idosos de 60 anos ou mais eram aposentados e/ou pensionista e que 69% do rendimento dessas pessoas era oriundos de aposentadoria ou pensão, pode-se dizer que a menor fragilidade financeira dos idosos está ligada ao recebimento destes benefícios (IBGE, 2008).

Embora a maior parte dos idosos estudados não possui nenhuma deficiência, 15,3% deles tem algum tipo de deficiência: física com 9,2%, visual com 4,6% e auditiva com 1,5%. O que não corroborou com o Censo de 2010, onde a prevalência das deficiências encontradas, em grupo de pessoas com mais de 60 anos, era a visual, seguida da motora, auditiva e intelectual (IBGE, 2010).

Isso acontece devido ao crescimento da população e ao atingir a idade avançada, aumenta as chances de apresentar algum tipo de deficiência ou limitação decorrente de doenças e lesões adquiridas ao longo da vida (NERI, 2003). Além disso, um ambiente desfavorável a manutenção da funcionalidade corporal pode acarretar em limitações leves e com o avanço da idade ser a causa de grandes deficiências nessa população (SOUZA, 2015).

Isso leva a refletir, que o envelhecimento vem acompanhado de algumas limitações nas capacidades físicas e, às vezes, intelectuais mas, apesar do envelhecimento crescente de quase todas as populações do mundo, na maioria delas pouco ou nada se tem feito para que essas limitações não se tornem causa de deficiências. Mostrando que, na ausência de mudanças na forma como as sociedades organizam seu cotidiano, que todos seguem em direção a uma fase da vida em que se tornarão deficientes, o que motiva, ainda que por meio da defesa de interesses egoístas, a melhoria das políticas públicas voltadas à deficiência. E vale salientar que a interdependência e o cuidado não são algo necessário apenas diante de situações excepcionais e sim necessidades ordinárias em vários momentos da vida de todas as pessoas (SOUZA, 2015).

Quando observamos os hábitos de vida, tivemos como resultado que a maioria deles não pratica exercícios físicos. Além disso, uma parcela considerável ainda é fumante e etilista (13,1% e 15,4%, respectivamente). De acordo com Vigitel, em 2016, a prevalência do tabagismo, no Brasil, em indivíduos maiores que 55 anos foi de 20,5% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), próximo do que achamos no estudo. O etilismo, embora não avaliado efetivamente e não muito identificado, é frequente em idosos (BARBODA, 2018)

O tabagismo em idosos tem menor prevalência quando comparado a adultos (MALTA, 2013), devido a escolha em adotar uma vida mais saudável, do surgimento de doenças decorrentes do cigarro e a cessação do vício ou por óbitos causados pelo mesmo (BARBOSA, 2018). Porém, poucos estudos existem, no Brasil, relacionado a prevalência do tabagismo e do etilismo em idosos.

O hábito de fumar está associado a usuários de bebidas alcoólicas (JIANG, 2015). A junção da exposição a fatores de risco, como o etilismo, tabagismo e ao sedentarismo predispõem o indivíduo a mudanças na capacidade visual, funcional, cognitiva, causando altos custos pessoais, familiar e social (LINTZERIS, 2016).

Dentre os resultados encontrados, pode-se observar que 10,4% dos fumantes e 6,2% dos etilistas não praticam nenhum tipo de atividade física. O que, embora seja minoria, dentro da população estudada deve ser visto com preocupação já que estudos mostram que o consumo do álcool é comum entre indivíduos idosos e merece mais atenção pelo crescente aumento desse grupo (BARBOSA, 2018).

Ações em saúde pública são vistas principalmente para jovens e adultos, conduzindo a identificação do alcoolismo, por exemplo, porém a população idosa também sofre as mesmas consequências decorrentes do vício e pouco é feito para combater os prejuízos no âmbito social, físico e cognitivo desses indivíduos.

A depressão está entre as doenças mais comuns em idosos e apresentam maior incidência em mulheres, como foi observado no estudo. Cerca de 15,4% da população estudada é de mulheres que teve ou tem depressão. Grande parte desses sujeitos apresentam problemas sociais e emocionais que na maioria das vezes não são dadas a devida importância pelas equipes de saúde. Seja por falta de treinamento, despreparo e por não haver tantas políticas públicas voltadas a essa população ou pelo que causa essa morbidade no decorrer do envelhecimento (PEDROSA et. al, 2016; MARQUES et. al, 2016; ABI-ACKELL et. al, 2017; NOIA et. al, 2012)

Vale salientar que após 60 anos é frequente o pensamento envolvendo o sentimento de impotência e incapacidade decorrentes de doenças crônicas, que por muitas vezes acarretam afastamento ou desligamento do trabalho, atividade sexual comprometida, perdas de entes queridos, além do despreparo e dificuldade do manejo do serviço de saúde para com esse idoso, são

muitos dos fatores que causam depressão, nos mesmo (MIRANDA et, al, 2016; PEDROSA et. al, 2016; CARVALHO et. al, 2017).

Baseado nisso, a utilização de psicotrópicos tem se tornado mais comum nessa população. Atuando no sistema nervoso central, tem por objetivo amenizar os sintomas citados acima, que são comum para a idade dessa população, e utilizados também para combater ansiedade, insônia e desconfortos. Porém o uso constante e abusivo, sem acompanhamento profissional devido, e combinado a outros fármacos (hipoglicemiantes) pode trazer prejuízos para a saúde (NALOTO et. al, 2016; OLIVEIRA et. al, 2016; PRADO et. al, 2017 RODRIGUES et. al, 2016).

No estudo podemos observar que cerca de 25,4% da população estudada faz uso de algum psicotrópico, dessas, apenas 6,2% tem depressão, as outras relataram que tomam por algum declínio cognitivo, ansiedade ou insônia. Pensando nisso, é necessário o desenvolvimento de ações voltadas e estratégias direcionadas ao uso racional e responsável de psicotrópicos aos idosos. O acompanhamento dessa população é primordial para a prevenção e promoção da qualidade de vida em todos os âmbitos.

De acordo com um estudo feito por Lima-Costa et. al, em 2003, eles analisaram e viram que a maior parte da população idosa brasileira, aproximadamente 70%, declararam ter pelo menos uma doença crônica, sendo a maioria dessas, mulheres e evoluindo exponencialmente com o passar dos anos. (LIMA-COSTA et. al, 2003). O que corrobora com o que foi encontrado no estudo, cerca de 51% e 74,6%, da população estudada, tem diabetes Mellitus e hipertensão, respectivamente. Desse percentual a prevalência é do sexo feminino (32,3% e 56,2% tem diabetes e hipertensão).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), de acordo com estudos, as doenças crônicas eram as causadoras de 72% de mortes no mundo. No ano de 2003 as doenças crônicas eram responsáveis por 60% de todas as doenças no mundo e a estimativa é que em 2020, essas serão equivalentes a 80% de toda causa de doenças. Esse aumento pode ter como fator agravante a

falta de procura a tratamentos para as mesmas. Como conseguimos identificar no estudo, onde 3,8% dos usuários que tem diabetes mielitus não fazem uso de medicamentos para tal doença. Sabendo disso, elas foram consideradas um problema de grande amplitude para a população mundial. (OMS, 2003).

Como mostrado nesse estudo a hipertensão arterial sistêmica representa a DCNT mais presente nos idosos entrevistados. Corroborando com um estudo feito, em municípios do Mato Grosso, com 312 idosos, onde ha a prevalência da hipertensão arterial em 67,4% dos idosos pesquisados (ESPERANDIO et. al, 2013).

Políticas de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis tem direcionado sua estratégia na promoção do estilo de vida saudável, enfatizando o controle do consumo do tabaco e álcool, melhora da alimentação, prática de exercícios físicos e conseqüentemente o controle da obesidade. Pois é comum que as doenças crônicas não transmissíveis sejam responsáveis por internações que quando agravados, os casos, fazem com que o usuário perca a funcionalidade, afetando diretamente a qualidade de vida, um quadro que geralmente são responsáveis por amputações e danos em relação a mobilidade e funções, sendo essas causadoras da maioria da morbidade e mortalidade da população. (BRASIL, 2011; LIMA et. al, 2015).

Em relação a prática de exercícios físicos pelos usuários com DCNT, 21,6% dos usuários diabéticos e 7,7% não praticam nenhum tipo de exercício físico, isso corrobora com estudos que dizem que a prática de atividades físicas é desafiadora por causa da falta de acessibilidade e conscientização dessa população (MACHADO et. al, 2017).

Associando a Escala Subjetiva da Fragilidade com o índice de Barthel, foi visto que a maioria dos idosos estudados são pré-frágeis ou frágeis, porém a maioria deles é independente nas tarefas de transferências, mobilidade e/ou subir e descer escadas. Não foram achados estudos que associassem as duas variáveis, mas achados na literatura direcionam para que a partir dos 75 anos é comum que aproximadamente 10% dessa população perca a independência para uma ou mais AVDs (NAKATANI et. al, 2009). O que não corrobora com o estudo, pois a média de idade aqui apresentada é de 71,22 e a

porcentagem de idosos independentes ainda é alta: 93,8% para transferência, 73,9% para mobilidade e 56,9% para subir e descer escadas, sendo 90,8% os idosos pré frágeis e frágeis.

De acordo com o que foi expresso ao longo de todo o estudo o perfil dos idosos moradores da área adscrita do Grotão I podemos destacar algumas estratégias em saúde para uma maior atenção a essa população, em alguns âmbitos esquecida pela sociedade. Além disso, mediante a formação profissional generalista do fisioterapeuta, se tem uma facilidade para tratar do usuário de uma forma integral, sendo capaz de atuar em nível de atenção primária, secundária e terciária (NEWLAND et, al, 2005).

Portanto, para que haja a inserção da fisioterapia em equipes multiprofissionais, a fim de otimizar as políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde por meio da reabilitação prevenção e promoção da saúde, o profissional deve está atento ao que é atribuído ao seu cargo, como: Mapear as vulnerabilidades e fatores de risco para doenças crônicas, da população, existentes em seu território de trabalho; Trocar conhecimentos entre os profissionais de saúde para uma visão mais integral da saúde do indivíduo; apurar a efetividade e alcance de campanhas de prevenção de agravos e doenças e promoção da saúde; criar e promover grupos de usuários com determinadas morbidades, com a finalidade de orientar e motivar a prática de exercícios físicos para a prevenção, também, de incapacidades e deformidades; para orientações de adaptações em casa para evitar quedas e possíveis lesões que podem agravar doenças crônicas ali já existentes, dentre outros. (AVEIRO et al., 2010)

As populações atendidas pelo fisioterapeuta engloba crianças, adolescentes, gestantes, saúde da mulher e do homem, deficientes físicos e principalmente, idosos. . (FORMIGA; RIBEIRO, 2012; OLIVEIRA et al., 2011; BISPO JÚNIOR, 2010; BRASIL et al., 2005). Onde a população idosa, estudada, compreende um grupo de pessoas que necessitam de orientações posturais, para prevenção de quedas, para prevenção ou complemento de tratamento das DCNT, para aumento e/ou manutenção da capacidade funcional a fim de manter ou melhorar a qualidade de vida deles.

Segundo Bispo Júnior, a fisioterapia pode atuar intervenções de várias formas, dentre elas está a forma de tratamento reabilitador que enfatiza a melhora da qualidade de vida, a diminuição de danos provocados por alguma morbidade e diversos tipos de orientações para conscientização. E existe, ainda, a fisioterapia coletiva que é bem vinda no campo da Atenção Básica, que vai além do tratamento reabilitador, mas que tem como público alvo as populações com alguma patologia ou com riscos de adoecer. (BISPO JUNIOR, 2010)

Especificamente, o fisioterapeuta faz muita diferença na Atenção Básica, essencialmente para população idosa. Podendo vir a realizar atividades em grupos para usuários com doenças crônicas ou mesmo para prevenir, as mesmas, nas orientações quando os pacientes forem enfermos, a cuidadores na prevenção de quedas, em relação a mudanças de decúbito; Para prevenir ou retardar incapacidades funcionais advindas com a idade. (CRUZ et al., 2010; AVEIRO, 2011; BISPO JUNIOR, 2010).

A efetivação da atenção primária e a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no país faz com que haja uma aproximação entre a fisioterapia e o nível primário apresentando essa união como alternativa capaz de fortalecer a atenção básica, aumentando a resolutividade do sistema e contribuindo para a garantia da integralidade na assistência. Embora muito conhecida como terapia reabilitadora, conseguimos ver a fisioterapia muito além do que é historicamente caracterizada, pois dentro da sua formação há competências que permite a atuação em todos os níveis da saúde. (BISPO JÚNIOR, 2010)

Atuando com o conhecimento prévio do território e da população o fisioterapeuta passa a ser responsável direto pela qualidade de vida daquela população. Fazendo com que motive o profissional na criação de vínculos, a trabalhar de forma multiprofissional, criação de grupos que facilitem a interação entre profissionais e usuários, potencializando assim, o trabalho do fisioterapeuta. (TEIXEIRA, 2000; UNGLERT, 1993)

Diante disso, seguindo as políticas públicas da saúde do idoso combinada ao modelo de vigilância à saúde, compete a fisioterapia ganhar destaque ao ser inserido em outros níveis de atenção seja ela primária,

secundária ou terciária, de âmbito coletivo ou individual, o profissional tem habilidades e competências suficientes para tornar-se um promotor da saúde em concordância com as diretrizes da territorialização e da população a que deseja trabalhar. E principalmente, para direcionamento de cuidados para a população idosa.

CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou o perfil dos idosos adscritos a uma área do Grotão I, onde a frequência foi de idosos do sexo feminino, casados, de escolaridade ensino fundamental incompleto, aposentados e que não apresentavam deficiência.

A maior parte deles moram com familiares ou cônjuge e tem fácil acesso a serviços de supermercado, padaria e farmácia. Onde uma minoria deles é fumante e etilista e a maioria sedentários e tem como estado nutricional o sobrepeso ou a obesidade.

Uma parcela considerável tem alguma DCNT e faz uso de medicamentos para e uso de psicotrópicos para auxiliar no tratamento de depressão, insônia e ansiedade. E, ainda, a maioria foram identificados como pré-frágeis ou frágeis e quando avaliada a funcionalidade pela escala de Barthel foi obtido uma média no score de 90.

Podemos assim concluir que, a partir dos dados obtidos fica muito mais claro traçar as condutas que melhor abrajam essa população com todas as suas especificidades e nos faz notar, também, a falta de preparo das equipes de saúde quanto ao psicológico desses usuários. É essencial conhecer as características dessa população e, a partir disso, obter condições, tanto para analisar, quanto para sugerir melhorias nas áreas de políticas públicas, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias para a consolidação desse processo e o avanço da cidadania das pessoas idosas com deficiência, cada vez mais presentes em nossa sociedade.

Sabendo disso, o fisioterapeuta, com sua formação generalista pode trabalhar e auxiliar em todos os níveis da saúde trazendo inúmeros benefícios para essa população, muitas vezes esquecidas pelas estratégias de saúde.

ANEXOS:

- **Anexo 1:**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução Nº. 466 de dezembro de 2012 - CONEP/CNS/MS)

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **“PERFIL DOS IDOSOS MORADORES DO BAIRRO DO GROTÃO E SUAS NECESSIDADES FUNCIONAIS”**, e está sendo desenvolvida pelo(s) pesquisador(es) **ALINE MARIA MONTEIRO DA SILVA**, aluna do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba e **DANYELLE NÓBREGA DE FARIAS** Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós- Graduação em Modelos de Decisão e Saúde (UFPB), sob a orientação da pesquisadora responsável Prof(a) Dra. **KATIA SUELY QUEIROZ SILVA RIBEIRO**.

O objetivo geral do estudo é identificar as necessidades em relação aos cuidados fisioterapêuticos de idosos adscritos a uma equipe de saúde da família. Que será alcançado a partir dos objetivos específicos que são: descrever o número de idosos residentes do Grotão; analisar e traçar o perfil da população idosa do Grotão destacando suas necessidades funcionais seja essas de cunho de promoção, prevenção ou reabilitação em saúde e destacar quais as possíveis intervenções do profissional fisioterapeuta.

A finalidade deste estudo pode ser considerada sobre duas vertentes: contribuição para grande parcela dos idosos, pois o aumento da longevidade tem sido acompanhado de um declínio do estado de saúde físico e mental, muitas vezes somado à presença de múltiplas doenças crônicas, perda de independência e autonomia, e limitações socioeconômicas e ambientais, que são fatores associados à limitação da capacidade funcional, e outro ponto importante no estudo pretendido e a atenção acerca da reorientação do campo de atuação profissional da fisioterapia e novas possibilidades de atuação no Sistema Único de Saúde, a especificar, na Atenção Primária. Assim como debater a necessidade de profissionais de fisioterapia na comunidade, tendo em vista que nas atuais políticas de saúde do Brasil, a prática voltada para a prevenção de agravos, promoção da saúde e recuperação da mesma (tratamento ou reabilitação) estão asseguradas, não sendo só dever do fisioterapeuta, mas também de todos os profissionais de saúde que se propõem a atuar na rede de atenção à saúde.

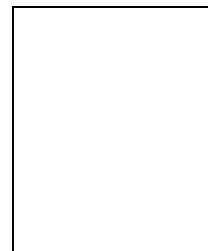
Solicitamos a sua colaboração para uma breve entrevista acerca da sua saúde, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que a pesquisa não oferece riscos a sua saúde, sendo considerados como ‘riscos previsíveis’ alguns desconfortos, no caso de se sentir incomodado, achar cansativo responder alguns itens da entrevista. Caso ocorram algumas dessas situações, poderá desistir em qualquer momento da pesquisa, conforme estabelece a Resolução 466/12 da CONEP/MS.

Nesse sentido, esclarecemos e ressaltamos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do

estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.



Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Assinatura da Testemunha

Assinatura do pesquisador (a)

João Pessoa, ____/____/____

Contato do Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador KATIA SUELY QUEIROZ SILVA RIBEIRO – Prof^ª. do Departamento de Fisioterapia do Centro de Ciências da Saúde – UFPB. Telefones: (83) 98893-2909
Endereço eletrônico: katiaribeiro.ufpb@gmail.com

ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB 📞
(83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

- Anexo 2

FICHA DE AVALIAÇÃO

DADOS PESSOAIS:

Nome Completo: _____

Nº cartão SUS: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: () Feminino; () Masculino.

Rua/Avenida: _____

Bairro/Cidade/País: _____

CEP: _____ Telefone: _____

Escolaridade: _____

Situação Conjugal: () Solteiro(a); () Casado(a); () Viúvo (a); () Outra _____

Ocupação/Profissão: _____

Sabe ler e escrever? () SIM () NÃO

Tem alguma deficiência? () SIM () NÃO Qual? () Auditiva; () Visual; () Física; () Outra

INFORMAÇÕES SOCIOFAMILIARES:

- **Você mora sozinho(a)?**

() SIM () NÃO

- **Você mora com familiares?**

() SIM () NÃO

- **Você mora com seu(sua) cônjuge ou companheiro(a)?**

() SIM () NÃO

- **Você tem fácil acesso aos serviços de farmácia, padaria ou supermercado?**

() SIM () NÃO

- **Você tem fácil acesso a transporte?**

() SIM () NÃO

- **Você trabalha atualmente?**

() SIM () NÃO

- **Você recebe aposentadoria ou pensão?**

() SIM () NÃO

AVALIAÇÃO AMBIENTAL

Itens importantes para a segurança do domicílio		S	N
Local	Item		
Áreas de locomoção	Áreas de locomoção		
	Desimpedidas		
	Presença de barras de apoio		
	Pisos uniformes e tapetes bem fixos		
Iluminação	Presença de iluminação suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus		
	Interruptores acessíveis na entrada dos cômodos		
Banheiro	Área do chuveiro com antiderrapante		
	Box com abertura fácil ou presença de cortina bem firme		
Cozinha e quarto	Armários baixos, sem necessidade do uso de escada		
	Piso antiderrapante		
Escada () não há	Corrimão dos dois lados e firme		

INFORMAÇÕES MÉDICAS

- **Hábitos de vida:**

Fumo: () SIM; () NÃO;

Frequência: () Fumo frequentemente; () Fumo raramente; () Parei fumar;

Tempo: _____

Bebida Alcoólica: () SIM; () NÃO;

Frequência: () Bebo frequentemente () Bebo raramente () Parei de beber

Tempo: _____

Atividade Física: () SIM; () NÃO;

Frequência: () Faço frequentemente () Faço raramente () Parei de fazer

Qual?: _____ Quantas vezes por semana?: _____

Atividade De Lazer: _____

Atividades Diárias Do Lar: _____

- **Medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso:**

Nome do medicamento, fitoterápico, suplemento ou vitamina e concentração	Dose e frequência	Data de início ou tempo de uso	Foi prescrito por algum profissional?

- **Diagnósticos e internações prévios** (Algun médico já falou que você tem alguma das doenças abaixo relacionadas?)

Condições de Saúde / Diagnósticos	SIM/NÃO	Ano de diagnóstico	Ano de Internação
Acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame	() S () N		
Anemia	() S () N		
Asma	() S () N		
Diabetes <i>mellitus</i>	() S () N		
Doença arterial coronariana	() S () N		
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	() S () N		
Epilepsia	() S () N		
Hipertensão arterial	() S () N		
Insuficiência cardíaca	() S () N		
Úlcera gastrointestinal	() S () N		
Depressão	() S () N		
Incontinência urinária	() S () N		
Incontinência fecal	() S () N		
Declínio cognitivo	() S () N		

(Demência)	() S () N		
------------	-------------	--	--

- **Dados antropométricos**

Peso	
Altura	
IMC	

Índice antropométrico	(X)	Pontos de Corte	Classificação do estado nutricional
IMC = Peso/(Altura) ²		< 22 kg/m ²	Baixo peso
		≥ 22 e ≤ 27 kg/m ²	Peso adequado
		> 27 kg/m ²	Sobrepeso

- **Avaliação subjetiva da fragilidade:**

Avaliação Subjetiva da Fragilidade (Caso já tenha sofrido alguma queda, responda às seguintes perguntas)	SIM	NÃO
Nos últimos 12 meses, o(a) Sr. (a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?		
Nos últimos 12 meses, o(a) Sr. (a) acha que sua força diminuiu?		
O(a) Sr(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses atrás?		
Nos últimos 7 dias, o Sr(a) tem achado que tudo o que fez exigiu-lhe grande esforço ou tem sentido que não conseguiu levar adiante suas coisas?		

- **Escala de Funcionalidade:**

ESCALA DE BARTHEL	
ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 3 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	

<p>ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear</p>	
<p>VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zippers, laços, etc.)</p>	
<p>INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente</p>	
<p>SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente</p>	
<p>USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)</p>	
<p>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente</p>	
<p>MOBILIDADE (EM SUPERFICIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros</p>	
<p>ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente</p>	

PONTUAÇÃO TOTAL (0-100) _____

REFERÊNCIAS :

1. ABI-ACKELL , M.M. *et al.* Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Epidemiol** , [S. l.], ano 2017, n. 20, p. 57-69, 10 out. 2017.
2. BARBOSA, Marcelia Barezzi *et al.* Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S. l.], ano 2018, p. 123-133, 20 ago. 2018.
3. ULLA, Leonia Capaverde *et al.* Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Textos & Contextos** , Porto Alegre, ano 2003, p. 1-8, 2 jan. 2003.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: MS; 2017.
5. DOOLAN , D.M. *et al.* Smoking cessation interventions and older adults. **Prog Cardiovasc Nurs**, [S. l.], ano 2008, p. 119-270, 23 ago. 2008.
6. DE INDICADORES SOCIAIS, IBGE Síntese. Estudos & Pesquisas. *Informação Demográfica e Socioeconômica*, 2007, 21.
7. ESPERANDIO, E.M.; Espinosa MM, Martins MAS, Guimarães LV; Lopes MAL, Scala LCN. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal. **Rev bras geriatr gerontol**, [S. l.], ano 2013, p. 93-491, 20 fev. 2013.
8. FRIED, L. P. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol*. **Medical Sciences**, 2001, 56: M146-M156.

9. GIRONDI, J. B. R., de Almeida Hammerschmidt, K. S., Tristão, F. R., & Fernandez, D. L. R. (2014). O uso do Índice de Barthel Modificado em idosos: contrapondo capacidade funcional, dependência e fragilidade. **Journal of Health & Biological Sciences**, 2(4), 213-217.
10. GHOSHED JUNIOR, N. S.; LEE, S.; McCANN, D. *Conditions of work and employment for older workers in industrialized countries: understanding the issues*. Geneva: International, 2015
11. Goulart D, Engroff P, Ely LS, Sgnaolin V, Santos EF, Terra NL, et al. Smoking in the elderly. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. 2010;13(2):313-20.
12. IBGE. Censo 2000 e 2010.
13. IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Questionários dos Censos Demográficos de 2010. Acessado em 01 outubro, 2019, de: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/notas_resultados_preliminares_amostra.pdf.
14. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA; ESTATÍSTICA. COORDENAÇÃO DE POPULAÇÃO; INDICADORES SOCIAIS. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2008*. ibge, 2008.
15. JIANG N; GONZALEZ, ME; LING, PM; GLANTZ, SA. Relationship of Smokefree Laws and Alcohol Use with Light and Intermittent **Smoking and Quit Attempts among US Adults and Alcohol Users**. PLOS ONE. 2015;10(10):1-17.
16. JOSÉ, BPS; CORRÊA, RA; MALTA, DC; PASSOS, VMA; FRANÇA, EB; TEIXEIRA, RA, et al. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à

- exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Rev Bras Epidemiol.** 2017;20 Supl. 1:75-89. 24.
17. SENGHER, AEV; ELY, LS; GANDOLFI, T; SCHNEIDER, RH; GOMES, I; DE CARLI, GA. Alcoholism and smoking in the elderly: relation to dietary intake and socioeconomic aspects. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** 2011;14(4):713-9.
18. LIMA, MG; BARROS, MBA; ALVES, MCGP. Sentimento de felicidade em idosos: uma abordagem epidemiológica, ISA-Camp 2008. **Cad Saude Publica** [Internet]. 2012[Cited 2015 Feb 22];28(12):2280-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n12/07.pdf>
19. LINTZERIS, N; RIVAS, C; MONDS, LA; LEUNG, S; WITHALL, A; DRAPER, B. Substance use, health status and service utilization of older clients attending specialist drug and alcohol services. **Drug Alcohol Rev.** 2016;35(2):223-31.
20. MALTA, DC; CAMPOS, MO; OLIVEIRA, MM; ISER, BPM; BERNAL, RTI; CLARO, RM, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. **Epidemiol Serv Saúde.** 2015;24(3):373-87.
21. MCDOWELL, IAN, et al. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires.* Oxford University Press, USA, 2006.
22. MARQUES JFS, DE SÁ SC, FREITAS-FILHO W, ESPÍRITO-SANTO LR, PRINCE KA, OLIVEIRA MVM. Transtorno depressivo maior em idosos não institucionalizados atendidos em um centro de referência. **Arq Ciênc Saúde** 2017;24(4):20-24.
23. MIRANDA GMD, MENDES ACG, SILVA ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev Bras Geriatr Gerontol** 2016;19(3):507-19.

24. PEDROSA B, DUQUE R, MARTINS R. Suicídio no idoso – o antecipar da morte. *Psilogos* 2016;14(1):50-56. Carvalho ILN, Lôbo APA, Aguiar CAA. A intoxicação por psicofármacos com motivação suicida: uma caracterização em idosos. **Rev Bras Geriatr Gerontol** 2017;20(1):134-42
25. NOIA AS, SECOLI SR, DUARTE YAO, LEBRÃO ML, LIEBER NSR. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP** 2012;46(Esp):38-43
26. NALOTO DCC, LOPES FC, BARBERATO-FILHO S, LOPES LC, DEL-FIOL FS, BERGAMASCHI CC. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciênc Saúde Coletiva** 2016;21(4):1267-76.
27. NERI, AL, et al. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. *São Paulo: Fundação Perseu Abramo*, 2007.
28. PAIXÃO JR, CARLOS MONTES; REICHENHEIM, MICHAEL E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cadernos de saude publica**, 2005, 21: 7-19.
29. NAKATANI AYK, Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos e na comunidade e propostas de intervenções em equipes de saúde. Ver **eletrônica. Enferm.** 2009; 11(1): 144-50
30. NEUWLAD MF, ALVARENGA LF. Fisioterapia e Educação em Saúde: Investigando um serviço ambulatorial do SUS. **Bol Saúde.** 2005;19(2):74-81.
31. OLIVEIRA LPBA, SANTOS SMA. Uma revisão integrativa sobre o uso de medicamentos por idosos na atenção primária à saúde. **Rev Esc Enferm USP** 2016;50(1):167-79.
32. PRADO MAMB, FRANCISCO PMSB, BARROS MBA. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um

estudo transversal de base populacional. **Epidemiol Serv Saude** 2017;26(4):747-58.

33. PEDROSA B, DUQUE R, MARTINS R. Suicídio no idoso – o antecipar da morte. **Psilogos** 2016;14(1):50-56.

34. PERES, MARCOS AUGUSTO DE CASTRO. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Sociedade e Estado**, v. 26, n. 3, p. 631-662, 2011.

35. PERES, MARCOS. “A educação de jovens e adultos e o analfabetismo entre idosos no semi-árido nordestino: velhice e exclusão educacional no campo” **Revista de Educação e Ciências Humanas**, Belo Horizonte/MG, n. 10, ano V, out, 2009

36. ROCHA, CRISTIANE HOFFMEISTER et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciencia & saude coletiva**, v. 13, p. 703-710, 2008.

37. RODRIGUES MCS, OLIVEIRA C. Drug-drug interactions and adverse drug reactions in polypharmacy among older adults: an integrative review. **Rev Latinoam Enferm** 2016;24:e2800. [citado 2018 Out 14]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02800.pdf.

38. SILVA, MALU EMANUELLE et al. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2013.

39. SOUZA, ALYNE DAYANE PACÍFICO; DE CÁRDENAS, CARMEN JANSEN. Estudo sobre a incidência, de pessoas idosas com deficiência, com enfoque

na cor, raça e sexo, nos dados do censo IBGE/2010. **Revista Kairós: Gerontologia**, 2015, 18.4: 378-388.

40. SANTOS SR, GONÇALVES MS, LEITÃO FILHO FSS, JARDIM JR. Profile of smokers seeking a smoking cessation program. **J Bras Pneumol**. 2008;34(9):695-701.