



Revista Brasileira de Fisioterapia

ISSN: 1413-3555

rbfisio@ufscar.br

Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-
Graduação em Fisioterapia
Brasil

Nunes, Maria Célia R.; Ribeiro, Rita C. L.; Rosado, Lina E. F. P. L.; Franceschini, Sylvia C.
Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos
residentes em Ubá, Minas Gerais
Revista Brasileira de Fisioterapia, vol. 13, núm. 5, outubro, 2009, pp. 376-382
Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia
São Carlos, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235016471008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais

The influence of sociodemographic and epidemiological characteristics on the functional capacity of elderly residents in the city of Ubá, Minas Gerais

Maria Célia R. Nunes¹, Rita C. L. Ribeiro², Lina E. F. P. L. Rosado², Sylvia C. Franceschini²

Resumo

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi conhecer a capacidade funcional de idosos e seus determinantes. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal de base populacional com amostra de 397 idosos residentes na zona urbana da cidade de Ubá, Minas Gerais. Foi aplicado um questionário semiestruturado e pré-testado em forma de entrevista para avaliar as características sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos. A capacidade funcional foi avaliada por meio da escala de atividades de vida diária básica e instrumental. Investigou-se a associação entre a capacidade funcional e as características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas. Os dados foram analisados nos programas Epi info, Versão 6.0 e Sigma. Considerou-se o nível de significância de 0,05. Para análise estatística, realizou-se a distribuição de frequência, medidas de associação (*Odds Ratio*) entre a capacidade funcional e as variáveis socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas e análise de regressão logística múltipla. **Resultados:** O comprometimento da capacidade funcional está relacionado a piores condições de saúde autorreferidas, às quedas, ao sexo feminino, à viuvez, a idosos mais velhos, à baixa escolaridade e à baixa renda e a não estar ativo no mercado de trabalho. **Conclusão:** Ações de atenção integral à saúde do idoso precisam ser efetivadas, aliando o incentivo à pesquisa às ações planejadas e direcionadas para melhorar as condições de saúde e qualidade de vida deste grupo.

Palavras-chave: capacidade funcional; idoso; saúde; doenças crônicas.

Abstract

Objective: The aim of this study was to identify the functional capacity of elderly individuals and its determinants. **Methods:** A cross-sectional, population-based study was conducted with a sample of 397 elderly residents in the urban area of the city of Ubá, Minas Gerais. A semi-structured, pre-tested questionnaire was applied as an interview in order to assess the sociodemographic, economic and health characteristics of elderly individuals. The functional capacity was assessed by means of the scale of basic and instrumental activities of daily living. The associations between functional capacity and socioeconomic, demographic and epidemiological characteristics were investigated. Data were analyzed with the softwares Epi Info version 6.0 and SigmaStat. A significance level of 0.05 was considered. For statistical analysis, frequency distribution and measures of association (odds ratio) were performed between the functional capacity and the socioeconomic, demographic and epidemiological variables. Multiple logistic regression analysis was conducted. **Results:** The impaired functional capacity was related to self-referred deteriorated health conditions, falls, female gender, widowhood, more advanced age, low educational level and income, and retirement from the job market. **Conclusion:** The lack of integral health care for the elderly, especially those without financial resources, can contribute negatively to worsened health conditions, especially functional capacity.

Key words: Functional capacity; elderly; health; chronic illness.

Recebido: 23/11/2007 – **Revisado:** 20/08/2008 – **Aceito:** 14/04/2009

¹ Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Gerência Regional de Saúde, Ubá (MG), Brasil

² Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa (MG), Brasil

Correspondência para: Maria Célia Rigueiro Nunes, Rua Presidente Médice, 99, São Francisco de Assis, CEP 36500-000, Ubá (MG), Brasil. e-mail: mmcclia7@yahoo.com.br

Introdução ::::

A rápida mudança do perfil demográfico e epidemiológico brasileiro suscita a necessidade de estudos sobre a saúde da população idosa. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹, o Brasil destaca-se em termos demográficos por apresentar altas taxas de crescimento da população de idosos, com projeções para 2025 de cerca de 30 milhões de pessoas. A prevalência geral de doenças crônicas aumentará como consequência, pois são mais frequentes nesse grupo etário².

O envelhecimento provoca alterações e desgastes que interferem progressivamente na condição funcional. O momento em que essas transformações ocorrem, quando passam a ser percebidas e como evoluem, diferencia-se de um indivíduo para o outro³.

A capacidade funcional pode ser definida como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente em seu cotidiano⁴. Opostamente, a incapacidade funcional é geralmente mensurada por meio de relato de dificuldade ou necessidade de ajuda para realizar as atividades de vida diária⁵. As atividades básicas de vida diária (ABVD) são atividades essenciais para o autocuidado, as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) são atividades mais complexas que são necessárias para adaptação independente ao meio ambiente⁶.

Nesse contexto, as informações geradas pela avaliação da capacidade funcional possibilitam conhecer o perfil dos idosos, usando-se instrumento simples e útil, que pode auxiliar na definição de estratégias de promoção de saúde para os idosos, visando retardar e prevenir incapacidades^{7,8}, acrescentando a esse grupo anos de vida com qualidade e dignidade.

Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito, mais adequado, para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Nesse sentido, ações preventivas, assistenciais e de reabilitação para a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção, são fundamentais para a qualidade de vida dos idosos^{9,10}.

O objetivo do presente estudo foi conhecer a capacidade funcional de idosos e sua relação com as características socioeconômicas, demográficas e condições de saúde autorreferidas.

Materiais e métodos ::::

Foi realizado um estudo transversal de base populacional com idosos com 60 anos de idade ou mais, residentes na zona urbana da cidade de Ubá, Minas Gerais, Brasil.

Para o cálculo do tamanho da amostra foram considerados o número de idosos no município, a prevalência de incapacidade

funcional de 30, erro igual a 5%, e intervalo de confiança de 95%. A amostra final foi composta por 397 idosos.

A seleção dos participantes foi realizada por sorteio e sistematizada a partir de uma lista de nomes de idosos vacinados na última Campanha Nacional de Vacinação, realizada no dia 30 de abril de 2004, a qual obteve uma cobertura vacinal de 95% no município. As entrevistas foram agendadas por meio de contatos telefônicos (dos idosos, do cuidador, dos familiares) obtidos da referida lista. Em caso da não aceitação da participação no estudo pelo indivíduo sorteado, passou-se para o número seguinte da lista, e os que aceitaram participar foram agendados para a visita domiciliar. Ressalta-se que a coleta de dados no local onde vive o idoso confere maior fidedignidade às informações.

Foi aplicado um questionário semiestruturado e pré-testado em forma de entrevista para avaliar as características sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos, o qual foi composto pelas seguintes variáveis: idade em anos; sexo; estado civil; escolaridade em anos de estudo; tipo de moradia (própria ou outra); com quem mora (multigeracional, mora com esposo(a), mora só, mora com filhos, mora com outros parentes); renda em salários mínimos; profissão que exerceu/exerce; situação atual do idoso (aposentado/pensionista, ainda trabalha, nenhuma situação definida).

Avaliou-se também a situação de saúde autorreferida por meio dos seguintes indicadores: percepção da saúde (ótima, boa, ruim ou péssima) e saúde comparada a de outras pessoas da mesma idade (melhor, igual e pior); relato de doenças; acuidade visual e auditiva (ótima, boa, ruim ou péssima); internação hospitalar e consulta médica nos últimos três meses; quedas nos últimos três meses; uso de medicamentos; prática de atividade física e se possui plano de saúde.

Nenhum idoso foi excluído do estudo, contudo, quando o mesmo não foi capaz de responder à entrevista, foram consideradas as informações fornecidas pelo cuidador. Considerou-se, então, o uso de outro respondente na presença de problemas auditivos, cognitivos e afasia, relatados pela família e/ou cuidador.

Para avaliar a capacidade funcional, utilizou-se uma escala de autopercepção do desempenho de atividade de vida diária (AVD), instrumento desenvolvido por Andreotti e Okuma¹¹, que é constituída de 40 itens considerando as ABVDs e as AIVDs. A pontuação da escala varia de 0 a 160, sendo a pontuação de 0 a 31 considerada "muito ruim"; de 32 a 64, "ruim"; de 65 a 97, "média"; de 98 a 130, "boa" e de 131 a 160, "muito boa". Após realizar a soma dos pontos referentes a cada item, é possível classificar o nível de capacidade funcional.

Os dados coletados foram analisados no programa Epi info, Versão 6.0 e Sigma. O nível de significância foi de 0,05. Para análise estatística, realizou-se a distribuição de frequência e medidas de associação (*Odds Ratio*) para verificar a associação entre a

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos residentes em Ubá (MG), 2005.

Variáveis	n	%
Faixas etárias		
60-69	166	41,9
70-79	163	41,0
80 e +	68	17,1
Sexo		
Feminino	237	59,7
Masculino	160	40,3
Estado civil		
Casado	237	59,7
Viúvo	128	32,2
Separado/divorciado	14	3,5
Solteiro	18	4,6
Escolaridade		
Analfabeto	95	24,0
1 a 4	272	68,5
5 a 8	14	3,5
9 a 11	11	2,8
12 e +	5	1,2
Arranjo familiar		
Multigeracional	127	32,0
Mora com esposo(a)	84	21,2
Mora só	36	9,1
Mora com filhos	133	33,5
Mora com outros parentes	17	4,2
Renda <i>per capita</i>		
0 - 250	195	49,0
250 - 500	170	42,8
500 - 750	21	5,2
750 - 1000	6	1,6
1000 e +	5	1,4

capacidade funcional e as variáveis socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas (para as variáveis contínuas, utilizou-se a mediana e quartil para a aplicação do referido teste).

As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com a capacidade funcional ($p=0,20$) foram incluídas nas análises multivariadas subsequentes e regressão logística múltipla.

Antes de iniciar a pesquisa, foi entregue e explicado ao idoso ou ao seu cuidador um termo de consentimento contendo os aspectos éticos da pesquisa. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (UFV), em 12/11/2004.

Resultados

A população encontrava-se na faixa etária de 60 a 99 anos (DP=8,8), sendo 71,5 e 70 anos a média e a mediana, respectivamente, com predomínio do sexo feminino (59,7%). A maioria

dos idosos eram casados (59,7%), possuíam menos de quatro anos de estudo (92,5%) e moravam com filhos e/ou demais parentes (Tabela 1).

Em relação à situação ocupacional, a maior parte pertencia ao grupo de aposentados e pensionistas (89,5%) e, dentre esses, observou-se que 11,2% dos indivíduos eram do sexo masculino e se encontravam no mercado de trabalho informal e, entre as mulheres, apenas 4,6% trabalhavam.

Com relação às condições de saúde autorreferida, observou-se que 33,5% dos idosos consideraram sua saúde boa, e 66,5%, regular e ruim. Quando questionados sobre sua saúde em relação a outros idosos, 53,0% consideraram sua saúde igual a de seus pares. O comprometimento da acuidade visual foi relatado por 64,4% dos idosos, e 23,2% relataram comprometimento da audição. Devido às condições de saúde relatadas pela família, foi necessário o uso de respondente em 12,8% da amostra estudada.

Entre os idosos, 17,1% relataram episódio de queda nos últimos três meses, e o sedentarismo foi relatado por 62,0% dos idosos.

A hipertensão arterial foi a morbidade mais prevalente (62,7%), seguida dos problemas de coluna (40,3%) e doença cardiovascular (32,3%). Em 90% dos idosos estudados foi observada a presença de, pelo menos, uma doença crônica, e 100% utilizavam medicamentos.

De acordo com o resultado encontrado após avaliação dos pontos da escala de autopercepção da capacidade funcional nas AVDs, constatou-se que 20,2% dos idosos estavam nos três primeiros níveis de classificação (muito ruim, ruim e média) e apresentavam dependência em, pelo menos, uma AVD (Tabela 2). A classificação em boa e muito boa foi observada em 79,8% dos indivíduos estudados. Constatou-se algum tipo de limitação funcional em 44,6% dos idosos e incapacidade total em 2,0% ($n=8$) dos idosos.

Ao classificar em quartis a capacidade funcional dos idosos por sexo, observou-se que 30% das mulheres e 16% dos homens se encontravam abaixo do Q_1 (<106 pontos). Os idosos do sexo masculino receberam as maiores pontuações, sendo que 36,2% se encontravam acima do Q_4 , com pontuação maior ou igual a 146 pontos (Tabela 3).

Ao calcular as medidas de associação, observou-se que idosos do sexo feminino, com idade acima da mediana, viúvas, analfabetas, morando sós, com baixa renda, sedentários e inativos no mercado de trabalho apresentaram maiores chances para o comprometimento da capacidade funcional (Tabela 4). Quando se verificou a associação com as distintas faixas etárias, observou-se que o aumento da idade implica maior comprometimento da capacidade funcional. Idosos na faixa etária entre 70 e 79 anos têm 7,3 vezes mais chances (IC 95%:3,6-14,9) de apresentarem a o comprometimento da capacidade funcional

Tabela 2. Nível de capacidade funcional* segundo a faixa etária dos idosos residentes em Ubá (MG), 2004.

Faixa etária	Muito ruim		Ruim		Média		Boa		Muito boa		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
60 a 69	4	2,4	4	2,4	14	8,4	33	19,8	111	67,0	166	41,8
70 a 79	2	1,2	3	1,8	17	10,4	52	32,0	89	54,6	163	41,1
80 e +	2	3,0	14	20,5	20	29,4	16	23,5	16	23,5	68	17,1
Total	8	2,0	21	5,2	51	13,0	101	25,4	216	54,4	397	100

* Classificação de Andreotti e Okuma¹¹.**Tabela 3.** Distribuição da pontuação por quartis da capacidade funcional segundo o sexo dos idosos residentes em Ubá (MG), 2004.

Pontuação	Sexo		Total n (%)
	Feminino* n (%)	Masculino** n (%)	
106	71 (30,0)	26 (16,2)	97 (24,4)
106-136	58 (24,4)	38 (24,0)	96 (24,2)
136-146	62 (6,1)	38 (24,0)	100 (25,2)
>=146	46 (19,4)	58 (36,2)	104 (26,2)
Total	237 (59,7)	160 (40,3)	397 (100)

*n=237; **n=160.

(OR:7,3; IC 95%; 3,6-14,9) em relação aos idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos, enquanto os idosos de 80 anos e mais apresentaram 3,5 vezes mais chances (IC 95%; 3,5-14,6) em relação aos idosos de 70 a 79 anos.

Com relação aos indicadores de saúde, observou-se que o relato de quedas, o uso de medicamentos, a presença de condições crônicas de saúde autorreferida pior mostraram associação estatisticamente significativa com o comprometimento da capacidade funcional (Tabela 5).

Após ajustamento da OR, as variáveis sedentarismo, sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), não estar ativo no mercado de trabalho e história pregressa de queda mantiveram associação estatisticamente significativa com a redução da capacidade funcional do idoso (Tabela 6).

Discussão

Os resultados apontam que a capacidade funcional é uma condição multifatorial. Está associada à interação de fatores demográficos, sociais, econômicos, epidemiológicos e comportamentais.

A capacidade funcional de idosos foi descrita por outros autores, os quais encontraram resultados semelhantes^{5,11-13} ao deste estudo. Por exemplo, estudo realizado no Sul do Brasil¹³, com amostra semelhante, encontrou uma prevalência de autonomia total para as AVDs de 52,3%. Em São Paulo, SP, Brasil, uma pesquisa com amostra representativa do município, encontrou 53% de idosos com relato de autonomia total nas AVDs⁵. Outro estudo, de base populacional, realizado na região metropolitana de Belo Horizonte, MG, Brasil, encontrou

Tabela 4. Características sociodemográficas, econômicas associadas ao comprometimento da capacidade funcional dos idosos residentes em Ubá (MG), 2004.

Características	OR (IC 95%)	Valor de p
Sexo F	2,5 (1,4-4,2)	<0,0001
Idade >70 anos	2,8 (1,7-4,6)	<0,0001
Viuvez	1,9 (1,2-3,1)	<0,05
Analfabeto	2,8 (1,7-4,8)	<0,0001
Mora só	0,3 (0,1-0,9)	<0,005
Renda per capita <250,00	2,7 (1,3-5,5)	<0,05
Não trabalha	3,8 (1,7-9,0)	<0,05

OR=Odds ratio.

Tabela 5. Indicadores de saúde associados ao comprometimento da capacidade funcional de idosos residentes Ubá (MG), 2004.

	OR (IC 95%)	Valor de p
Quedas (sofreu queda nos últimos 3 meses)	3,3 (1,9-6,0)	<0,0001
Uso de medicamentos	2,2 (1,34-3,8)	<0,05
Doenças		
Hipertensão Arterial	2,4 (1,4-4,2)	<0,05
Doenças cardiovasculares	2,6 (1,6-4,3)	<0,0001
Sequela de AVC	10,3 (4,8-22,5)	<0,0001
Saúde autopercebida		
Saúde autorreferida ruim ou péssima	10,8 (6,0-23,1)	<0,0001
Saúde comparada pior	5,5 (3,3-8,9)	<0,0001
Visão ruim ou não enxerga	2,9 (1,5-5,6)	<0,0001

AVC=acidente vascular cerebral; OR=Odds ratio.

Tabela 6. OR para capacidade funcional ajustada pelas variáveis sedentarismo, AVC, trabalho e quedas. Ubá (MG), 2004.

Variáveis	n	OR bruto IC 95%	OR ajustado IC 95%	IC 95% OR ajustado
Sedentarismo	214	17,6	19,5	6,64-57,71
AVC	42	10,3	15,3	5,76-40,47
Trabalho*	29	3,8	2,6	1,14-6,23
Quedas	69	3,3	2,2	1,17-4,31

*Não estar ativo no mercado de trabalho; AVC=acidente vascular cerebral; OR=Odds ratio.

uma prevalência de autonomia mais alta em relação aos estudos anteriores¹⁴. Contudo, este último avaliou apenas ABDV, que são atividades básicas, menos complexas e de mais fácil execução pela maioria dos idosos.

Deve-se considerar uma limitação na comparação de estudos com resultados semelhantes, tendo em vista os diferentes protocolos, além de diferenças socioculturais entre os grupos pesquisados.

Um “mapeamento” mais sistemático e elaborado de instrumentos de avaliação do idoso servirá de auxílio na tomada de decisões mais robustas a respeito da avaliação das condições funcionais de idosos².

A associação entre pior capacidade funcional e sexo feminino, encontrada neste estudo, confirma os achados de outros estudos¹³⁻¹⁵. As mulheres, que são maioria em grupo de idosos, apesar de terem maior expectativa de vida, apresentam maiores limitações ou maior perda da capacidade funcional. Algumas hipóteses são levantadas para explicar essa diferença: maior prevalência de condições incapacitantes não-fatais entre as mulheres (osteoporose, osteoartrite e depressão, por exemplo) e maior habilidade da mulher reportar maior número de condições de saúde em relação aos homens da mesma faixa etária¹⁶.

Estudos têm mostrado forte associação da incapacidade funcional com a idade^{13,14,16}. Em estudo com idosos de 65 anos e mais, observou-se que a melhor capacidade funcional estava associada com idades mais jovens e melhor nível socioeconômico¹⁶. Outros estudos têm mostrado que, entre idosos, a incapacidade funcional aumenta progressivamente com a idade¹³⁻¹⁷.

Idosos analfabetos e com renda per capita menor que 250 reais mostraram-se com maior chance para uma pior capacidade funcional. Dessa forma, o nível socioeconômico desse grupo parece ter importante influência nas condições de saúde, especialmente na capacidade funcional.

Estudos brasileiros, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), têm mostrado que a capacidade funcional dos idosos é fortemente influenciada pela renda domiciliar *per capita*¹⁴. Em 2002, 43% dos idosos tinham rendimento familiar per capita inferior a um salário mínimo¹⁸.

Quando considerado o estado civil, observou-se que a viuvez teve influência sobre o declínio da capacidade funcional. A viuvez para o idoso pode levar a uma situação de isolamento e menor preocupação com a saúde e pode influenciar negativamente na capacidade funcional. A perda de um parente pode ter um impacto negativo na saúde do idoso, assim como o afastamento do ambiente de trabalho por meio da aposentadoria ou presença de doença¹⁷.

A variável “mora só”, mostrou-se como fator de proteção para o comprometimento da capacidade funcional, demonstrando com isso que um idoso que consegue morar sozinho demonstra ser independente e autônomo. Morar sozinho não significa um problema em si, já que pode ser uma opção ou uma possível condição. O “morar só” pode representar consequência

de melhor capacidade funcional e menor necessidade de vigilância dos familiares. Contudo, pode oferecer riscos e representar causa de problemas de saúde, especialmente porque pode haver menor vigilância da família.

Na população estudada, a co-habitação com filhos e outras gerações foi frequente, porém sem associação estatisticamente significativa com a redução da capacidade funcional. Tal situação pode comportar-se como um fator protetor para o idoso. Contudo, dada a natureza seccional do estudo, não é possível saber se a co-habitação acontece porque o idoso precisa de ajuda ou se são os filhos que dependem financeiramente dos mais velhos¹⁹.

De acordo com dados do IBGE, em 2002, o Brasil tinha 12,1% dos idosos morando sozinhos, 24,8% moravam com filhos ou parentes, 24,9% viviam com seus cônjugues, mas sem filhos, e 37,9% moravam com os cônjuges e com filhos ou outros parentes²⁰. Estudo realizado com idosos de Viçosa, Minas Gerais, Brasil, constatou que os domicílios multigeracionais eram 68,9%, sendo 23,0% com três gerações e 45,9% com duas gerações; 10,9% moravam sozinhos²¹.

Os resultados mostraram maior participação de idosos do sexo masculino no mercado de trabalho. A maioria ainda ocupa papel de destaque na família, seja contribuindo com as despesas familiares ou outro tipo de ajuda. Em 2002, o Brasil tinha 77,7% de aposentados ou pensionistas, desses, 21,0% ainda exerciam alguma atividade remunerada, sobretudo informal, 62,4% dos idosos eram responsáveis pelos domicílios brasileiros e os cônjuges representavam cerca de 22,0%²⁰. Mais do que uma opção social e cultural, tais condições revelaram-se como uma forma de sobrevivência.

Com relação à autopercepção da saúde, observou-se associação entre respostas mais pessimistas e declínio funcional, confirmando resultados de outros estudos^{22,23}. A autoavaliação do estado de saúde é variável preditora de incapacidade funcional²² e reflete uma percepção integrada do indivíduo, que inclui dimensões biológica, social e psicossocial²⁴.

Não foi realizada avaliação mental ou psíquica, específicas para avaliar a capacidade de resposta do idoso. Na presença de problemas auditivos, cognitivos e afasia, relatados pela família e/ou cuidador, utilizou-se outro respondente. A análise dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNADs) de 1998 e 2003 revelaram que o uso de outro respondente não modificou a distribuição da percepção da saúde entre os idosos²⁵.

O relato de visão e audição “ruim ou péssima” foi observado, respectivamente, em 23,5% e 9% dos indivíduos estudados e apresentaram associação com a redução da capacidade funcional. Tais alterações foram relatadas em outros estudos com idosos^{12,26}. Uma avaliação geriátrica eficiente e completa torna-se mais premente, orienta os serviços de apoio e possibilita uma intervenção clínica adequada. Algumas vezes,

problemas auditivos e visuais são considerados comuns entre idosos e não recebem a devida atenção.

A população idosa registra uma fragilização e probabilidade de agravos maiores e, em consequência, é a que proporcionalmente mais utiliza os serviços de saúde e medicamentos⁹. Contudo, preocupa a cultura da medicalização, especialmente entre idosos, visto que reações adversas aos medicamentos é maior nesse grupo²⁷.

O relato de quedas nos últimos três meses mostrou-se com um indicador de pior capacidade funcional, sendo mais frequente entre as mulheres. As quedas, que estão presentes em cerca de 70% de acidentes com idosos, pode representar uma perda significativa da capacidade funcional²⁸. Em estudo sobre causas e consequências de quedas em idosos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, observou-se uma frequência de quedas maior em mulheres, citando como consequência dessas quedas a redução da capacidade funcional. Os mesmos autores sugerem a perda de massa muscular e massa óssea como potenciais fatores responsáveis pela diminuição da capacidade funcional, os quais devem ser explorados em estudos futuros²⁹.

A sequela de AVC teve forte associação com a redução da capacidade funcional. Estudo de base populacional realizado com idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, confirma tal achado: o AVC foi a condição de saúde mais fortemente associada à incapacidade funcional grave. A associação de sequelas à presença de incapacidade funcional é um resultado esperado, visto que o fato de possuir sequela devido a alguma patologia ou acidente está intimamente relacionado à incapacidade funcional²³.

Dos fatores que estiveram associados à diminuição da capacidade funcional, alguns podem ser modificados. O sedentarismo é um exemplo, visto que, frequentemente, a presença de doença crônica não limita a realização de exercícios físicos ou uma vida mais ativa. A falta de espaços públicos e políticas voltadas para o incentivo de atividade física para os idosos é uma realidade em nosso país.

A atividade física regular vem sendo considerada como forma de manutenção da aptidão física entre idosos, citada na literatura como forma de atenuar e reverter a perda de massa muscular²⁹.

A regressão logística múltipla sugere que as variáveis queda e não estar ativo no mercado de trabalho atuaram como fatores de risco independentes para o comprometimento da capacidade. A interpretação dos resultados deve ser cuidadosa,

visto que se trata de um estudo de prevalência, em que não fica claro o que é causa ou consequência.

As variáveis AVC e sedentarismo atuaram como fator de confusão após a regressão logística múltipla. Indivíduos com AVC têm maior comprometimento dos movimentos e, às vezes, são incapazes de exercer atividades físicas. A presença de condições crônicas associadas a outros fatores, como baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade, foram variáveis muito frequentes no estudo, podendo interferir no resultado. A falta de acesso às academias e espaços adequados à prática de exercícios são uma realidade em nosso meio, tornando o sedentarismo ainda mais frequente no grupo estudado.

Com relação ao relato de morbidades, a redução da capacidade funcional estava associada com a hipertensão arterial, doença cardiovascular e sequela de AVC. A principal causa de morte nesse grupo são as doenças cardiovasculares. A prevalência de hipertensão arterial em idosos é ainda mais elevada, podendo chegar a 65,0% e, nas mulheres acima de 75 anos, a 80%. A tendência para um aumento da pressão arterial com o avançar da idade, acima dos níveis normais, não deve ser considerada fisiológica ou natural, havendo necessidade de tratamento³⁰.

A avaliação da capacidade funcional dos idosos representa um instrumento fundamental para uma avaliação clínica mais completa no campo da reabilitação e gerontologia, visando a prevenção, o tratamento mais adequado das diferentes doenças ou agravos, a recuperação funcional e a definição de estratégias para o cuidado com os idosos e a atenção a eles.

Conclusões ::::

O estudo aponta que a redução da capacidade funcional está relacionada à interação de fatores multidimensionais, os quais incluem questões relacionadas à saúde física e mental, aspectos comportamentais e determinantes sociais de saúde, a saber: renda, escolaridade, ocupação, estar ativo no mercado de trabalho, entre outros. Com isso, o foco de atenção ao idoso deve ser integral, com vistas à melhoria das condições de saúde e qualidade de vida.

Ações de atenção integral à saúde do idoso precisam ser efetivadas, aliando o incentivo à pesquisa às ações planejadas e direcionadas para melhorar as condições de saúde e qualidade de vida desse grupo.

Referências bibliográficas

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000 [homepage da internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [atualizada em 20/04/2001; acesso em 30/06/2004. Disponível em: http://ibge.gov.br/series_estatisticas/
2. Paixão Jr CM, Reichenrein ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):7-19.
3. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(3):200-10.
4. Naranjo JLR, Estrada LC, Ferra RR, Jimenez IP, Rivero JLP. Autonomía y validismo en la tercera edad. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001;17(3):22-6.
5. Matsudo SMM. Avaliação do idoso: física e funcional. Londrina: Midiograf; 2000.
6. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultado de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1993;27(2):87-94.
7. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):40-8.
8. Xavier F, Ferraz MTP, Bisol LW, Fernandes DD, Schwanke C, Moringuchi EH. Octagenários de Veranópolis: as condições psicológicas, sociais e de saúde geral de um grupo representativo de idosos com mais de 80 anos residentes na comunidade. *Rev AMRIGS*. 2000;44(1/2):25-9.
9. Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(2):123-9.
10. Negri LSA, Ruy GF, Collodeti JB, Pinto LF, Soranz DR. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):1033-46.
11. Andreotti R, Okuma SS. Avaliação da capacidade funcional. In: Matsudo SM, editor. Avaliação do idoso: física e funcional. Londrina: Midiograf; 2000. p. 63-75.
12. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1999;33(5):445-53.
13. Nakatani AYK, Costa EFA, Teles SA, Silva LB, Rego MAB, Silva-e-Souza AC, et al. Perfil sócio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. *Rev Soc Bras Clin Méd*. 2003;5(1):131-6.
14. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):409-15.
15. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(6):1260-70.
16. Murtagh KN, Hubert HB. Gender differences in physical disability among the elderly cohort. *Am J Public Health*. 2004;94(8):1406-11.
17. Kawamoto R, Yoshida O, Oka Y. Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly. *Geriatr Gerontol Int*. 2004;4(2):105-10.
18. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):735-43.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2002. [homepage da internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [atualizada em 15/09/2002; acesso em 28/06/2004. Disponível em: http://ibge.gov.br/series_estatisticas/
20. Camarano AA. Envelhecimento populacional brasileiro: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Pry L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 88-105.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas Populacionais 2003. [homepage da internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [atualizada em 15/01/2003; acesso em 15/01/2003. Disponível em: www.ibge.gov.br
22. de Abreu WC. Aspectos socioeconômicos, de saúde e nutrição, com ênfase no consumo alimentar, de idosos atendidos pelo Programa Municipal da Terceira Idade (PMTI), de Viçosa, MG [tese]. Viçosa (MG): Universidade Federal de Viçosa; 2003.
23. Ferraro KP, Su YP. Physician-evaluated and self-reported morbidity for predicting disability. *Am J Public Health*. 2000;90(1):103-8.
24. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2781-8.
25. Jylhä M, Guralnik JM, Ferruci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1998;53(3):S144-52.
26. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchoa E. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional de Amostragem de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1893-902.
27. Lafuente BJA, Almenara JLS, Hernández LG, Santana AJS, Morales CDA, Rodríguez JMS. Vejez saludable e incapacidade funcional em la población anciana de Canarias. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71(2):161-71.
28. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. Política Nacional do Idoso, perspectiva governamental. Brasília; 1996.
29. Cianciarullo TI, Gualda DMR, Silva GTRS, Cunha ICKO. Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Robe Editorial; 2002.
30. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Jr ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(1):93-9.