

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Curso de Fisioterapia

Lilian Ferreira de Sousa

OS FATORES ASSOCIADOS À FRAGILIDADE DO IDOSO

São Paulo

2021

Lilian Ferreira de Sousa

OS FATORES ASSOCIADOS À FRAGILIDADE DO IDOSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Fisioterapia. Orientador: Prof.^o Me. Thuam S. Rodrigues e Coorientadora: Prof.^a Me. Raquel Fernandes Batista.

São Paulo

2021

S716f Sousa, Lilian Ferreira de

Os fatores associados a fragilidade do idoso / Lilian Ferreira de Sousa. – São Paulo, 2021.

52 f.: il

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) -
Universidade Santo Amaro, 2021.

Orientador: Prof. Me. Thuam S. Rodrigues.

Co-orientador: Profa. Me. Raquel Fernanes Batista.

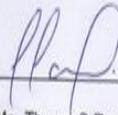
1. Idoso fragilizado. 2. Envelhecimento. 3. Estado nutricional. 4.
Fatores socioeconômicos. I. Rodrigues, Thuam S, orient. II. Batista,
Raquel Fernanes, co-orient. III. Universidade Santo Amaro. IV. Título.

Lilian Ferreira de Sousa

OS FATORES ASSOCIADOS À FRAGILIDADE DO IDOSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

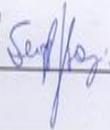
Data de Aprovação: 17/05/2021



Prof^o Me. Thuan S Rodrigues

(Orientador)

Prof^o Me Sergio Paulo Josely de Souza
Coordenação do Curso de Fisioterapia
Universidade Santo Amaro – UNISA



(Banca Interna)



(Banca Externa)

NOTA: 9,0

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus por cada etapa alcançada, pelos sonhos realizados, aos meus pais, Marli e Severino, minha irmã Eliana, minha vizinha Ana Gomes, por ter me ajudado financeiramente, todos sempre presentes em minha vida nos momentos mais difíceis, incentivando-me e nunca deixaram que desistisse dos meus sonhos;

agradeço ao meu marido, Edson, que também esteve ao meu lado, dando-me apoio e a minha filha Ana Julia que, apesar de criança, soube compreender cada momento dos meus estudos;

as minhas amigas Mayara Rios, Aline, Priscila e Tainara pelo carinho e por nunca terem me deixado desistir durante a jornada acadêmica;

ao professor Thuam, por toda paciência e sinceridade ao longo desta jornada;

a professora Raquel, orientando-me em cada passo deste trabalho e finalmente,

a todas as amizades que fiz durante período de estágio - professores, mestres e doutores.

*“Mil poderão cair ao teu lado, e dez à tua direita;
mas tu não serás atingido”
(Salmos 91:7)*

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento fisiológico é natural, envelhecer pressupõe alterações de ordem física e psicológica no indivíduo. É uma forma natural e gradual das transformações que ocorrem ao longo da vida, podendo ocorrer alterações progressivas de estruturas sensoriais, vestibulares, da acuidade visual, auditiva e musculares. A fragilidade é considerada uma síndrome clínica caracterizada, entre outras condições, pela perda de massa corporal involuntária que causa diminuição da força muscular. O estado nutricional do idoso e a sua composição corporal poderão influenciar estas condições e, em último caso, a prevalência da síndrome de fragilidade. **Objetivo:** Verificar os principais fatores associados à fragilidade dos idosos. **Métodos:** Pesquisa epidemiológica, retrospectiva e analítica, baseada na Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI). Para este projeto serão considerados todas as AMPIs, aplicadas de janeiro a junho de 2019. **Resultado e Discussão:** Os idosos que apresentam limitações físicas têm 7.55 vezes mais chance de fragilidade quando comparados aos idosos que não apresentam limitações físicas (OR= 8.55; IC95%: 2.94-24.83). Aqueles idosos que têm algum tipo de incontinência apresentam 7.49 vezes mais chances de fragilidade quando comparados aos idosos que não apresentam quadro de incontinência (OR= 8.49; IC95%: 2.98-24.18); idosos que apresentam doenças crônicas, aumentam a chance de fragilidade em 7.99 vezes (OR= 8.99; IC95%: 1.77-45.81). Ter déficit cognitivo aumenta em 1.55 vezes a chance de fragilidade, quando comparado com idosos que não apresentam déficit cognitivo (OR= 2.55; IC95%: 1.14-5.72; aqueles idosos que perderam mais de 5% do seu peso no último ano de forma não intencional apresentam 1.91 vezes mais chance de fragilidade quando comparado com os idosos que ganharam ou mantiveram o peso no último ano (OR=2.91; IC95%: 1,09; 3,79). Aqueles idosos que tomam cinco ou mais medicamentos por dia apresentam 3.66 vezes mais chances de fragilidade, quando comparados com os idosos que tomam menos de quatro medicamentos por dia (OR=4.66; IC95%: 1.22- 9.64); idosos com mais de 75 anos aumentaram em 0.6 vezes as chances de apresentarem fragilidade quando comparados com idosos de idade menor que 75 anos (OR=1.06; IC95%: 1.00-1.42). **Conclusão:** Os resultados deste estudo mostram que os principais fatores associados à fragilidade do idoso são: limitação física, doenças crônicas não transmissíveis, perda de peso não intencional, polifármacos, ter incontinência e déficit cognitivo. Prevenir ou identificar precocemente esses fatores é de suma importância para precaver, evitando repetição do mesmo verbo) a fragilidade dos idosos. Esses dados nos sugerem a necessidade de mais atenção a essa população. Espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para programas de promoção, prevenção e atenção aos idosos, melhorando suas condições de vida e saúde, garantindo um envelhecimento saudável. Sugerimos a importância de novos estudos, sobre esta temática para melhores estratégias de saúde.

Palavras Chaves: Idoso Fragilizado. Envelhecimento. Estado Nutricional. Fatores Socioeconômicos.

ABSTRACT

Introduction: The physiological aging process is natural; aging presupposes physical and psychological changes in the individual. It is a natural and gradual form of the transformations that occur throughout life, with the possibility of progressive changes in sensory, vestibular, visual acuity, auditory and muscular structures. Frailty is considered a clinical syndrome characterized, among other conditions, by the loss of involuntary body mass that causes a decrease in muscle strength. The nutritional status of the elderly and their body composition may influence these conditions and, ultimately, the prevalence of frailty syndrome. **Objective:** To verify the main factors associated with the frailty of the elderly. **Methods:** Epidemiological, retrospective and analytical research, based on the multidimensional assessment of the elderly (AMPI). For this project, all AMPIs applied from January to June 2019 will be considered. **Result and Discussion:** The elderly who have physical limitations have 7.55 times more chance of frailty when compared to the elderly who do not have physical limitations (OR = 8.55; 95% CI: 2.94-24.83). Those elderly people who have some types of inconsistency are 7.49 times more likely to be frail compared to the elderly who do not retire incontinence (OR = 8.49; 95% CI: 2.98-24.18). elderly people with chronic diseases increase the chance of frailty by 7.99 times (OR = 8.99; 95% CI: 1.77-45.81). Having cognitive deficit increases the chance of frailty by 1.55 times, when purchased with elderly people who do not have cognitive deficit (OR = 2.55; 95% CI: 1.14-5.72), those elderly people who have lost more than 5% of their weight in the last year unintentionally, they have 1.91 times more chance of frailty when compared to the elderly who gained or maintained weight in the last year (OR = 2.91; 95% CI: 1.09; 3.79). Those elderly people who take five or more medications per day are 3.66 times more likely to be frail, when compared to the elderly who take less than four medications per day (OR = 4.66; 95% CI: 1.22-9.64). elderly people over 75 years old increased the chances of presenting frailty by 0.6 times when compared to elderly people under 75 years old (OR = 1.06; 95% CI: 1.00-1.42). **Conclusion:** The results of this study show that the main factors associated with frailty in the elderly are physical limitations, chronic non-communicable diseases, unintentional weight loss, polypharmaceuticals, incontinence and cognitive deficits, preventing or early identifying these factors is of paramount importance to prevent the frailty of the elderly. These data suggest the need for more attention to this population. It was hoped that the results of the present study could contribute to programs for the promotion, prevention, and care of the elderly, improving their living and health conditions, ensuring healthy aging. We suggest the importance of further studies on this topic for better health strategies.

Keywords: Frail elderly. Aging. Nutritional Status. Socioeconomic Factors.

LISTA DE ABREVIATURAS

ADM	Amplitude de Movimento
AVDs	Atividades de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AB	Atenção Básica
AMPI-AB	Avaliação Multidimensional do Idoso
IU	Incontinência Urinária
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
IUM	Incontinência Urgência Miccional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva (média, desvio padrão, valor mínimo e máximo) das variáveis quantitativas (contínua e discreta)

Tabela 2 - Análise descritiva (números e %) das variáveis qualitativas (nominal e ordinal)

Tabela 3 - No modelo final obtido por regressão logística múltipla

Tabela 4 - Valores de OR bruta e ajustada das variáveis independentes inseridas no modelo final

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3. MÉTODOS.....	12
3.1 Tipos de Pesquisa.....	12
3.2 Critérios de Inclusão.....	12
3.2.1 Critérios de exclusão.....	12
3.3 Variáveis de Pesquisa.....	12
3.3.1 Sociodemográfica.....	12
3.3.2 Variáveis Dependente.....	13
3.3.3 Variáveis Independentes.....	13
3.4 Instrumento de Pesquisa.....	16
3.5 Aspectos Éticos.....	16
3.6 Análise de Dados.....	17
Análise Regressão Logística Múltipla.....	18
4. RESULTADOS.....	21
Teste de ajuste de modelo.....	23
Teste de Hosmer-Lemeshow.....	23
5. DISCUSSÃO.....	26
6. CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	30
ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....	34
ANEXO B – Avaliação Multidimensional Pessoa Idosa na Atenção Básica.....	35
ANEXO C – Rastreamento de Capacidade Funcional – Dados Pessoais.....	39
ANEXO D – Teste de Lawton.....	41
ANEXO E – Escala Optométrica de Snellen.....	43
ANEXO F – Escala de Depressão Geriátrica - GDS.....	45
ANEXO G – Teste de Katz	47

1. INTRODUÇÃO

A síndrome da fragilidade é determinada de origem global por razões sociais, psicológicas e biológicas. Todos esses fatores levam a um maior risco adverso como queda, alteração de marcha e do equilíbrio, diminuição de massa e da força muscular.¹

Portanto, a referida síndrome são as principais causas de morbidade e mortalidade precoce em idosos onde compreende para problemas futuros com o decorrer da vida e que intercede no estado geral, nas mulheres principalmente esses agravos são mais suscetíveis para o surgimento da síndrome.²

Lana et al³ determina a fragilidade como queda da reserva de energia estressora do organismo, portanto, a redução da capacidade de que o organismo precisa para se manter em equilíbrio. Fried et al⁴ relata que perda de peso não intencional, fadiga autorreferidas, redução de força preensão palmar, baixa velocidade de caminhada, baixo nível de atividade física, são os cinco componentes identificado na fragilidade do idoso⁴.

A fragilidade ocorre por diversas alterações, como estado nutricional a capacidade funcional que os tornam pessoas vulneráveis a resultados de adversos à saúde. Neste sentido a fragilidade deve ser alvo para investigação e prever estratégias entre familiares, e a sociedade como um todo⁵.

Essas alterações elevam o risco de dependência e afetam a qualidade de vida do idoso, sendo de suma importância compreender os fatores de risco e de proteção que levam atuação a esses componentes⁶.

Com essa percepção, a política pública vem destacando um aspecto positivo o apoio à pessoa idosa com a clareza de conhecimento, habilidade e experiência de vida cotidiana e laboral. Nesse sentido, a fragilidade compõe ao envelhecimento é dado como assertiva a utilização de diferentes terminologias: envelhecimento ativo, envelhecimento bem-sucedido e por fim envelhecimento saudável, que é o termo proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷.

A OMS determina que o envelhecimento saudável é um “processo de manutenção e de desenvolvimento da capacidade funcional que proporciona o bem-estar na idade avançada”. A capacidade funcional tem, por sua vez, que ser entendida como a junção da capacidade intrínseca particular e própria de cada idoso, neste contexto inclui capacidades físicas, mentais e psicossociais⁸.

Esta compreensão para o envelhecimento saudável inclui todas as pessoas idosas, mesmo aquele que possui algum tipo de doença crônica e que não esteja na lista de agravos e muito menos restrito à sua capacidade funcional, mas que possibilita interagir com suas habilidades e permitir um envelhecimento saudável da melhor forma possível⁹.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relatam que atualmente o Brasil possui estimativa em torno de 212 milhões de pessoas, sendo que 28 milhões com idade igual ou maior que 60 anos segundo censo de 2010. O que antes era considerado “um país de jovens”, até 2025 terá sua população composta por 15% de pessoas idosas, essas mudanças trazem grandes desafios às políticas públicas de saúde, em particular aos grandes centros urbanos, especialmente pela desigualdade social, e pela ausência de serviços e infraestrutura em suas periferias¹⁰.

Para qualificar essa demanda, as redes de Atenção Básica (AB) vêm impondo diretrizes para qualificar a saúde do idoso e especializar o atendimento para Sistema Único de Saúde (SUS), com planejamento e gestão do cuidado do idoso na rede de atenção à saúde¹¹.

Atualmente é utilizada a Avaliação Multidimensional do Idoso (AMPI-AB) que permite o reconhecimento das necessidades de saúde da população idosa, sendo um diagnóstico clínico-funcional capaz de reconhecer as incapacidades, tanto no que se refere à independência e autonomia nas atividades de vida diária (AVDs) e funcionalidade global, quanto à presença de comprometimento dos sistemas funcionais principais, representados pela cognição, humor, mobilidade e comunicação¹².

A AMPI-AB é um instrumento que possibilita a classificação do idoso em “saudáveis”, “pré-frágeis” e “frágeis”. A pontuação para as questões foi dividida em três categorias: 0 a 5 pontos: idoso saudável. 6 a 10 pontos: idoso pré-frágil e igual ou

maior que 11 pontos: idoso frágil, onde possa manter a organização na rede de atenção básica (AB). É composto por 17 perguntas através das quais podem ser coletadas condições de saúde dos idosos: sociais, físicas, cognitivas e funcionais¹³.

É também utilizado um formulário com dados sociais e com teste de rastreamento da capacidade funcional. As perguntas abordadas no questionário inicial são: autopercepção da saúde, arranjo familiar, idade, medicamentos utilizados, número de internações nos últimos doze meses, condições crônicas, queda nos últimos doze meses, acuidade auditiva, acuidade visual, limitação física, cognição, humor, desempenho nas Atividade Instrumentais de Vida Diária (AIVD), perda de peso não intencional, incontinências urinária e fecal e condições bucais¹⁴.

Independentemente da forma de rastreio, os desfechos também podem ser relacionados à síndrome da fragilidade, levando a diversos aspectos multidimensionais da síndrome, com isso, o interesse e as particularidades não são apenas biológicos. A fragilidade é uma síndrome que afeta indivíduos a partir dos 60 anos de idade, e é definida pela perda das suas capacidades fisiológicas, permitindo efeitos adversos referentes à incapacidade, hospitalização e mortalidade¹⁵.

Esta pesquisa justifica-se, pela escassez de estudos realizados no Brasil para identificar fatores determinantes associados à fragilidade nos idosos, e pela contribuição prática e teórica que os resultados trarão para as políticas públicas de saúde.

Conhecer os fatores associados à fragilidade nos idosos é de grande importância para a criação de novas políticas públicas, para atuarem na promoção de saúde e prevenção da síndrome da fragilidade nos idosos, além de fornecer novos dados de saúde para a comunidade científica, principalmente para aqueles que trabalham na área do envelhecimento.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

-Verificar os principais fatores associados à fragilidade dos idosos.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar as variáveis que estão associadas à fragilidade dos idosos.
- Identificar e fornecer dados sobre fragilidade para pesquisas, ajudando nas demandas de saúde que poderão emergir dessa população que cresce rapidamente.

3. MÉTODOS

3.1 Tipo de Pesquisa

Pesquisa epidemiológica, retrospectiva e analítica, baseada na Avaliação Multidimensional da Pessoa idosa (AMPI) de idosos atendidos pela Unidade Básica de Saúde (UBS) Jordanópolis. Para este projeto serão considerados todas as AMPIs, aplicadas de janeiro a junho de 2019, sendo sua amostra composta de 208 AMPIs. Com objetivo de identificar os principais fatores associados a fragilidade do idoso atendidos pela Unidade Básica de Saúde (UBS) Jordanópolis, São Paulo, SP.

A coleta dos dados foi realizada nas dependências da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jordanópolis, no endereço, Rua Jangada Nova, N° 75. Bairro Jardim Presidente, CEP04830-200, pela equipe de Fisioterapia, que aplicou a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI) e seus testes de rastreamento da capacidade funcional.

3.2 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão são indivíduos com idade igual ou maior que 60 anos, que realizaram avaliação da AMPI em 2019 e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.2.1 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão são idosos que apresentem alteração cognitiva grave, que os impeça de responder a AMPI.

3.3 Variáveis de pesquisa:

3.3.1 Sociodemográficas:

Informações referentes à idade, sexo, renda, estado civil e escolaridade, uso de medicamentos, arranjo familiar, déficit cognitivo, perda de peso no último ano etc. Essas variáveis serão coletadas através da avaliação multidimensional da pessoa idosa (AMPI) (ANEXO B).

3.3.2 Variável dependente:

Idoso Frágil

3.3.3 Variáveis independentes:

Sexo/idade

Raça/cor

Estado civil

Arranjo familiar

Condições crônica

Depressão

Cognição

Nível de escolaridade

Capacidade funcional

Humor

Déficit de visão

Incontinência Urinaria/fecal

Medicamentos

Limitação física

Perda de peso

Para avaliar risco de fragilidade do idoso utilizou o Teste de Rastreamento da Capacidade Funcional Dado Sociais. (ANEXO C) cujo desempenho para avaliação de vulnerabilidade social em idosos que moram sozinhos. Seu Objetivo é detectar sinais de vulnerabilidade social como indicador de risco para fragilidade.

Procedimento: Aplicar o questionário ao idoso que mora só, avaliar as respostas e detectar possíveis indicadores de vulnerabilidade social, ou seja, ausência ou

insuficiência de suporte familiar, econômico, habitacional; dificuldades de locomoção e acessibilidade e sinais indicativos de violência.

Avaliação de resultados: Considerar o relato de situações que indiquem grau acentuado de vulnerabilidade e que deverão ser acompanhados pelo Serviço Social.

As variáveis Sexo, Idade, Raça/cor, Estado civil, Tipo de moradia, Condições crônicas da de saúde, depressão, cognição foram avaliadas através da Avaliação Multidimensional da Pessoas Idosas na Atenção Básica (AMPIs) (ANEXO B). A AMPI-AB visa instrumentalizar as Unidades Básicas de Saúde para qualificação da demanda, planejamento e gestão do cuidado em saúde das pessoas idosas na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa – RASPI. Pessoas idosas (60 anos ou mais) são portadoras de condições crônicas, com alta prevalência de incapacidades e de dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD) e apresentam aumento da necessidade de cuidados continuados e permanentes. Neste sentido, a avaliação de suas condições de saúde-doença e psicossociais e a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular – PTS e de Plano de Cuidados específico são fundamentais, para melhorar e manter a melhor capacidade funcional possível e promover o envelhecimento ativo.

A AMPI-AB foi elaborada, baseando-se na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (MS, 2006), no Caderno da Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde e está organizada em um questionário inicial com 17 perguntas com respostas autorreferidas, que abrangem as principais dimensões para avaliação das condições de saúde dos idosos: sociais, físicas, cognitivas e funcionais. Sua aplicação indica, também, a utilização do Formulário de Dados Sociais e dos Testes de Rastreamento da Capacidade Funcional, a depender da necessidade detectada em cada uma das questões.

As 17 dimensões do processo de envelhecimento abordadas no questionário inicial são: idade, autopercepção da saúde, arranjo familiar, condições crônicas, medicamentos utilizados, número de internações nos últimos doze meses, acuidade visual, acuidade auditiva, limitações físicas, cognição, humor, desempenho nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), desempenho nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), incontinência urinária e fecal, perda de peso não intencional e condições bucais.

Capacidade funcional Katz e Lawton

A independência funcional foi avaliada por meio da Escala de Katz (ANEXO G) e pela Escala de Lawton (ANEXO D). A Escala de Katz analisa a habilidade individual de executar seis atividades cotidianas básicas: banhar-se, vestir-se, utilizar o sanitário, efetuar transferências, controlar esfínteres e alimentar-se. Para cada um dos itens é atribuído o valor de zero ou um, onde zero representa dependência na execução da tarefa e um representa independência. O seu escore final varia de zero a seis pontos, sendo que zero indica dependência total, um e dois indicam dependência grave, três e quatro, dependência moderada, cinco, dependência ligeira, e seis, independência.

A Escala de Lawton, por sua vez, avalia oito atividades instrumentais de vida diária: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, efetuar tarefas domésticas, lavar roupas, utilizar meios de transporte, realizar o manejo de medicamentos e se responsabilizar por assuntos financeiros. O seu resultado varia de zero a oito pontos, também permite classificar o indivíduo em cinco categorias: dependência total (zero a um), dependência grave (dois a três), dependência moderada (quatro a cinco), dependência ligeira (seis a sete) e independência.

Escala de depressão geriátrica (GDS)

Para avaliar o estado de humor foi utilizado a escala de depressão geriátrica (ANEXO F), trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (SIM ou NÃO) a respeito de como a pessoa tem se sentido na última semana. A GDS não substitui a entrevista específica realizada por profissionais da área da saúde mental. Tem como objetivo favorecer a identificação de um estado depressivo no idoso. Aplicar o questionário assinalando SIM ou NÃO a cada item, atribuir a pontuação correspondente a cada resposta e somar os pontos obtidos.

Avaliação de resultados: somar os pontos obtidos nas 15 questões e, conforme resultado considerar o idoso com quadro psicológico normal ou indicativo de depressão leve ou grave, sendo que 0 a 5 pontos: indica quadro psicológico normal, 6 a 10 pontos: indica quadro de depressão leve e 11 a 15 pontos: indica quadro de depressão severa.

Déficit de visão (Acuidade visual)

Acuidade visual: o quadro de Snellen (ANEXO E) foi utilizado para a avaliação da acuidade visual. é de grande importância principalmente nas ações de prevenção de quedas além de ser necessária para o desempenho das atividades diárias de vida. A escala optométrica de Snellen é um teste realizado para avaliação da acuidade visual sem finalidade diagnóstica.

Tem como objetivo detectar alterações visuais mesmo com uso de lentes auxiliares (óculos ou lentes de contato).

Procedimento: Utilizar a Escala Optométrica do E (acessível a usuários de vários níveis de escolaridade). A escala deverá ser colocada a 1,5m de altura em uma parede limpa e sala clara, devendo haver um espaço de 5 metros de distância entre o local em que o idoso estará sentado e a parede onde a escala está exposta. Coloca-se o idoso sentado confortavelmente, com óculos (se usar), e pede-se para identificar a figura apontada iniciando do maior para o menor. Avaliar a visão bilateral (sem uso de tampão) identificando até qual linha o idoso consegue distinguir com clareza os símbolos. A última linha que o idoso consegue identificar com clareza é a que deve ser marcada como resultado. Sendo assim, contabilizava-se um fator de risco, caso a voluntária fosse incapaz de ler até a quinta linha do instrumento.

3.4 Instrumento de pesquisa:

Avaliação multidimensional da pessoa idosa e seus testes de rastreamento da capacidade funcional (ANEXO B).

3.5 Aspectos Éticos:

Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro (CEP-UNISA), sob o número do CAAE: 21711219.0.0000.0081(ANEXO A) número do parecer 3.655.875., sob parecer número 3.655.875.

Os dados coletados foram utilizados para pesquisa científica, sendo apresentados em congressos e serão publicados em revistas científicas especializadas. Ademais, foi preservada a identidade de todos os envolvidos neste processo.

3.6 Análise de dados:

Na abordagem analítica, inicialmente foi realizada a organização dos dados em planilhas do Excel e análise estatística com o uso do software stata 9.2 permitindo uma verificação bivariada por meio do teste do qui-quadrado para apurar a associação entre cada uma das variáveis.

Para realização desta regressão logística, tendo em vista a explicação do desfecho, foi proposto utilizar uma variável dependente capacidade funcional dados sociais e 15 variáveis independentes: escolaridade, estado conjugal, sexo, condições crônicas, funcionalidade, humor (depressão), acuidade visual, cognição, raça, idade e perda de no último ano, uso de polifarmaco, limitação física, incontinência urinaria e fecal, arranjo familiar.

Para a análise descritiva das variáveis qualitativas foram calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%). Para as variáveis quantitativas: idade e pontuação AMPIs, foram calculados as médias, desvios, valor mínimo e máximo.

Análise Univariada: variáveis (dependente / independentes) de estudo: A análise foi realizada com o objetivo de verificar a associação entre as variáveis independentes com a dependente. Para alcançar tal objetivo foi utilizado o teste de hipóteses de qui-quadrado de Pearson (χ^2). Desse modo, quando o resultado do teste obteve valor $p < 0,05$ a variável independente foi selecionada para o modelo de regressão logística múltipla

Teste de qui-quadrado (χ^2)

H⁰: não existe associação entre as variáveis.

H^a: existe associação entre as variáveis.

Aplicou-se, também, a análise de Regressão Logística múltipla para verificar a associação das variáveis independentes com a dependente, através do Teste da razão de verossimilhança, para verificar a adequação do modelo, e Teste de Wald, para testar a significância de cada coeficiente, pois o mesmo permite conhecer os

valores de OddsRatio (OR) brutos e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

Análise de Regressão Logística Múltipla

As demais variáveis foram ordenadas conforme o nível de significância estatística (Tabela1).

Tabela 1. Ordem de entrada das variáveis selecionadas para o modelo múltiplo e nível descritivo segundo análise univariada.

Ordem de entrada	Variável	Descrição	Valor-p
1	Limitação física	Apresenta ou não apresenta	(p<0.000)
2	Incontinência urinaria	Apresenta ou não apresenta	(p<0.000)
3	Aivd	Realiza atividade com ou sem ajuda	(p<0.000)
4	Doença crônica	Apresenta ou não apresenta	(p<0.008)
5	Cognição	Estado cognitivo	(p<0.023)
6	Perda de Peso	Nos últimos anos	(p<0.049)
7	Medicamentos	Toma mais de 4 medicamentos	(p<0.020)
8	Idade	>75 anos	(p<0.028)

Fonte: coleta de Dados coletados na Avaliação multidimensional da pessoa idosa (AMPI), atendidos pela Unidade Básica de Saúde, Jordanópolis, 2019.

Quadro 1. Descrição das variáveis (dependente / independentes) de estudo após a recategorização.

Variável	Rótulo	Categorização final
Pontuação da AMPI	ampi	0=ate cinco pontos 1=de 6 a 10 pontos 2 acima de 11 pontos
Sexo	Sexo	0: mulher 1: homem
Escolaridade	Escolaridade	0=Analfabeto 1= 1º grau incompleto 1= 1º grau completo 2= 2º grau incompleto 2= 2º grau completo 2= superior
Depressão	Depressão	0= não apresenta 1= apresenta
Raça	Raça	0= branca 1= preta ou parda 2= amarela 3= indígena
Idade	Idade	0= 60 – 74 1= 75 – 89 2=> 90
Estado conjugal	conjugal	1: tem companheiro

		2: sem companheiro
Condições crônicas	Crônica	0= não 1= sim
Funcionalidade	Abvd	0= sem ajuda , 1= com ajuda
Funcionalidade	Aivd	0= sem ajuda, 1= com ajuda

Fonte: coleta de Dados coletados na Avaliação multidimensional da pessoa idosa (AMPI), atendidos pela Unidade Básica de Saúde, Jordanópolis, 2019.

Para avaliar a associação entre as variáveis que seguiram no modelo foi utilizada a regressão logística múltipla (testes abaixo).

Teste da razão de verossimilhança (para verificar a adequação do modelo)

$$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots \beta_k = 0$$

$$H_a: \text{existe pelo menos um } \beta \neq 0$$

Teste de Wald (para testar a significância de cada coeficiente)

$$H_0: \beta_i = 0 \iff H_0: OR(X_i) = 1$$

$$H_a: \beta_i \neq 0 \iff H_a: OR(X_i) \neq 1$$

Para se manter no modelo final, adotou-se o nível de significância estatística $p < 0,05$ e para avaliar a significância estatística de cada um dos parâmetros do modelo (e, portanto, de cada OR), foi utilizada a estatística z de Wald. O teste de hipóteses do teste z de Wald para cada β_j da regressão logística univariada. A fim de verificar a capacidade preditiva do modelo de regressão logística múltiplo, foi aplicado o teste de Hosmer-Lemeshow.

Teste da razão de verossimilhança

$$H_0: \beta_j = 0$$

$$H_A: \beta_j \neq 0$$

O que equivale a:

Teste de Wald

$$H_0: OR_{tug1} = H_A: OR_{ttug1} \neq$$

4. RESULTADOS

Os sujeitos da pesquisa (Quadro1) foram 208 idosos, sendo que 63,94% são do sexo feminino (n=133) e 36,06% do sexo masculino (n=75); a média de idade encontrada foi de 70.6 com desvio padrão de 7.4, sendo idade mínima de 58 anos e máxima de 94 anos. Destes idosos mais de 75% (tabela1) apresentam risco de fragilidade.

Tabela 2. Análise descritiva (média, desvio padrão, valor mínimo e máximo) das variáveis quantitativas (contínua e discreta)

Variável	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Idade	70.6	7.4	58	94
Pontuação AMPI	6.40	3.09	0	15

Fonte: coleta de Dados da Avaliação multidimensional da pessoa idosa (AMPI), atendidos pela Unidade Básica de Saúde, Jordanópolis, 2019.

As características descritivas dos participantes são apresentadas no Tabela 2: a grande maioria dos idosos 75.96% moram acompanhados; 43.27% dos idosos apresentam déficit cognitivo. Dentre eles, 29.33% eram dependentes pelo menos para uma atividade instrumental da tabela 2.

Tabela 3 – Análise descritiva (números e %) das variáveis qualitativas (nominal e ordinal)

Variável	N	%
Cognição		
Não apresenta déficit	118	56,73
Apresenta déficit	90	43,27
Escolaridade		
Analfabeto	8	6,30
1º grau incompleto	63	52,52
1º grau completo	31	24,24
2º grau incompleto	5	3,93
2º grau completo	16	12,06
Superior	1	0,79
Arranjo Familiar		
Mora sozinha	50	24,04
Mora com alguém	158	75,96

Variável	N	%
Depressão		
Não	181	87,44
Sim	201	12,56
Acuidade Visual		
Visão boa	86	41,35
Déficit de visão	122	58,65
Funcionalidade		
Sem ajuda	147	70,67
Com ajuda	61	29,33
Raça		
Branca	79	38,73
Preta ou parda	111	54,41
Amarela	9	4,41
Indígena	5	2,45
Sexo		
Feminino	133	63,94
Masculino	75	36,06
Doenças Crônicas		
Não apresenta	23	11,06
Apresenta	185	88,94
Medicamentos		
ADM até 4 medicamentos	164	78,85
ADM mais que 5 medicamentos	44	21,15
Incontinência Urinária		
Não apresenta	150	72,12
Apresenta	58	27,88
Perda de peso no último ano		
Não apresentou	164	78,85
Apresentou	44	21,15
Limitação física		
Não apresenta	152	73,08
Apresenta	56	26,92
Humor		
Não apresentou tristeza no último mês	105	50,48
Apresentou tristeza no último mês	103	49,52

Fonte: coleta de Dados coletados na Avaliação multidimensional da pessoa idosa (AMPIs), atendidos pela Unidade Básica de Saúde, Jordanópolis, 2019.

Tabela 4 - No modelo final obtido por regressão logística múltipla, as variáveis que se mantiveram associadas ao risco de fragilidade foram: ser dependente para realização das atividades instrumentais da vida diária, apresentar déficit cognitivo, apresentar quadro de mau humor e idosos que residam sozinhos em seus domicílios.

AMPI	OddsRatio	Std. Err.	Z	P> z	[95% Conf.	. Interval]
Limitação física	8.549343	4.65065	3.94	0.000	2.943732	24.82946
Incontinência Urinária	8.489934	4.53304	4.01	0.000	2.981407	24.17616
AIVD	7.266193	3.915426	3.68	0.000	2.527159	20.89206
Condições Cônicas	8.994675	7.470709	2.64	0.008	1.766049	45.81083
Cognição	2.548939	1.050989	2.27	0.023	1.136026	5.719135

Perda de peso	2.912375	1.583631	1.97	0.049	1.003225	8.454658
Medicamentos	3.427831	1.809086	2.33	0.020	1.218388	9.643906
Idade	1.073149	.0343983	2.20	0.028	1.007803	1.142731
_cons	.0001197	.0003029	- 3.57	0.000	8.4 le-07	.0170468

Fonte: coleta de Dados coletados na Avaliação multidimensional da pessoa idosa (AMPIs), atendidos pela Unidade Básica de Saúde, Jordanópolis, 2019.

Prob(Y=1) = $\frac{1}{1 + e^{...}}$

$$1 + e^{.0002297 + 8.549343 * (\text{limitação física}) + 8.489934 * (\text{incontinência}) + 7.266193 * (\text{aivds}) + 8.994675$$

*(condições crônicas) = 2.548939 * (cognição) + 2.912375 * (perda de peso) + 3.427831 * (medicamentos) + 1.073149 * (idade)

No modelo final obtido por regressão logística múltipla, as variáveis que se mantiveram associadas à fragilidade do idosos foram: a limitação física presente, ter incontinência urinária, ser dependente nas atividades instrumentais da vida diária, apresentar doenças crônicas, ter apresentado perda de peso não intencional (5%), tomar mais de cinco medicamentos por dia, ter idade maior que 75 anos.

Teste de ajuste do modelo

A fim de verificar a capacidade preditiva do modelo de regressão logística múltiplo, foi aplicado o teste de Hosmer-Lemeshow.

Teste de Hosmer-Lemeshow

H₀: valores estimados = valores observados

H_A: valores estimados ≠ valores observados

Segundo o resultado do teste de Hosmer-Lemeshow, o modelo está adequadamente

Logistic model for ampi, goodness-of-fit test

(Table collapsed on quantiles of estimated probabilities)

Group	Prob	Obs_1	Exp_1	Obs_0	Exp_0	Total
1	0.0740	1	0.9	20	20.1	21
2	0.1232	1	2.2	21	19.8	22
3	0.2096	6	3.5	14	16.5	20
4	0.3098	6	5.6	15	15.4	21
5	0.5348	6	8.3	14	11.7	20
6	0.7505	14	13.8	7	7.2	21
7	0.8624	17	17.1	4	3.9	21
8	0.9564	20	19.1	1	1.9	21
9	0.9887	20	20.5	1	0.5	21
10	0.9999	20	19.9	0	0.1	20

number of observations = 208
 number of groups = 10
 Hosmer - Lemeshow chi 2(8) = 5.23
 Prob > chi 2 = 0.7325

ajustado ($p=0,7325$). Sendo assim, o modelo final é adequado para explicar os fatores associados a fragilidade no idoso.

Tabela 5 - Valores de OR bruta e ajustada das variáveis independentes inseridas no modelo final.

Variáveis	OR bruta (IC95%)	OR ajustada (IC95%)
Limitação Física		
Não	1,00	1,00
Sim	12,86 (5,46-30,29)	8,55 (2,94-24,83)
Incontinência Urinária/fecal		
Não	1,00	1,00
Sim	10,93 (4,65-25,69)	8,49 (2,98-24,18)
AIVDS*		
Independente	1,00	1,00
Dependente	10,17 (4,51- 22,94)	7,27 (2,53-20,89)
Condições crônicas		
Não	1,00	1,00
Sim	6,51 (2,13-19,91)	8,99 (1,77-45,81)
Déficit cognitivo*		

Não apresenta	1,00	1,00
Apresenta	3.40 (1.90-6.09)	2.55 (1.14- 5.72)
Perda de peso no último ano		
Não	1,00	1,00
Sim	3.31 (1.57- 6.99)	2.91 (1.00-8.45)
Uso de Medicamentos		
Até 4	1,00	1,00
Igual ou mais que cinco	4,66 (2,44-8,91)	3.43(1.22 – 9.64)
Idade		
60 a 74 anos	1,00	1,00
Acima de 75 anos	1.06 (1.02- 1.10)	1.07 (1.00- 1.42)

Fonte: coleta de Dados coletados na Avaliação multidimensional da pessoa idosa (AMPIs), atendidos pela Unidade Básica de Saúde, Jordanópolis, 2019. *variáveis de ajuste.

Os idosos que apresentam limitações físicas têm 7.55 vezes mais chance de fragilidade quando comparados aos idosos que não apresentam limitações físicas (OR= 8.55; IC95%: 2.94-24.83). Aqueles idosos que têm algum tipo de incontinência apresentam 7.49 vezes mais chances de fragilidade, comparados aos idosos que não apresentam quadro de incontinência (OR= 8.49; IC95%: 2.98-24.18). Idosos que apresentam doenças crônicas aumentam a chance de fragilidade em 7.99 vezes (OR= 8.99; IC95%: 1.77-45.81).

Ter déficit cognitivo aumenta em 1.55 vezes a chance de fragilidade, quando comparado com idosos que não apresentam déficit cognitivo (OR= 2.55; IC95%: 1.14- 5.72), aqueles idosos que perderam mais de 5% do seu peso no último ano de forma não intencional apresentam 1.91 vezes mais chances de fragilidade quando comparados com os idosos que ganharam ou mantiveram o peso no último ano (OR=2.91; IC95%: 1,09; 3,79).

Aqueles idosos que tomam de cinco ou mais medicamentos por dia apresentam 3.66 vezes mais chances de fragilidade, quando comparados com os idosos que tomam menos de quatro medicamentos por dia (OR=4.66; IC95%: 1.22- 9.64). Idosos com mais de 75 anos aumentam as chances de apresentarem fragilidade em 0.6 vezes quando comparados com idosos de idade menor que 75 anos (OR=1.06; IC95%: 1.22-9.64).

5. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo identificaram os principais fatores associados à fragilidade nos idosos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Jordanópolis. Entre os principais fatores associados à fragilidade, identificamos que os idosos que têm limitação física apresentam maiores chances de serem frágeis.

Jesus¹⁶, identificou que os idosos frágeis apresentavam limitações nas atividades instrumentais da vida diária, sendo que o baixo nível de atividade física foi um dos critérios de fragilidade mais frequentes entre os idosos pré-frágeis e frágeis¹⁴.

Souza¹⁷ condiz que durante o processo de envelhecimento fisiológico, modificações como perda de massa muscular, rigidez articular e redução da amplitude de movimento (ADM) e alterações sensório-motoras podem comprometer significativamente a mobilidade física da pessoa idosa, predispondo a limitações físicas¹⁷.

A incontinência urinária (IU) é um dos determinantes que leva o idoso ao isolamento e assim se tornando idoso frágil. Lenardt¹⁸, em seu estudo diz que a incontinência urinária apresenta um dos maiores problemas enfrentados pela população idosa, com grande repercussão na qualidade de vida, independência e autonomia, e pode manifestar condições de fragilidade física, levando ao quadro angustiante e à incapacidade¹⁸.

Paiva¹⁹, afirma que a incontinência urinária (IU) é decorrente do processo de envelhecimento, atinge homens e mulheres. Este estudo demonstra uma prevalência sendo 36,1% em homens e 57,4% mulheres em uma faixa etária 40-49 anos. Acima de 70 anos essa incidência prevalece na grande maioria em mulheres. Dentro desse contexto são mais recorrentes a incontinência urinária de urgência (IUU) e a incontinência urgência miccional (IUM). Essas perdas urinárias involuntárias acabam levando o idoso a sentir vergonha de frequentar lugar público, e se afastando de seus familiares, causando assim, um impacto nas expectativas de vida¹⁹.

As doenças crônicas têm grande significância, levando o idoso a ser frágil. O estudo de Schenker²⁰ confirma que doenças crônicas não transmissíveis

aumentaram com o passar dos anos, atingindo a população idosa - cerca de 75% podendo gerar limitações funcionais²⁰.

As doenças crônicas vêm se tornando algo muito preocupante para essa população pois são patologias que estão relacionadas ao envelhecimento, sendo alvos de vários outros fatores determinantes que podem causar série de outras comorbidades e levando esse idoso a maior nível de fragilidade.

Machado²¹ descreve que as doenças crônicas causam limitações, diminuição de produtividade, afetando funcionalidade e impacto na qualidade de vida, sendo descritas como problema sério na saúde pública²¹.

Quanto ao déficit cognitivo, Grden²² destaca no seu estudo que entre os fatores do agravamento da síndrome da fragilidade, as alterações cognitivas são indício de mortalidade em idosos, com efeito acumulativo de outras doenças

O idoso com algum déficit cognitivo tem o seu desempenho para as atividades de vida diárias (AVDs) afetado, causando alto índice de dependência dos seus familiares. Rosa²³ diz que o envelhecimento tem alterações que podem implicar na redução da capacidade, na conservação do equilíbrio, nas funções do organismo e suas mudanças orgânicas, levando ao surgimento de doenças neurodegenerativas²³.

Dentre outras causas o que possibilita o aparecimento de perda de peso Gomes²⁴ afirma que desnutrição também está associada a condições socioeconômicas, ao baixo rendimento e diminuição da taxa metabólica basal que limita a aquisição de alimentos adequados e redução da ingestão alimentar que influencia as taxas de fragilidade. Pode-se dizer que o baixo peso está associado a pré-fragilidade e à fragilidade²⁴.

Assumpção²⁵ explica no seu estudo que o isolamento social, o menor consumo de alimentos, a dificuldade de mastigação e a alteração de paladar causam perda de peso não intencional²⁵.

Manso²⁶ apresenta em seu estudo que a desnutrição geriátrica apresenta diversos problemas, dentre eles estão perdas de massa óssea e massa muscular,

e que diante disso, a atividade física fica reduzida, causando hipotrofia e/ou disfunção orgânica²⁶.

Outro fator relevante diante dos resultados do estudo é a interação do poli fármaco: o idoso que toma de quatro a cinco medicamentos tem grandes chances de se tornar um idoso frágil. Abreu²⁷, relata que as pessoas idosas têm grande condição a aumento de doenças crônicas, necessitando de número maior de medicamentos, é fenômeno multidimensional²⁷.

Pagno ²⁸ menciona que o uso de medicamentos auxilia na melhora da qualidade de vida e aumento da perspectiva de vida, mas seu uso em excesso pode gerar impactos negativos, podendo exacerbar as condições de fragilidade²⁸.

Bezerra ²⁹ em seus estudos relata que a automedicação relacionada ao uso abusivo ocorre mundialmente, levando à iatrogenia medicamentosa, ocasionando aumento do número de hospitalização²⁹.

Os achados do presente estudo corrobora que Grden et al ³⁰ refere que a fragilidade apresenta grande importância na população idosa, onde idosos jovens predominam - cerca de 60-69 anos - os valores entre 6,9% e 9,3%; entre os longevos - maior ou igual a 80 anos, as taxas são significativamente maiores, com a modificação de 16% a 26%. O estudo aponta que esse percentual encontra -se na literatura e que não pode dispensar esses estudos, especialmente aos longevos cujo risco para a fragilidade é maior, com chances de mudança do nível pré-frágil para frágil, o que compromete a hospitalização, quedas e dependências.

6. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que os principais fatores associados à fragilidade do idoso são limitação física, doenças crônicas não transmissíveis, perda de peso não intencional, polifármacos, ter incontinência urinária e déficit cognitivos. Prevenir ou identificar precocemente esses fatores é de suma importância para precaver a fragilidade dos idosos. Esses dados nos sugerem a necessidade de mais atenção a essa população.

Espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para programas de promoção, prevenção e atenção aos idosos, melhorando suas condições de vida e saúde, garantindo um envelhecimento saudável. Sugerimos a importância de novos estudos, sobre esta temática para melhores estratégias de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Farias RA, Silva CRR da, Leal ASLG, Ferreira AGO, Nova FALV, Pontes MLF. Síndrome da fragilidade e a qualidade de vida em idosas da comunidade. *Revista Nursing (São Paulo)* ; 22(251): 2889-2893, abr.2019.
- 2 Macedo C, Gazzola JM, Najas M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v.33, n. 3, p. 177-84
- 3 Lana LD, Crossetti MGO, Desfecho das intervenções em idosos classificados conforme fenótipo da fragilidade de Fried: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2019; 22(3):): doi.org/10.1590/1981-22562019022.190008
- 4 Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Mcburnie MA et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. 2001. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146–M157. doi:10.1093/gerona/56.3.m146
- 5 Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGBD, Santos IDS, Lin, SM, Pinto, et a. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 2018 12(2), 121-135
- 6 Fhon JRS, Rodrigues RAP, Neira WF, Rojas Huayta VM, Robazzi MLCC. Fall and its association with the frailty syndrome in the elderly: systematic review with meta-analysis. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(6):1003-1010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700018>
- 7 Fachine BRA, & Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. 2015. *InterSciencePlace*, 1(20). doi.org/10.6020/1679-9844/2007.
- 8 Dawalibi NW, Goulart RMM, Aquino RDCD, Witter C, Buriti MDA, & Prearo LC. Índice de desenvolvimento humano e qualidade de vida de idosos frequentadores de universidades abertas para a terceira idade. 2014. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 496-505. doi.org/10.1590/S0102-71822014000200025

9 Maia L, Colares F, Moraes E, Costa S, & Caldeira AP. Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. 2020. Revista De Saúde Pública, 54, 35. doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735

10 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. [homepage na internet]. Rio de Janeiro; 2012 [acesso em 07/03/2020]. Disponível em:

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. SP Demográfico. Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo. 2015;15(1).

11 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.: il. [acesso em 07/03/2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf

12 Superintendência de Atenção à Saúde. P223a Avaliação multidimensional do idoso / SAS. - Curitiba: SESA, 2017. 113p.: il. color. ISBN 978-85-66800-14-2 1 Saúde do idoso 2. Idoso 3. Geriatria 4. Avaliação geriátrica. I. Moraes, Edgar Nunes. II. Azevedo, Raquel Souza. III. Moraes, Flávia Lanna. IV. Pereira, Adriane 23 Miró Vianna Benke. V. Título. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. [acesso em 07/03/2020]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultiddoidoso_2018_atualiz.pdf

13 Secretaria Municipal de Saúde(SMS). Documento Norteador: Unidade de Referência Saúde do Idoso. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa> São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCUMENTONORTEADORURSI21122016.pdf>. Acesso em 07/03/2020.

14 Fabrício DM. Prevalência da fragilidade no contexto brasileiro e desempenho cognitivo de idosos não frágeis, pré-frágeis e frágeis. Submetido 25/02/2019. [acesso em 07/03/2020]. <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/11113>

15 Pillatt A P, Patias RS, Berlezi EM, & Schneider, RH. (2018). Quais fatores estão associados à sarcopenia e à fragilidade em idosos residentes na comunidade? *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(6), 755-766. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180165>

16 Jesus ITM, Orlandi AAS, Grassiano ES, Zazzetta MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. doi.org/10.1590/1982-0194201700088

17 Souza HA, Moura BM, Júnior EOC, Rezende FAC, Brito TRP, Neto LSS, Osório NB, Nunes DP et al. Limitação Funcional em Atividades de Vida Diária e Fatores Associados em Idosos da Universidade da Maturidade Silva. *Revista Humanidades e Inovação* v.6, n.11 – 2019

18 Lenard MH, Moraes DC, Setlik CM, Setoguchi LS, Mello BH de Frohlich GMV. Fragilidade física e incontinência urinária de idosos em assistência ambulatorial. *Cogitareenferm.* [Internet]. 2020 [acesso em 25/03/2021]; 25. Disponível em: doi.org/10.5380/ce.v25i0.67077

19 Paiva LL, Rodrigues MP. Prevalência de incontinência urinária em idosos no Brasil nos últimos 10 anos. Uma revisão sistemática. *Stud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 24, edição especial, p. 275-293, 2019. doi.org/10.22456/2316-2171.97762

20 Schenker M, Costa DH da. 2019. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1369-1380. Epub May 02, 2019. doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019

21 Machado WD, Gomes DF Freitas CASL, Brito MCC, Moreira ACA. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. *PortugueseReonFacema*. 2017. Abr-Jun; 3(2):444-451.

22 Grden CRB, Ivastcheschen T, Cabral LPA, Reche PM, Rodrigues CRB, Borges PKO. Fragilidade e desempenho cognitivo de idosos em atendimento ambulatorial. *REME – Rev Min Enferm.* 2018;22:e-1086. doi: 10.5935/1415-2762.20180016

23 Rosa TSM, Filha VAVS, Morais AB. Prevalência e fatores associados ao prejuízo cognitivo em idosos de instituições filantrópicas: um estudo descritivo. *Ciênc. saúde coletiva* vol.23 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2018 doi.org/10.1590/1413-812320182311.25212016

24 Gomes LON, Graciero LB. O perfil alimentar e nutricional de idosos frequentadores de um centro de convivência para idosos em Brasília. Rev. Cient. Sena Aires. 2017; 6(1): 3-9.

25 Assumpção D, Borim FSA, Francisco PMSB, Neri AL . Fatores associados ao baixo peso em idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. Ciência & Saúde Coletiva, 23, 1143-1150. 2018. doi.org/10.1590/1413-81232018234.17422016

26 Manso MEG, Silva DLG, D'Oliveira RR, Kim BMJ, Santos AFL, Junior EABS Impacto do exercício físico em idosos com baixo peso: uma abordagem focada na sarcopenia. PAJAR - Pan American Journal of Aging Research, 7(2), 33308. 2019. doi.org/10.15448/2357-9641.2019.2.33308

27 Abreu DPG, Santos SSC, Ilha S, et al. Fatores Comportamentais Associados à Adesão Medicamentosa Em Idosos Em Atendimento Ambulatorial. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2019;9: e3025. doi.org/10.19175/recom.v9i0.3025

28 Pagno AR, Gross CB, Gewehr DM, Colet CF, Berlezi EM. 2018. A terapêutica medicamentosa, interações potenciais e iatrogenia como fatores

29 Bezerra TA, Brito MAA, Costa KNFM. Caracterização Do Uso De Medicamentos Entre Idosos Atendidos Em Uma Unidade Básica De Saúde Da Família. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 21, n. 1, mar. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43011/27630>>. Acesso em: 29 mar. 2021. doi.org/10.5380/ce.v21i1.43011

30 Grden CRB, Lenardt MH, Sousa JAV, Kusomota L, Dellaroza MSG, Betiulli SE. Associação da síndrome da fragilidade física às características sociodemográficas de idosos longevos da comunidade. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 25(0) 2017. doi.org/10.1590/1518-8345.1770.2886

ANEXO A – Parecer Consubstanciado Do Comitê De Ética E Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados ao risco de quedas nos idosos atendidos pela da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jordanópolis, São Paulo, SP.

Pesquisador: THUAM SILVA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21711219.0.0000.0081

Instituição Proponente: OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DE LUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.655.875

ANEXO B - Avaliação Multidimensional Da Pessoa Idosa Na Atenção Básica – AMPI-AB



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E ÁREAS TEMÁTICAS
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

NOME:		DN:		
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena		CNS:		
ENDEREÇO:		SEXO: F () M ()		
UBS:		EQUIPE:		
TEL:		TEL:		
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA - AMPI/AB				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos		Pontuação
1	Idade Qual a sua idade?	60]- 74	()	0
		75]- 89	()	1
		90 ou mais	()	2
Encaminhamentos	Se idade entre 75 e 89 anos, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT. Se idade de 90 anos ou mais, realizar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes.			
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos		Pontuação
2	Auto Percepção da saúde Em geral, comparado com outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a.) diria que sua saúde é:	Muito boa/ boa	()	0
		Regular/ruim/muito ruim	()	1
Encaminhamentos	Se houver auto-percepção de saúde "Regular / Ruim / Muito Ruim", aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes.			
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos		Pontuação
3	Arranjo Familiar O(A) Sr.(a.) mora sozinho?	NÃO	()	0
		SIM	()	1
Encaminhamentos	Em caso afirmativo, aplicar os testes de Katz, Lawton, TUGT e Dados Sociais. Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes, ou na avaliação social.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Verificar critérios de encaminhamento para o PAI.			
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos		Pontuação
4	Condições Crônicas O(A) Sr.(a.) teve/tem algumas dessas condições abaixo?	NENHUMA	()	0
		1 ou 2	()	1
		3 ou +	()	2
Encaminhamentos	Diabetes Mellitus, Hipertensão arterial, AVC, Doença arterial coronariana, Doenças Vasculares, Úlcera de pressão, Anemia, Asma, DPOC, Úlcera péptica, Artrose, Obesidade, Neoplasia, Demência, Epilepsia, Depressão, Doença de Parkinson, HIV/AIDS e Amputação de membro. Para os que pontuarem 1 ponto, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT. Para os que pontuarem 2 pontos, realizar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional.			
Fluxo	Para pontuação 0 ou 1, observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme pontuação geral. Para os idosos com 1 ponto nesse item, providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes. Para os idosos com 2 pontos nesse item, realizar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional e Plano de Cuidados Inicial. Se o idoso apresentar complicações dessas condições crônicas, encaminhar para a URSI.			
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos		Pontuação
5	Medicamentos Quantos medicamentos o(a) Sr.(a.) toma diariamente?	1 a 4	()	0
		5 ou +	()	1
Encaminhamentos	Para os idosos em uso de "polifarmácia" (5 ou mais medicamentos) encaminhar para orientação na unidade e para a Atenção Farmacêutica.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.			
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos		Pontuação
6	Internações Quantas vezes o(a) Sr.(a.) ficou internado(a) nos últimos 12 meses?	NENHUMA	()	0
		1 INTERNAÇÃO	()	1
		2 INTERNAÇÕES OU +	()	2
Encaminhamentos	Em caso de 1 único episódio de internação, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT. Em caso de internações recorrentes (2 episódios ou mais), aplicar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes. Checar causa de internação e realizar os encaminhamentos necessários.			
Pontuação Parcial (A)				



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E ÁREAS TEMÁTICAS
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

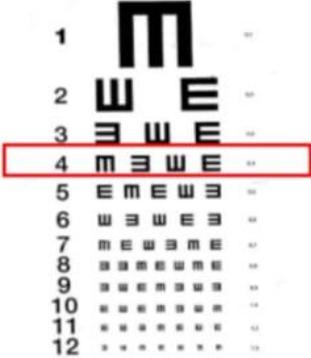
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA - AMPI/AB					
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
7	Quedas	Quantas vezes o(a) Sr.(a.) caiu nos últimos 12 meses?	NENHUMA	()	0
			1 EPISÓDIO	()	1
			2 EPISÓDIOS OU +	()	2
	Encaminhamentos	Em caso de 1 episódio de quedas, aplicar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional. Em caso de 2 ou mais episódios de quedas, aplicar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional e realizar Plano de Cuidados Inicial.			
Fluxo	Para idosos com 0 ou 1 ponto, observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Para idosos com um episódio de queda nos últimos 12 meses, em caso de alterações nos testes, providenciar Plano de Cuidados Específico e encaminhar para especialista, se necessário. Para idosos com 2 ou mais episódios de queda nos últimos 12 meses, após Rastreamento da Capacidade Funcional, realizar Plano de Cuidados Inicial e encaminhar para a URSI.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
8	Visão	O(A) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para enxergar? (mesmo usando óculos)	NÃO	()	0
			SIM	()	1
	Encaminhamentos	Em caso afirmativo, aplicar o Teste de Snellen. Ao aplicar o Teste de Snellen, caso o paciente use óculos, aplicar com os óculos.			
Fluxo	Para os idosos com Teste de Snellen normal, observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Para os idosos com Teste de Snellen indicando incapacidade de ler, ou seja, se resultado do Teste de Snellen menor ou igual a 0,7, encaminhar para avaliação com oftalmologista.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
9	Audição	O(A) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para ouvir ou as pessoas acham que o(a) senhor(a) ouve mal?	NÃO	()	0
			SIM	()	1
	Encaminhamentos	Em caso afirmativo, aplicar o Teste do Sussurro.			
Fluxo	Para os idosos com Teste do Sussurro normal, observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Para os idosos com Teste do Sussurro alterado, solicitar avaliação do conduto auditivo para o médico ou enfermeiro da equipe e, se necessário, encaminhar para avaliação com otorinolaringologista.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
10	Limitação Física	Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos.	SIM ()	NÃO ()	Marcar cada item como Sim ou Não. A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Sim e 1, se houver de um a quatro itens assinalados como Não.
		Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com uma das mãos e colocá-lo de volta.	SIM ()	NÃO ()	
		Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	SIM ()	NÃO ()	
		Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue sentar-se e ou levantar-se sem dificuldade?	SIM ()	NÃO ()	
	Encaminhamentos	Para os idosos que apresentarem dificuldade em um ou mais itens, fazer exame completo dos MMSS/MMII, atentando para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes. Conforme a dificuldade apresentada, considerar necessidade de fisioterapia.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
11	Cognição	Algum familiar ou amigo falou que o(a) Sr.(a.) está ficando esquecido?	SIM ()	NÃO ()	Marcar cada item como Sim ou Não. A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Não e 1, se houver de um a três itens assinalados como Sim.
		O esquecimento está piorando nos últimos meses?	SIM ()	NÃO ()	
		O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	SIM ()	NÃO ()	
	Encaminhamentos	Para os idosos com auto percepção de alterações de memória, aplicar o Mini Exame do Estado Mental (MEEM ou Mini Mental).			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Para os idosos que apresentarem alteração no resultado do Mini Mental (segundo a escolaridade), realizar o Plano de Cuidados Inicial e encaminhar para a URSI.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
12	Humor	No último mês, o(a) Sr.(a.) sentiu desânimo, tristeza ou desesperança?	SIM ()	NÃO ()	Marcar cada item como Sim ou Não. A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Não e 1, se houver de um ou dois itens assinalados como Sim.
		No último mês, o(a) Sr.(a.) perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	SIM ()	NÃO ()	
	Encaminhamentos	Para os idosos com resposta afirmativa em pelo menos um dos itens, aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (EDG ou GDS).			
Fluxo	Em caso negativo, ou para idosos com bom resultado na EDG (ou GDS), observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme orientações sobre a pontuação geral. Para os idosos com EDG (ou GDS) alterada (pontuação igual ou maior que 11), realizar Plano de Cuidados Específico e os encaminhamentos necessários (Rede Hora Certa, AE, ou Saúde Mental).				
Pontuação Parcial (B)					



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E ÁREAS TEMÁTICAS
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

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

ANEXO E - Escala Optométrica de Snellen- Avaliação acuidade visual

		PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	
NOME:		IDADE:	
RAÇA/COR: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena		SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
ENDEREÇO:			
UBS:		EQUIPE:	TEL:
ESCALA OPTOMÉTRICA DE SNELLEN – AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL			
O idoso deverá identificar as figuras nos diferentes tamanhos a fim de que seja avaliada sua acuidade visual.			
INSTRUÇÕES			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ O examinador deverá orientar o idoso a indicar a direção do "E" apontado e realizar um treino inicial conforme indica a figura ao lado; ✓ O exame deverá ser realizado em uma sala com boa iluminação, sem ofuscamento e ambiente calmo. A escala deverá estar colada em uma parede vazia, sem janelas e a aproximadamente 1,5 m do chão. ✓ O idoso deverá estar sentado confortavelmente a uma distância aproximada de 5 metros da parede onde está a escala de Snellen. ✓ Se o idoso já usar óculos, o teste deve ser feito com os óculos; ✓ Aplicar o teste com ambos os olhos abertos. ✓ O teste deve ser iniciado pelos ortotipos (sinais) maiores indicando com firmeza qual deve ser lida pelo idoso. 			  
AVALIAÇÃO DE RESULTADOS			
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Se distinguir bem até à 8ª linha, a visão é satisfatoriamente normal. ➢ Se, todavia, não for além da 4ª linha existe grave possibilidade de perda de capacidade visual. ➢ Anotar abaixo o número da última linha que o idoso enxergou na tabela. 			
ULTIMA LINHA LIDA COM CLAREZA: <input style="width: 100%;" type="text"/>			
<ul style="list-style-type: none"> ➢ A Escala de Snellen não tem valor diagnóstico. 			
OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):			
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			
Nome e assinatura do profissional:			DATA:

