

Capacidade Funcional de Idosos Adscritos à Estratégia Saúde da Família no Município de João Pessoa – PB

Functional Capacity of Elderly People Registered in the Family Health Program in the City of João Pessoa - PB

GONÇALVES, SUÊNIA XAVIER¹
GERALDO EDUARDO GUEDES DE BRITO²
ELIANE ARAÚJO DE OLIVEIRA²
DIEGO BEZERRA DE CARVALHO³
INGRID BARROS ROLIM⁴
ELEAZAR MARINHO DE FREITAS LUCENA⁴

RESUMO

Objetivos: traçar o perfil funcional e identificar quais fatores estão associados à capacidade funcional de uma amostra representativa de idosos adscritos à Estratégia “Saúde da Família” do município de João Pessoa – PB. *Material e Métodos:* Foi aplicado um questionário com informações referentes às características sociodemográficas, ao estado de saúde e à capacidade funcional dos 401 idosos entrevistados. *Resultados:* Predominância do sexo feminino com média de 70 anos de idade, renda mensal entre 1 e 4 salários mínimos (85,5%), 50,4% perceberam sua saúde como regular, 56,1% são portadores de, pelo menos, quatro diagnósticos referidos, 16,7% são restritos ao domicílio e 19,2% necessitam de um cuidador. Em relação ao grau de independência pela escala de Katz, mais da metade da amostra (87,0%) foi classificada como independente, 10,3% apresentou dependência leve ou moderada e 2,7%, dependência completa. Foi encontrada associação entre o desempenho funcional nas atividades de vida diária e as variáveis autopercepção da saúde ($p=0,000$), total de diagnósticos referidos ($p=0,001$), restrição ao domicílio ($p=0,000$) e presença de cuidador ($p=0,000$). *Conclusão:* conhecer as características e os fatores associados ao declínio do desempenho funcional é importante para os profissionais de saúde, pois permite desenvolver estratégias de intervenção apropriadas que objetivem a manutenção da autonomia e da independência melhorando a qualidade de vida dessa população.

DESCRIPTORIOS

Idosos. Perfil de Saúde. Saúde da Família.

SUMMARY

Objectives: To outline the functional profile and to identify which factors are associated with functional capacity in a representative sample of elderly registered in the “Family Health” Strategy in the city of João Pessoa - PB. *Material and Methods:* 401 elderly respondents were submitted to a questionnaire application with information related to sociodemographic characteristics, health status and functional capacity. *Results:* There was prevalence of women aged 70 years; monthly income between 1 and 4 minimum wages (85.5%); 50.4% perceived their health as fair; 56.1% had at least four diagnoses reported; 16.7% were restricted to home, and 19.2% needed a caregiver. Concerning to the degree of independence by the Katz scale, more than half the sample (87.0%) were classified as independent; 10.3% had mild or moderate dependence and 2.7% complete dependence. Association was found between functional performance in activities of daily living and the variables self-perceived health ($p = 0.000$), total diagnoses reported ($p = 0.001$), restriction to home ($p = 0.000$) and presence of caregiver ($p = 0.000$). *Conclusion:* knowing the characteristics and factors associated with decline in functional performance is important for healthcare professionals, once appropriate intervention strategies may be developed aiming to preserve the autonomy and independence by improving the quality of life in that population.

DESCRIPTORS

Elderly. Health Profile . Family Health.

- 1 Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Pernambuco, residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade sueniavaxier@hotmail.com
- 2 Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, Preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – dudugjf@yahoo.com.br
- 3 Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba
- 4 Discentes do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba.

O envelhecimento é considerado um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, no qual ocorrem alterações morfológicas, bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicossociais (FLORENTINO, 2002). O processo de envelhecimento populacional é considerado um fenômeno mundial, acompanhado de mudanças epidemiológicas que ocorreram nos países desenvolvidos gradualmente (RODRIGUES *et al.*, 2008). No Brasil, essa transição demográfica ocorreu rapidamente, e a partir de 1970, foi observada uma desaceleração no crescimento populacional associado à queda da mortalidade geral, infantil e da taxa de fecundidade, assim como uma mudança no padrão nosológico caracterizada pela predominância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). (MEDRONHO, BLOCH, WERNECK, 2009).

A região nordeste também apresenta alterações importantes em sua estrutura etária. Nesta região, o estado da Paraíba ocupa um lugar de destaque em termos de envelhecimento, sendo 11,2% (DATASUS, 2009) de sua população composta por indivíduos acima dos 60 anos, ocupando, em 2009, a terceira colocação em número proporcional de idosos. Em João Pessoa, o censo de 2000 verificou que 8,1% do total de habitantes era composto por indivíduos com 60 anos ou mais (IBGE, 2001).

As alterações orgânicas relacionadas à idade trazem consigo diversas mudanças funcionais ao organismo idoso (BUENO *et al.*, 2008). Dentre essas alterações, há o aumento da prevalência das DCNT, destacando-se doenças como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), a catarata, a osteoporose e patologias relacionadas à saúde mental, que podem influenciar negativamente a capacidade funcional dessa parcela da população (HOFFMAN, *et al.*, 2010, RODRIGUES *et al.*, 2008).

A incapacidade funcional é caracterizada então pela dificuldade ou necessidade de ajuda para realizar tarefas básicas de cuidados pessoais, denominadas atividades básicas de vida diária (ABVD), como tarefas mais complexas necessárias a vida independente na comunidade, denominadas atividades instrumentais de vida diária - AIVD. (PARAHYBA, VERAS, 2008). É necessário que os profissionais de saúde conheçam as características dessa parcela da população, a fim de proporcionar uma vida independente e garantir uma velhice saudável.

REIS *et al.*, (2008) destacam a importância da identificação das condições de saúde dos idosos para o planejamento e implementação de políticas públicas voltadas à promoção da saúde, prevenção de incapacidades e enfermidades, além da realização de uma terapêutica adequada com base na funcionalidade,

proporcionando assim uma melhor qualidade de vida a essas pessoas. Segundo FERREIRA, TAVARES, RODRIGUES, (2011) conhecer a capacidade funcional é importante para os profissionais de saúde, pois permite determinar a necessidade de auxílio dos idosos para atividade de manutenção e promoção da própria saúde, assim como desenvolver ações visando sua potencialização possibilitando, assim, que o idoso viva da forma mais independente possível. O envelhecimento da população paraibana; as consequências associadas a esse processo; a carência de estudos com sujeitos de 60 anos ou mais nesta região e a necessidade de discussão sobre a produção do cuidado pelos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família justificam a relevância desse estudo. Ele traz como objetivo principal traçar o perfil funcional e identificar quais fatores estão associados à capacidade para realização das ABVD de uma amostra representativa de idosos adscritos à Estratégia “Saúde da Família” (ESF) do município de João Pessoa – PB gerando assim conhecimentos que possam subsidiar o estabelecimento de uma política de educação permanente para os trabalhadores da rede e de programas de promoção do envelhecimento saudável no município de João Pessoa.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, realizado com idosos da comunidade assistidos pelas Unidades de Saúde da Família (USF). Faz parte do projeto de pesquisa “Avaliação Multidimensional de Idosos Adscritos à ESF no Município de João Pessoa – PB”, desenvolvido por integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho – PET-Saúde da Família no ano de 2010.

População-alvo e amostra

A amostra teve como base para o cálculo os 59.763 sujeitos com 60 anos ou mais cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) nas 180 USF de João Pessoa-PB. O tamanho amostral foi definido a partir da fórmula: $n = Z^2 PQ/d^2$, sendo n = tamanho amostral mínimo; Z = variável reduzida; P = probabilidade de encontrar o fenômeno estudado; Q = $1-P$; d = precisão desejada. Adotou-se $p= 50\%$, por se tratar de uma avaliação multidimensional, e a precisão almejada para o estudo de 10% . De acordo com esses critérios, a amostra mínima prevista calculada foi de 380 sujeitos. Estimando-se uma perda amostral de

aproximadamente 10%, a malha amostral final foi definida com 420 sujeitos.

A amostra de 401 sujeitos deste estudo foi composta a partir do sorteio aleatório de 10 ao máximo de 12 prontuários de domicílios com usuários cadastrados com 60 anos ou mais de duas microáreas distintas de 18 USF do município, distribuídas em seis diferentes bairros da cidade de João Pessoa. Destas USF, 17 foram sorteadas entre as 42 que eram cenários de práticas do PET-SAÚDE DA FAMÍLIA no ano de 2010 e uma sorteada entre as USF do distrito sanitário V.

Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio de visita domiciliar previamente agendada pelos Agentes Comunitários de Saúde. Foram incluídos no estudo sujeitos com 60 anos ou mais, adscritos à USF sorteada, com escores superiores a 13 (analfabetos) e a 17 (alfabetizados) no Mini-exame do Estado Mental – MEEM (BERTOLUCCI *et al.*, 1994), sem comprometimento de fala e/ou audição que o impedissem de responder a entrevista. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e logo após o instrumento de coleta foi aplicado pelos entrevistadores.

Instrumentos

Para os dados sociodemográficos e econômicos como: idade, sexo, estado civil, escolaridade, cor e renda e dados referentes à percepção do estado de saúde utilizou-se o questionário “Brazil Old Age Schedule – BOAS” (IMS, 1987) e o da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003 - PNAD 2003 (IBGE, 2003).

Os dados sobre a avaliação da capacidade funcional foram obtidos por meio do Index de Katz (KATZ *et al.*, 1963, LINO *et al.*, 2008), instrumento proposto pelo Ministério da Saúde no Manual de Atenção Básica. O “Índice de Katz” foi elaborado por Katz e colaboradores e adaptado para a população brasileira por LINO *et al.*, (2008). O instrumento avalia o desempenho funcional dos idosos na realização de seis atividades consideradas básicas (ABVD) (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, possuir continência e alimentar-se). O escore varia de 0 a 6 pontos, e quanto maior a pontuação marcada, maior a independência do idoso. Classifica-os em independentes (6 pontos), com dependência moderada (5 a 3 pontos) e dependência severa (2 a 0 pontos). Para a associação estatística, os sujeitos foram classificados em dois grupos: sem dependência (escore 6) e com algum grau de dependência (escore de 0-5).

Todos os entrevistadores foram previamente treinados, contemplando os aspectos teóricos e práticos do estudo. O procedimento de calibração foi planejado de modo a simular as condições que os entrevistadores encontrariam. O treinamento e a calibração dos examinadores foram realizados em uma USF de João Pessoa-PB.

A pesquisa foi autorizada pela Secretária Municipal de Saúde do município de João Pessoa e aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB (protocolo nº 365/10).

Análise dos dados

A entrada de dados e o controle de qualidade foram realizados utilizando-se o programa Epi Info™. O programa SPSS foi utilizado para o processamento e análise de dados. Foi apresentada a frequência dos dados referentes à caracterização da amostra e seus respectivos intervalos de confiança a 95% na população total entrevistada. Para avaliação da heterogeneidade das proporções nos subgrupos no que se refere à capacidade de realização das AVDS, utilizou-se o teste qui-quadrado.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi predominantemente composta por sujeitos do sexo feminino (67,6%), com idade entre 60-69 anos (média de 70 anos, DP=9,0). No que diz respeito à renda domiciliar houve maior frequência entre 1 - 4 salários mínimos (85,5%). A metade da amostra percebeu sua saúde como regular (50,4%), portadora de, pelo menos, quatro diagnósticos referidos (56,1%) com 16,7% restrita ao domicílio e 19,2% necessitando ter um cuidador.

Conforme apresentado pela tabela 2, mais da metade de amostra (87,0%) foi classificada como independente para todas as ABVD avaliadas pela escala de Katz. A dependência leve ou moderada e a dependência completa em pelo menos uma das atividades foram verificadas em 10,3% e 2,7%, respectivamente. As atividades que apresentaram maiores prevalências de dependência foram a continência (8,7%), e as atividades de banhar-se (2,7%) e vestir-se (2,5%), sendo a primeira para dependência leve ou moderada e as duas últimas para dependência completa.

Foi encontrada a associação entre o desempenho funcional nas atividades de vida diária (tabela 3) e as variáveis autopercepção da saúde ($p=0,000$), total de diagnósticos referidos ($p=0,001$), restrição ao domicílio ($p=0,000$) e a presença de cuidador ($p=0,000$). Os

Tabela 1: Características sociodemográficas e econômicas da amostra (n= 401 sujeitos).

Características	n	%	IC (95%)
Sexo			
Feminino	271	67,6	62,7 - 72,1
Masculino	130	32,4	27,9 - 37,3
Faixa etária			
60-69 anos	215	53,6	48,6 - 58,6
70-79 anos	128	31,9	27,4 - 36,8
80 anos e mais	58	14,5	11,2 - 18,4
Renda do domicílio			
< 3 salários e" 2 salários	158	39,4	34,6 - 44,4
< 2 salários e" 1 salário	131	32,7	28,1 - 37,5
e" 3 salários	92	22,9	19,0 - 27,4
< 1 salário	20	5,0	3,2 - 7,7
Auto-percepção da saúde			
Regular	202	50,4	45,4 - 55,4
Muito boa ou boa	116	28,9	24,6 - 33,7
Muito ruim ou ruim	83	20,7	16,9 - 25,1
No de diagnósticos auto-referidos			
4 ou mais diagnósticos	225	56,1	51,1 - 61,0
1 a 3 diagnóstico	162	40,4	35,6 - 45,4
Nenhum diagnóstico	14	3,5	2,0 - 5,9
Restrito ao domicílio			
Sim	67	16,7	13,3 - 20,8
Não	334	83,3	79,3 - 86,8
Possuem cuidador			
Sim	77	19,2	15,5 - 23,5
Não	324	80,8	76,5 - 84,5

idosos que perceberam sua saúde negativamente (17,5%), com quatro ou mais diagnósticos (18,7%), que eram restritos ao domicílio (29,9%) e que possuíam cuidadores (36,4%) apresentaram maior prevalência de algum grau de dependência. A variável sexo não apresentou associação estatística ($p = 0,008$), porém, verificou-se prevalência maior de algum grau de dependência entre as mulheres (16,6%). Quanto à faixa etária, a distribuição de idosos com algum grau de dependência mostrou-se homogêneo entre as duas faixas etárias estudadas (60-69 anos e 70 anos ou mais).

DISCUSSÃO

As características gerais da amostra deste estudo não foram diferentes de outros estudos com idosos da comunidade, as quais foram confirmadas por estudo

realizado por DIAS, (2011). Um aspecto relevante evidenciado por essa amostra é a representação de todos os idosos adscritos a ESF em João Pessoa, PB, que em número absoluto são aproximadamente 60.000, cerca de 85% da população total. Nesse sentido, conforme GIOVANELLA, (2008), considera-se que a ESF expandiu cobertura para amplas parcelas populacionais antes sem acesso, com oferta diversificada de serviços, bem visível por esta elevada cobertura no município supracitado.

Na amostra estudada, a maioria dos entrevistados (87,0%) foi classificada como independente pela classificação do índice de Katz. Este resultado está em concordância com estudos transversais realizados na população brasileira. MACIEL, GUERRA, (2007), utilizando o mesmo instrumento de avaliação e com uma amostra de 310 idosos de uma área urbana da cidade de Santa Cruz-RN, verificou que 86,9% destes também eram

Tabela 2: Características na realização das ABVD da amostra (n= 401 sujeitos).

Características	N	%	IC (95%)
ABVD			
<i>Independentes</i>	349	87,0	83,1 – 89,9
<i>Dependência leve ou moderada em pelo menos uma AVD</i>	42	10,3	7,7 – 14,0
<i>Dependência completa</i>	11	2,7	1,3 – 4,7
Banhar-se			
<i>Independentes</i>	385	96,0	93,5 – 97,6
<i>Dependência leve ou moderada</i>	5	1,2	0,5 – 3,1
<i>Dependência completa</i>	11	2,7	1,4 – 5,0
Vestir-se			
<i>Independentes</i>	380	94,8	92,0 – 96,6
<i>Dependência leve ou moderada</i>	11	2,7	1,4 – 5,0
<i>Dependência completa</i>	10	2,5	1,3 – 4,7
Continência			
<i>Independentes</i>	363	90,5	87,2 – 93,2
<i>Dependência leve ou moderada</i>	35	8,7	6,2 – 12,0
<i>Dependência completa</i>	3	0,7	0,2 – 2,4
Transferências			
<i>Independentes</i>	391	97,5	95,3 – 98,7
<i>Dependência leve ou moderada em pelo menos uma AVD</i>	7	1,7	0,8 – 3,7
<i>Dependência completa</i>	3	0,7	0,2 – 2,4
Banheiro			
<i>Independentes</i>	391	97,5	95,3 – 98,7
<i>Dependência leve ou moderada</i>	5	1,2	0,5 – 3,1
<i>Dependência completa</i>	5	1,2	0,5 – 3,1
Alimentação			
<i>Independentes</i>	391	97,5	95,3 – 98,7
<i>Dependência leve ou moderada</i>	7	1,7	0,8 – 3,7
<i>Dependência completa</i>	3	0,7	0,2 – 2,4

independentes. CARDOSO, COSTA, (2010), encontraram entre os 254 idosos associados a planos de saúde no Vale dos Sinos, uma prevalência de 86,2% idosos classificados como independentes. Porém, outros estudos transversais apontam uma prevalência menor de independência em diferentes populações. DEL DUCA, SILVA, HALLAL, (2009), aplicando o índice de Katz em 598 idosos da cidade de Pelotas, encontrou uma prevalência de independência para de 73,2 % dos estudados. NUNES *et al.*, (2010), utilizando o índice de Barthel em 388 idosos adscritos a ESF em Goiânia, encontrou que 65,2 % de sua amostra era independente para realização das atividades de vida diária.

A alta prevalência de independência nas ABVD avaliadas entre a população pessoense poderia ser atribuída à exclusão da amostra de idosos com suspeita

de comprometimento cognitivo. Alguns estudos relacionam a ocorrência de independência nas ABVD a algumas características como idosos com planos de saúde privado, nível salarial mais alto e maior nível de escolaridade, o que não pode ser atribuído à nossa amostra. (SOUSA, GALANTE, FIGUEIREDO, 2003, CARDOSO, COSTA, 2010). Outro aspecto que merece ser considerado e proposto por MACIEL, GUERRA, (2007) é que as dimensões avaliadas pelo índice de Katz correspondem a funções elementares à sobrevivência do indivíduo, encontrando-se uma maior prevalência de dependência quando avaliadas tarefas mais complexas, como controlar finanças, utilizar meios de transportes e usar o telefone. (MACIEL, GUERRA, 2007)

Ao confrontarmos os resultados do presente estudo no que se refere à prevalência de dependência

Tabela 3 – Associação entre as características da amostra e a independência nas ABVD

Características	Independentes		Com algum grau de dependência		p valor
	N	%	n	%	
Sexo					0,008
Feminino	226	83,4	45	16,6	
Masculino	121	93,1	9	6,9	
Faixa etária					0,386
60-69 anos	189	87,9	26	12,1	
70 anos ou mais	158	84,9	28	15,1	
Autopercepção de saúde					0,000
Positiva	112	96,6	4	3,4	
Negativa	235	82,5	50	17,5	
Total de diagnósticos autoreferidos					0,001
0 – 3 diagnósticos	164	93,2	12	6,8	
4 ou mais diagnósticos	183	81,3	42	18,7	
Restrição ao domicílio					0,000
Sim	47	70,1	20	29,9	
Não	300	89,8	34	10,2	
Presença de cuidador					0,000
Sim	49	63,6	28	36,4	
Não	298	92,0	26	8,0	

parcial ou completa, observamos que tais resultados estão em conformidade com os verificados por DEL DUCA, SILVA, HALLAL, (2009), que encontraram uma maior proporção de dependência leve ou moderada para a continência (18,1%) e para dependência total prevaleceram as funções de banhar-se (6,2%) e vestir-se (5%). É importante para os profissionais da ESF conhecer quais são as atividades de maior dependência para a elaboração de um plano de ação que integre atividades de promoção da saúde, de prevenção e tratamento desses comprometimentos, visando sempre uma vida mais independente para essa população e a sua manutenção no ambiente social. (NUNES *et al.*, 2010).

A associação entre a autopercepção de saúde negativa e o comprometimento no desempenho para a realização das ABVD verificada entre a amostra também foi observada em estudos anteriores. ROSA *et al.*, (2003), com uma amostra de 964 idosos residentes na cidade de São Paulo, observou que avaliações subjetivas mais pessimistas mostraram-se altamente associadas com dependência moderada/grave, sendo a chance de nove e onze vezes maior naqueles que perceberam a sua saúde como sendo má ou péssima. Esta tendência também foi verificada por CARDOSO, COSTA, (2010) e

MACIEL, GUERRA, (2007) que constataram que na medida em que os indivíduos percebiam sua saúde como regular, ruim e muito ruim aumentava a prevalência de incapacidade, assim como a razão para previsão de incapacidades.

Neste sentido, FREITAS *et al.*, (2009) e MACIEL, GUERRA, (2007) apontam que a autopercepção negativa da saúde está relacionada com um maior risco de declínio cognitivo, que junto com a ocorrência de problemas físicos, psíquicos, emocionais e sociais podem gerar sentimentos de fragilidade e de insegurança, repercutindo de forma negativa no desempenho funcional. Sendo assim, a saúde percebida é também considerada como um importante preditor de incapacidade funcional.

O acúmulo de diagnósticos autoreferidos associou-se à independência na realização das ABVD, onde, quanto maior o número de diagnósticos maior a prevalência de algum grau de dependência. Os resultados encontrados por CARDOSO, COSTA, (2010) corroboram com os do nosso estudo, quando os indivíduos apresentavam maior número de doenças ou eram classificados com depressão, aumentava a prevalência de incapacidade funcional. Segundo TORRES *et al.*, (2009), em um estudo transversal realizado com 117 idosos dependentes adscritos a ESF de um município

da Bahia, as patologias encontradas com maior frequência entre este grupo de idosos foi a hipertensão arterial, seguida do acidente vascular encefálico e artrose em joelhos. Assim, observa-se que as DCNT possuem relação direta com a independência do idoso, influenciando na realização das ABVD. O devido preparo das equipes de saúde da família para o acompanhamento destes usuários visando à prevenção e a promoção da saúde poderia reduzir os impactos incapacitantes destes acometimentos.

A dependência para as ABVD pode ser um dos fatores determinantes da necessidade de um cuidador para os idosos. Neste estudo verificou-se a associação positiva entre o comprometimento para a realização das ABVD e a presença de cuidador. Esta mesma associação foi encontrada por CRUZ, DIOGO, (2009), em um estudo com 44 pessoas com idade acima de 60 anos, divididos em dois grupos de usuários do SUS (com e sem acesso), utilizando a MIF para avaliar a capacidade funcional. Para ambos os grupos, a presença do cuidador influenciou negativamente desempenho do idoso. BRANDÃO, NASCIMENTO, VIANNA, (2009), ao estudarem 60 idosos de um hospital no Distrito Federal, portadores de AVE, utilizando a escala de Katz e outras também avaliadoras da capacidade funcional para realização de ABVD e AIVD, concluíram que o fato de ter ou não cuidador não influenciou na capacidade funcional de pacientes pós-AVE.

A presença do cuidador pode influenciar positivamente por meio de incentivo e estímulo à realização de atividades que os idosos podem realizar independentemente, assim como também pode influenciar negativamente quando subestima ou superestima a capacidade desse idoso de realizar suas ABVD, fator este que influencia na sua capacidade funcional.(CRUZ, DIOGO, 2009). A equipe de saúde da família, diante desse panorama e pensando no cuidado integral dessa população, pode pensar em estratégias para orientar esses cuidadores em relação à importância do estímulo e manutenção da independência e autonomia desses idosos.

Neste estudo, a variável sexo não apresentou associação estatística quando relacionada com algum grau de dependência, embora tenha sido observada uma maior prevalência de algum grau de dependência entre as mulheres. Os estudos de BRANDÃO, NASCIMENTO, VIANNA, (2009); DEL DUCA, SILVA, HALLAL, (2009) corroboram com o nosso resultado, encontrando capacidade funcional semelhante para ambos os sexos. ROSA *et al.*, (2003), também não confirmaram associação entre sexo e dependência

funcional, mas encontraram que o sexo está fortemente associado à ocorrência da dependência, sendo a chance de ocorrer entre as mulheres duas ou mais vezes maior. Outros estudos como o de FIEDLER, PERES, (2008) e o de NUNES *et al.*, (2010) encontraram associação em ser do sexo feminino e apresentar dependência. Uma explicação para essa associação seria o fato das mulheres possuírem maior expectativa de vida, e maiores chances de desenvolver doenças crônicas incapacitantes.

Não houve relação estatisticamente significativa entre a capacidade funcional e a faixa etária, sendo a prevalência semelhante nas duas faixas etárias pesquisadas, mas estudos anteriores apontaram que o avanço da idade, principalmente nas pessoas com 70 anos ou mais, estava associado a uma capacidade funcional inadequada, com menor autonomia. (FIEDLER, PERES, 2008, BRANDÃO, NASCIMENTO, VIANNA, 2009, DEL DUCA, SILVA, HALLAL, 2009, CARDOSO, COSTA, 2010, NUNES *et al.*, 2010). Este fato tem explicação pela própria característica do processo de envelhecimento, pois este está associado ao declínio da função orgânica, havendo uma diminuição na qualidade e quantidade das informações necessárias para um controle motor e cognitivo eficaz. Agravos à saúde que ocorram nos sistemas sensorial, neurológico e musculoesquelético podem colocar certos indivíduos em risco de ter alguma restrição funcional. (NUNES *et al.*, 2010, MACIEL, GUERRA, 2007).

CONCLUSÃO

Diante das modificações ocorridas no processo de envelhecimento populacional, é de extrema importância o conhecimento das características dessa população, possibilitando assim desenvolver estratégias de intervenção apropriadas para a necessidade desses idosos. Instrumentos como o utilizado neste estudo, além de preconizados pela Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa e ser de fácil aplicação, permitem ter esse panorama.

A estratégia saúde da família, cuja assistência é centrada na integralidade, tornou-se o ambiente propício para produção do cuidado ao idoso. As equipes de saúde da família podem utilizar os dados encontrados neste estudo para focar suas ações nas reais necessidades dos seus idosos. Conhecer quais fatores de risco estão associados ao declínio do desempenho funcional, possibilita aplicar medidas que atuem nos três níveis de prevenção da saúde, promovendo uma velhice com independência, autonomia e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 - BERTOLUCCI PH, BRUCKI SM, CAMPACCI SR, JULIANO Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*, 52(1): 1-7, 1994.
- 2 - BRANDÃO DMS, NASCIMENTO JLS, VIANNA LG. Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes idosos com ou sem disfagia após acidente vascular encefálico isquêmico. *Rev Assoc Med Bras*, 55(6): 738-743, 2009.
- 3 - BRAZIL OLD AGE SCHEDULE - BOAS. Questionário. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, 1987.
- 4 - BUENO JM, MARTINO HSD, FERNANDES MFS, COSTA LS, SILVA RR. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (4): 1237-1246, 2008.
- 5 - CARDOSO JH, COSTA JSD. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (6): 2871-2878, 2010.
- 6 - CRUZ KCTC, DIOGO MJDE. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. *Acta Paul Enferm*, 22 (5): 666-672, 2009.
- 7 - DATASUS. Banco de dados eletrônico - informações demográficas. Disponível em: www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206. Acessado em 18 de novembro de 2009.
- 8 - DEL DUCA GF, SILVA MC, HALLAL PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*, 43(5): 796-805, 2009.
- 9 - DIAS LD. Perfil Sociodemográfico e de saúde de idosos do município de João Pessoa/PB [trabalho de conclusão de curso]. João Pessoa: Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal da Paraíba; 2011. 30f.
- 10 - FERREIRA PCS, TAVARES DMS, RODRIGUES RAP. Características sociodemográficas capacidade funcional e morbidade entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paul Enferm*, 24(1): 29-35, 2011.
- 11 - FIEDLER MRM, PERES KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, 24 (2): 409-415, 2008.
- 12 - FLORENTINO AM. Influência dos fatores econômicos, sociais e psicológicos no estado nutricional. In: FRANK AA, SOARES, EA. *A nutrição no envelhecer*, São Paulo: Atheneu, 2002, p. 3-11.
- 13 - FREITAS DHM, CAMP OS FCA, LINHARES LQ, SANTOS CR, FERREIRA CB, BRENO SATLER DINIZ BS *et al.*, Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. *Rev Psiq Clín*, 37(1): 32-35, 2010.
- 14 - GIOVANELLA L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*, 24 (1): 21-23, 2008.
- 15 - HOFFMAN EJ, RIBEIROF, FARNESE JM, LIMA EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr*, 59 (3): 190-197, 2010.
- 16 - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2000 – Características da população e dos domicílios – Resultados do Universo* – IBGE, 2001. 173 p.
- 17 - KATZ S, FORD AB, MOSKOWITZ RW, JACKSON BA, JAFFE MW. Studies of illness in the aged: The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185 (12): 914-919, 1963.
- 18 - LINO VTS, PEREIRA SRM, CAMACHO LAB, RIBEIRO FILHO ST, BUKSMAN S. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*, 24 (1): 103-112, 2008.
- 19 - MACIEL ACC, GUERRA RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, 10 (2): 178-189, 2007.
- 20 - MEDRONHO R, BLOCH KV, UIZ RR, WERNECK GL. *Epidemiologia*, 2ª Edição, São Paulo: Atheneu, 2009. 493 p.
- 21 - NUNES DP, NAKATANI AYK, SILVEIRA EA, BACHION MM, ROVESOUZA MR. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (6): 2887-2898, 2010.
- 22 - PARAHYBA MA, VERAS R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional e mobilidade física entre idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (4): 1257-1264, 2008.
- 23 - REIS LA *et al.*, Saúde dos idosos da clínica-escola de fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7 (2): 187-192, 2008.
- 24 - RODRIGUES RAP, SCUDELLER PGS, PEDRAZZI EC, SCHIAVETTO FV, LANGE C. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. *Acta Paul Enferm*. 21 (4): 643-648, 2008.
- 25 - ROSATEC, BENÍCIO, MHDA, LATORRE MROL, RAMOS LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, 37 (1): 40-48, 2003.
- 26 - SOUSA L, GALANTE H, FIGUEIREDO D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 37 (3): 364-371, 2003.
- 27 - TORRES GV, REIS LA, REIS LA, FERNANDES MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr*, 58 (1): 39-44, 2009.

CORRESPONDÊNCIA

Suênia Xavier Gonçalves

Rua da Aurora, 1071, Edf. Alfredo Bandeira, apto. 107
58051-110 Santo Amaro, Recife – Pernambuco – Brasil

E-mail

sueniaxavier@hotmail.com