



Revista Brasileira de Geriatria e
Gerontologia

ISSN: 1809-9823

revistabgg@gmail.com

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

Gomes Assis, Valnei; Nader Marta, Sara; Souza De Conti, Marta Helena; Nuevo Gatti,
Márcia Aparecida; de Almeida Penteado Simeão, Sandra Fiorelli; De Vitta, Alberto
Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde
da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 17, núm. 1, enero-marzo, 2014, pp.
153-163

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838834015>

- 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

Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil

Prevalence and factors associated with the functional capacity of the elderly within the Family Health Strategy in the city of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil

Valnei Gomes Assis¹
Sara Nader Marta¹
Marta Helena Souza De Conti¹
Márcia Aparecida Nuevo Gatti¹
Sandra Fiorelli de Almeida Penteadó Simeão¹
Alberto De Vitta¹

Resumo

Objetivou-se mensurar o nível de capacidade funcional de idosos e suas associações, por meio de um estudo transversal com 516 residentes nas áreas circunscritas à Estratégia Saúde da Família no distrito de Grande Santos Reis, Montes Claros-MG. Foram aplicados dois questionários: um de características sociodemográficas, condições de moradia e percepção da própria situação econômica, e outro para a avaliação da capacidade funcional. Foram realizadas abordagens descritiva (frequências absoluta e relativa para variáveis categóricas, média e desvio-padrão para as contínuas) e analítica (teste de associação do qui-quadrado e regressão logística binária hierarquizada). Do total de idosos, 39,5% eram homens (70,4±7,1 anos) e 60,5% mulheres (69,1±6,9 anos); 63,4% com escolaridade de zero a dois anos; 85,7% tinham renda de até dois salários mínimos; 73,1% moravam com seus familiares; 33,9% apresentaram capacidade funcional não adequada, sendo 38,5% mulheres e 27,0% homens. A capacidade funcional não adequada foi associada às mulheres, ter mais que 70 anos de idade, renda de até dois salários mínimos e menor tempo de escolaridade. Há necessidade de direcionar a atenção à saúde do idoso, aliando o incentivo à pesquisa e às ações planejadas e direcionadas para melhorar as condições de saúde e qualidade de vida desse grupo.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Idoso. Envelhecimento. Fatores de Risco. Capacidade Funcional.

Abstract

This paper aimed to assess the functional capacity level of elderly people of the Family Health Strategy (FHS) and its associations. A cross-sectional study with 516 elderly residents living in the FHS surrounding area, in the district of Grande Santos Reis, Montes Claros city, Minas Gerais state, Brazil. Two questionnaires were applied: one of socio-demographic characteristics, living conditions and awareness of own economic situation; and the other assessed functional capacity. We performed descriptive (absolute and relative frequencies for categorical variables and mean and standard deviation) and analytical (test of association chi-square and binary logistic

Key words: Family Health Strategy. Elderly. Aging. Risk Factors. Health of the Elderly.

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Sagrado Coração. Bauru, SP, Brasil.

Instituição financiadora: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Correspondência / Correspondence
Alberto De Vitta
E-mail: albvitta@yahoo.com.br

regression hierarchical) approaches. Of the total, 39.5% were men (70.4 ± 7.1 years) and 60.5% women (69.1 ± 6.9 years); 63.4% with schooling from zero to two years; 85.7% had income up to two minimum wages; 73.1% lived with their families; 33.9% presented inadequate functional capacity (38.5% women and 27.0% men). The functional capacity of inadequacy was associated with women, having more than 70 years, income of up to two minimum wages and less schooling time. There is a need to direct attention to the health of the elderly, combining the promotion of research and actions planned and directed to improving the health and quality of life of this group.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é entendido como um processo que provoca alterações em vários sistemas corporais, acarretando limitações visuais, auditivas, motoras e intelectuais, além de um conjunto de doenças crônicas. Essas disfunções levam à diminuição da saúde geral e, em diversos graus, à redução da capacidade funcional, desencadeando a dependência nas atividades cotidianas.¹

A capacidade funcional pode ser definida como “um construto que indica o máximo possível de funcionalidade que uma pessoa pode atingir em um dado momento”. Para os idosos, esta avaliação é relacionada aos aspectos práticos das atividades de cuidado pessoal e ao grau de manutenção da capacidade, para o desempenho das atividades básicas e mais complexas do cotidiano.²

Para avaliar a capacidade funcional, os métodos habitualmente adotados consistem na observação direta (testes de desempenho) e por meio de escalas que aferem os principais componentes da capacidade funcional, como *Medical Outcomes Stewart Study Physical Functioning Measure* (MOS),³ *Functional Activities Questionnaire* (FAQ),³ *Functional Hamilton Independence Measure* (FIM),⁴ Escala de Avaliação de Capacidade Funcional de Rikli & Jones⁵ e outros.⁶

Alguns estudos, utilizando a escala de Rikli & Jones,⁵ relatam a prevalência de baixa capacidade funcional em idosos.^{7,8} Em uma cidade do nordeste brasileiro, observou-se que 21,1% dos idosos apresentaram baixa capacidade funcional, tendo os homens índices mais elevados.⁹

No Sul do Brasil, notou-se que 37,1% dos idosos apresentaram capacidade funcional não adequada e houve associação com a idade, com o sexo feminino, com situação econômica razoável, ruim ou muito ruim e baixa renda familiar.⁸

A avaliação da capacidade funcional constitui uma ferramenta simples e útil que fornece informações sobre o perfil do idoso, identificação das limitações e perda da sua autonomia. Além disso, permite definir estratégias de promoção de saúde aos idosos, visando retardar ou prevenir as incapacidades⁹ e, por conseguinte, diminuir os impactos que os tratamentos geram no orçamento das políticas públicas para a assistência à saúde.¹⁰

Nota-se que os estudos realizados refletem o perfil da população de grandes centros, envolvendo populações com costumes e características diferentes da população dos pequenos municípios.¹¹ Dessa forma, a proposta desta pesquisa foi avaliar o nível de capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) e suas associações com as características sociodemográficas, condições de moradia e autopercepção da situação econômica, na cidade de Montes Claros, região norte do estado de Minas Gerais, Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se estudo transversal com idosos residentes nas áreas circunscritas à Estratégia Saúde da Família (ESF) no distrito de Grande Santos Reis, no município de Montes Claros. Este é atendido por 11 equipes de ESF, sendo seis no próprio distrito: Santos Reis, Jardim Amazonas, Bela Vista, Bela Paisagem, Vila São Francisco de Assis e Vila Atlântida.

A população estimada para o ano de 2010, em Montes Claros foi de 352.384 habitantes, dos quais 9,4% eram pessoas com 60 ou mais anos de idade.

O Distrito de Grande Santos Reis é composto por 21 bairros, possuindo 38.419 habitantes, dos quais 3,5% são idosos.¹² A maioria das moradias é de alvenaria, conta com fornecimento de energia elétrica, abastecimento de água tratada, coleta de lixo, e quase toda a área é beneficiada com sistema de esgoto sanitário público.

O tamanho amostral para avaliar a prevalência da incapacidade funcional foi calculado a partir da população de 1.300 idosos do distrito. Para esta análise, adotou-se a prevalência estimada de 29%, erro aceitável de três pontos percentuais, nível de confiança de 95%, efeito de delineamento de 1,5. Considerando tais prerrogativas, estimou-se um total de 516 idosos.

O estudo foi realizado a partir de uma amostra por conglomerados em dois estágios: no primeiro, as equipes da ESF foram selecionadas como unidades básicas de seleção. Nestas unidades, foi realizada a amostragem estratificada proporcional à quantidade de idosos cadastrados por área de abrangência de cada agente de saúde e ao gênero. No segundo estágio, o idoso foi considerado a unidade amostral, também sendo escolhido randomicamente com base no cadastro das famílias atendidas pelo agente de saúde.

Os agentes comunitários de saúde forneceram listas com os nomes (cada nome recebeu uma numeração) e endereços de todos os idosos cadastrados nas ESF do bairro e, a partir dessa listagem, realizou-se um sorteio para selecionar os participantes do estudo. Utilizaram-se como critérios de inclusão pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos e assistidas por uma das ESF selecionadas. Foram excluídas as pessoas incapazes de se comunicar e os que se recusaram a participar ou a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de domicílio fechado após três tentativas ou impossibilidade de resposta ao questionário, foi sorteado outro idoso da lista.

Procedimento de coleta de dados

Após autorização da Secretaria Municipal de Saúde, os idosos foram contatados, esclarecidos a respeito dos objetivos da pesquisa e convidados a participar. Foi garantido, pelos pesquisadores, o caráter voluntário da participação, o sigilo e o anonimato dos dados obtidos nas entrevistas e a possibilidade de abandonar a pesquisa a qualquer momento. Ao concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Sagrado Coração, através do parecer nº 163/2009.

Considerando a multiplicidade das variáveis investigadas, o amplo universo de sujeitos, o instrumento de investigação e as características da equipe, foi realizado estudo piloto com 30 idosos pertencentes a uma equipe da ESF do distrito, com a finalidade de averiguar a exequibilidade do projeto, evidenciando as dificuldades para resolvê-las e minimizá-las, assim como promover o treinamento dos entrevistadores, reduzindo a possibilidade de tendenciosidade na coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas por seis agentes comunitários de saúde e supervisionadas pelo pesquisador. Os entrevistadores foram treinados com base em um protocolo de padronização dos procedimentos de coleta de dados (teórico e prático), previamente estabelecido no sentido de minimizar os possíveis erros intra e interavaliadores. O supervisor também realizou o controle de qualidade, que consistiu na aplicação de questionários com número reduzido de questões a 10% dos entrevistados.

O período para a realização das entrevistas foi de fevereiro a setembro de 2010 nas residências dos idosos, levando em média 50 minutos. Foram aplicados dois questionários: um de características sociodemográficas, condições de moradia e percepção da própria situação econômica⁸ e outro de autoavaliação da capacidade funcional proposto por Rikli & Jones.⁵

No primeiro, as variáveis consideradas foram: (1) sexo; (2) idade; (3) tipo de moradia; (4) com

quem mora; (5) como considera sua residência; (6) qual a renda aproximada; (7) soma dos recursos de todos os moradores em salários mínimos; (8) quantas pessoas colaboram com esta renda; (9) quantas pessoas usufruem desta renda; (10) alguém fora de casa contribui para cobrir suas despesas; (11) quantas pessoas fora de casa dependem financeiramente do(a) sr(a); (12) como avalia sua situação econômica para satisfazer suas necessidades básicas; comparando com outras pessoas da sua idade sua situação econômica parece ser; e (13) quantos anos de escolaridade completos cursou.⁸

O segundo instrumento foi escolhido considerando-se que foi utilizado por outros estudos nacionais e a possibilidade de incluir todos os idosos fisicamente dependentes e independentes, permitindo ampliar a extensão da avaliação com a coleta de dados da distribuição dos problemas funcionais na população.^{6,8}

Esta escala é composta por 12 atividades: a) tomar conta de suas necessidades pessoais, como vestir-se; b) tomar banho, usar o banheiro; c) caminhar fora de casa (um a dois quarteirões); d) fazer atividades domésticas leves como cozinhar, tirar o pó, lavar pratos, varrer ou andar de um lado para o outro na casa; e) subir ou descer escadas; f) fazer compras no supermercado ou no centro; g) levantar e carregar 5kg (como por exemplo, um pacote de arroz); h) caminhar seis a sete quarteirões; i) caminhar 12 a 14 quarteirões; j) levantar e carregar 13kg de peso (como uma mala média grande); k) fazer atividade doméstica pesada, como aspirar, esfregar pisos, passar o rastelo; l) fazer atividades vigorosas como andar grandes distâncias, cavoucar o jardim, mover objetos pesados, atividades de dança aeróbica ou ginástica vigorosa. Para cada atividade existem três opções de resposta, de acordo com a habilidade do indivíduo em realizá-las: 1) faço; 2) faço com ajuda ou com dificuldade; e 3) não posso fazer. Estes valores são somados e resultam num escore final.

A capacidade funcional foi dicotomizada em “adequada” e “não adequada”. Foram considerados

como capacidade funcional adequada os níveis funcionais avançados (realiza 12 itens sem dificuldade) e moderado (realiza 7 a 11 itens sem dificuldade). Como capacidade funcional não adequada, os indivíduos que apresentaram dificuldade ou necessitaram de ajuda na realização de seis ou mais atividades, ou ainda, não tiveram condições de realizar três delas.⁸

Procedimento de análise de dados

Os dados obtidos foram introduzidos em um banco de dados e submetidos ao programa estatístico SPSS, versão 10.0. A análise foi realizada mediante abordagens descritiva e analítica. Na descritiva, foram feitas as distribuições de frequências absoluta e relativa para variáveis categóricas, e média e desvio-padrão para as variáveis contínuas. Na analítica, utilizaram-se a técnica bivariada do teste de associação do qui-quadrado e o teste exato de Fisher e, em seguida, a análise multivariada por regressão logística binária hierarquizada.¹³ Os fatores investigados foram agrupados em blocos, ordenados de acordo com a precedência com que atuam sobre a capacidade funcional do idoso (bloco socioeconômico, demográfico, condições de moradia e percepção da situação econômica).¹³ Para a seleção das variáveis destinadas à modelagem, adotou-se $p < 0,20$ como nível crítico. As variáveis dos blocos mais distais, permaneceram como fatores de ajuste para os blocos hierarquicamente inferiores. As variáveis selecionadas foram mantidas no modelo, mesmo que sua significância estatística não fosse preservada com a inclusão de blocos hierárquicos inferiores.¹³ Considerou-se um nível de significância de 5% e intervalo de confiança (IC) de 95%, com cálculo dos *odds ratios* ajustados.¹⁴

RESULTADOS

Foram convidados a participar do estudo 558 idosos, dos quais 28 (5,0%) não preencheram

os critérios de inclusão e 14 (2,5%) recusaram. O total de participantes, portanto, foi de 516 idosos, sendo 204 do sexo masculino, com média de idade de $70,4 \pm 7,1$ anos, e 312 do feminino,

com média de idade de $69,1 \pm 6,9$ anos. Quanto aos anos de escolaridade, 63,4% possuíam de zero a dois anos, com renda de até dois salários mínimos para 85,7% dos entrevistados (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de frequências absoluta e relativa das características sociodemográficas e percepção da própria situação econômica dos idosos. Montes Claros-MG, 2010.

Variáveis	Sexo		Total n= 516
	M (n= 204)	F (n= 312)	
Faixa etária			
60 a 69 anos	105 (51,5%)	198 (63,5%)	303 (58,7%)
70 anos ou mais	99 (48,5%)	114 (36,5%)	213 (41,3%)
Anos de escolaridade			
De zero a dois anos	121 (59,3%)	206 (66,0%)	327 (63,4%)
De três a cinco anos	83 (40,7%)	106 (34,0%)	189 (36,6%)
Renda			
Até dois SMs	170 (83,3%)	272 (87,2%)	442 (85,7%)
Dois a quatro SMs	34 (16,7%)	40 (12,8%)	74 (14,3%)
Quantas pessoas (moradores) colaboram com esta renda			
Até duas	73 (35,8%)	151 (48,4%)	224 (43,4%)
Acima de três	131 (64,2%)	161 (51,6%)	292 (56,6%)
Quantas pessoas usufruem desta renda			
Uma	15 (7,4%)	30 (9,6%)	45 (8,7%)
Duas ou mais	189 (92,6%)	282 (90,4%)	471 (91,3%)
Alguém contribui para cobrir suas despesas? (fora de casa)			
Sim	176 (86,3%)	266 (85,3%)	442 (85,7%)
Não	28 (13,7%)	46 (14,7%)	74 (14,3%)
Situação econômica atual			
Muito boa/boa	51 (25,0%)	85 (27,2%)	136 (26,4%)
Razoável/ruim	153 (75,0%)	227 (72,8%)	380 (73,6%)
Situação econômica comparada a outra pessoa			
Melhor	74 (42,3%)	86 (25,2%)	160 (31,0%)
Igual ou pior	101 (57,7%)	255 (74,8%)	356 (69,0%)

SM= salário mínimo.

Observou-se que os idosos caracterizaram-se por morar em casa própria (96,1%), com seus familiares (73,1%), consideraram sua residência ruim (96,1%) e classificaram sua situação econômica como razoável ou ruim (73,6%) (tabela 2).

Dos idosos entrevistados, 33,9% (175) apresentaram capacidade funcional não adequada, dos quais 68,5% (120) eram mulheres e 31,5% (55), homens.

Tabela 2. Distribuição de frequências absoluta e relativa das condições de moradia e capacidade funcional dos idosos. Montes Claros-MG, 2010.

Variáveis	Sexo		Total n= 516
	M (n= 204)	F (n= 312)	
Moradia			
Própria	198 (97,1%)	298 (95,5%)	496 (96,1%)
Alugada	6 (2,9%)	14 (4,5%)	20 (3,9%)
Mora com quem			
Sozinho(a)	44 (21,6%)	95 (30,4%)	139 (26,9%)
Esposo(a) e filho(s)	160 (78,4%)	217 (69,6%)	377 (73,1%)
Como mora			
Muito ruim/ruim	193 (94,6%)	303 (97,1%)	496 (96,1%)
Boa/muito boa	11 (5,4%)	9 (2,9%)	20 (3,9%)
Capacidade funcional			
Adequada	149 (73,0%)	192 (61,5%)	341 (66,1%)
Não adequada	55 (27,0%)	120 (38,5%)	175 (33,9%)

A análise bivariada (tabela 3) mostrou uma diminuição da capacidade funcional ($p<0,05$) quando associada ao aumento da idade, em mulheres, em idosos com menor tempo de

escolaridade, renda até dois salários mínimos, que moravam com esposo(a) e filho(s) e com situação econômica atual razoável.

Tabela 3. Análise bivariada da capacidade funcional com as variáveis sociodemográficas, condições de moradia dos idosos e percepção da própria situação econômica. Montes Claros-MG, 2010.

Variáveis	Capacidade Funcional		Valor de p
	Não Adequada	Adequada	
Sexo			
Masculino	55 (31,4%)	149 (43,7%)	0,00697
Feminino	120 (68,6%)	192 (56,3%)	
Faixa etária			
60 a 69 anos	72 (41,1%)	231 (67,7%)	0,00000001
70 anos ou mais	103 (58,9%)	110 (32,3%)	
Anos de escolaridade			
De zero a dois anos	113 (64,6%)	159 (46,6%)	0,00011
De três a cinco anos	62 (35,4%)	182 (53,4%)	
Moradia			
Própria	166 (94,9%)	330 (96,8%)	0,28549
Alugada	9 (5,1%)	11 (3,2%)	
Mora com quem			
Sozinho(a)	61 (34,9%)	78 (22,9%)	0,00367
Esposo e filho(s)	114 (65,1%)	263 (77,1%)	
Como mora			
Muito ruim/ruim	171 (97,7%)	325 (95,3%)	0,18002
Boa/muito boa	4 (2,3%)	16 (4,7%)	
Renda			
Até dois SMs	159 (90,9%)	283 (83,0%)	0,01580
De dois a quatro SMs	16 (9,1%)	58 (17,0%)	
Quantas pessoas colaboram com renda			
Até duas	86 (49,1%)	138 (40,5%)	0,05984
Acima de três	89 (50,9%)	203 (59,5%)	
Quantas pessoas usufruem desta renda			
Uma	17 (9,7%)	28 (8,2%)	0,56669
Duas ou mais	158 (90,3%)	313 (91,8%)	
Alguém contribui para cobrir suas despesas? (fora de casa)			
Sim	152 (86,9%)	290 (85,0%)	0,57799
Não	23 (13,1%)	51 (15,0%)	
Situação econômica atual			
Muito boa/boa	49 (28,0%)	87 (25,5%)	0,54384
Razoável/ruim	126 (72,0%)	254 (74,5%)	
Situação econômica comparada a outra pessoa			
Melhor	74 (42,3%)	86 (25,2%)	0,00007
Igual ou pior	101 (57,7%)	255 (74,8%)	

Os resultados da análise de regressão logística (tabela 4) evidenciaram que idade, escolaridade,

renda e sexo mostraram associação de forma independente com a baixa capacidade funcional.

Tabela 4. Análise multivariada de regressão logística, modelo final, para associações independentes com a capacidade funcional não adequada. Montes Claros-MG, 2010.

Variáveis	OR bruto/ IC 95%	p bruto	OR ajustado/ IC 95%	RP	p ajustado
Sexo					
Masculino	1,00	0,002	1,00	1,46	0,002
Feminino	1,69 (1,15–2,48)		1,92 (1,26–2,91)		
Faixa etária					
60 a 69 anos	1,00	0,003	1,00	2,04	0,000
70 anos ou mais	3,00 (2,06–4,38)		2,84 (1,89–4,26)		
Anos de escolaridade					
De 3 a 5 anos	1,00	0,000	1,00	1,63	0,002
De 0 a 2 anos	1,35 (1,18–1,54)		1,24 (1,08–1,43)		
Renda					
De 2 a 4 SMs	1,00	0,02	1,00	1,66	0,04
Até 2 SMs	1,39 (1,04–1,85)		1,35 (1,00–1,83)		
Situação econômica atual					
Muito boa/boa	1,00	0,01	1,00	1,09	*
Razoável/ruim	1,44 (1,08–1,93)		*		

SM= salário mínimo; *excluído após ajuste por idade, sexo e escolaridade.

DISCUSSÃO

As características da amostra estudada em relação à capacidade funcional não adequada (33,9%) coincidem com os resultados encontrados no Ceará (21,1%)⁷ e em Santa Catarina (37,1%),⁸ que utilizaram a mesma escala.

No presente estudo, a análise multivariada mostrou que houve associação entre o sexo, faixa etária, anos de escolaridade, renda e situação econômica atual com a capacidade funcional não adequada.

Os idosos com 70 anos ou mais apresentaram 28% mais chances de capacidade funcional

não adequada. Associando as distintas faixas etárias, observou-se que o aumento da idade implica maior comprometimento da capacidade funcional. De acordo com alguns autores, idosos acima de 70 anos têm 2,8 vezes mais chances de apresentar comprometimento da capacidade funcional, e de 85 anos e mais apresentaram 2,9 vezes mais chances em relação aos idosos abaixo de 85 anos.^{15,16}

O avanço da idade é considerado um dos mais importantes fatores de risco para a deterioração da capacidade funcional dos idosos, devido ao aumento das alterações fisiológicas (nos sistemas sensorial, neurológico e musculoesqueléticos) e da prevalência de doenças crônicas.^{17,18}

As mulheres entrevistadas apresentaram maior prevalência de capacidade funcional não adequada (68,5%), confirmando os achados de outros autores.^{15,19-22} 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 (osteoporose, osteoartrite e depressão, por exemplo) e maior habilidade da mulher em reportar suas condições de saúde em relação aos homens da mesma faixa etária e pelas diferenças na sobrevivência e nas morbidades associadas.^{15,23,24}

Os idosos entrevistados com menor quantidade de anos de estudo e que possuíam renda até dois salários mínimos apresentaram maior percentual de capacidade funcional não adequada. Os relacionamentos entre estas mesmas variáveis são apontados em estudos brasileiros utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), que têm mostrado que a capacidade funcional dos idosos é fortemente influenciada pela renda domiciliar *per capita*. Para a população idosa, a relação entre pior nível socioeconômico e saúde foi mais visível em relação aos indicadores gerais das condições de saúde: pior percepção da própria saúde, incapacidade para realizar atividades devido a problemas de saúde e ter estado recentemente acamado.²⁵

Pesquisa realizada na cidade de Ubá-MG mostrou que os idosos analfabetos e com renda *per capita* menor que 250 reais mostraram-se com maior chance de apresentar capacidade funcional não adequada. Dessa forma, o nível socioeconômico desse grupo parece ter importante influência nas condições de saúde, especialmente na capacidade funcional.²³ A proporção de idosos com dependência no dia a dia foi significativamente mais alta entre idosos de baixa renda,²⁶ assim como a baixa renda estava relacionada com a incapacidade funcional em dois terços dos entrevistados em sete países.²⁷ Da mesma forma, a baixa renda *per*

capita dos idosos, associada à baixa escolaridade, priva-os de uma adequada assistência de saúde, da compra dos medicamentos ou do pagamento da mensalidade do plano de saúde, com reflexos diretos na sua performance funcional, uma vez que a renda é um dos elementos essenciais para a preservação da autonomia e para a manutenção ou recuperação da saúde.^{11,28}

Estudo realizado com idosos de um plano de saúde mostrou que os indivíduos com até quatro anos de escolaridade tinham prevalência de capacidade funcional não adequada três vezes mais frequente do que aqueles de escolaridade elevada.²⁹ Resultados semelhantes foram observados no inquérito epidemiológico realizado nos Distritos Sanitários da Restinga e do Extremo-sul, em Porto Alegre.³⁰

Oportunidades de aprendizado podem ajudar as pessoas a desenvolver as habilidades e confiança para se adaptar e desenvolver um processo de envelhecimento saudável. Idosos com melhores condições financeiras geralmente possuem melhor acesso a prevenção, tratamento e reabilitação.^{21,22,27}

Algumas limitações deste estudo, no entanto, precisam ser relatadas. Primeiramente, optou-se por não analisar algumas variáveis comportamentais (nível de atividade física e tabagismo) e relacionadas à saúde do idoso (número e tipos de doença, saúde mental e hospitalização nos últimos seis meses) como potenciais fatores associados à incapacidade funcional. Além disso, no instrumento aplicado fica implícito que as atividades investigadas fazem parte do cotidiano do entrevistado. Embora tenha sido pouco frequente, nos casos em que essa perspectiva não se confirmou, o idoso era instigado a pensar na possibilidade de que, se necessário, ele desempenharia tal tarefa sem ajuda de outra pessoa. Também a avaliação de tal capacidade por meio de questionários é um tanto subjetiva, para quantificação de detalhes minuciosos de incapacidades, o que requer uso de instrumentos mais objetivos.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam para maior prevalência de capacidade funcional não adequada entre as mulheres, acima de 70 anos de idade, com renda de até dois salários mínimos e menor tempo de escolaridade, compatíveis com estudos nacionais e internacionais. Merecem destaque alguns importantes aspectos deste estudo: o baixo percentual de perda amostral, não havendo comprometimento da validade interna da pesquisa, o tamanho da amostra e suas características geográficas.

Diante dos resultados obtidos, há necessidade de direcionar a atenção à saúde do idoso, aliando incentivo à pesquisa, ações planejadas para melhorar as condições de saúde e qualidade de vida desse grupo. Além disso, é necessário despertar entre os governantes a luta pela diminuição do impacto da desigualdade social e pelo direito de todos ao acesso de melhores condições de vida e saúde, de modo a garantir um envelhecimento saudável. E por fim, os serviços de atenção básica devem atender adequadamente às pessoas idosas, visando à sensibilização e à educação nos cuidados primários, seguindo as necessidades específicas dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(4):1107-11.
2. Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana de Saúde, Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. Classificação Internacional de incapacidade, funcionalidade e saúde (CIFI). São Paulo: EDUSP; 2003.
3. Stewart AL, Kamberg CJ. Physical functioning measures. In: Stewart AL, Ware Junior JE, editors. *Measuring functioning and well-being: the medical outcomes study approach*. [S.l.]: Rand Corporation; 1992. p. 86-101.
4. Hamilton BB, Granger C. A uniform national data system for medical rehabilitation. In: Fuhrer MJ, editor. *Rehabilitation outcomes: analysis and measurement*. Baltimore: Paul H. Brookes; c1987. p. 137-47.
5. Rikli RE, Jones CJ. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *J Aging Phys Act* 1999;7(2):129-61.
6. Paixão Júnior CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Publica* 2005;21(1):7-19.
7. Silva GX, Costa CLA, Capistrano RDS. Nível de atividade física habitual e capacidade funcional de idosos atendidos pelo Programa Saúde da Família de Juazeiro do Norte, Ceará. *Efdportes.com* [Internet] 2010 [citado em xx xxx xxxx];15(147):1-4. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd147/atividade-fisica-habitual-de-idosos.htm>
8. 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.
9. Ruiz T, Monteiro A, Corrente JE, Netto MC. Avaliação do grau de satisfação dos idosos com a qualidade de vida em um pequeno município do Estado de São Paulo. *Rev Aten Primária Saúde* 2007;10(1):4-13.
10. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender o SUS. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção pra entender a Gestão do SUS 2011; vol. 1).
11. Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10(2):178-89.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Séries Históricas e Estatísticas. Estimativas, projeções e populações de 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [acesso em 5 nov 2009]. Disponível em: http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?op=0&de=35&no=10
13. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997;26(1):224-7.
14. ZAR JH. (2010). *Biostatistical Analysis*. 5th. ed. New Jersey: Prentice-Hall.

15. Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter* 2009;13(5):376-82.
16. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev Bras Fisioter* 2010;14(4):322-9.
17. Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Fernández-Arruty T, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Arch of Gerontol Geriatr* 2010;50(3):306-10.
18. Guerra RO, Perracini MR, Fló CM. Funcionalidade e envelhecimento. In: Perracini MR, Fló CM. *Funcionalidade e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara; 2009. p. 3-24. (Carvalho CRF, Tanaka C. *Fisioterapia: teoria e prática*).
19. Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um Município do interior de Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm* 2007;16(1):32-9.
20. 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.
21. 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.
22. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):468-78.
23. Sudré MRS, Reiners AAO, Nakagawa JTT, Azevedo RCS, Floriano LA, Morita LHM. Prevalence of dependency and associated risk factors in the elderly. *Acta Paul Enferm* 2012;25(6):947-53.
24. Zunzunegui MV, Nunez O, Durban M, Garcia de Yébones MJ, Otero A. Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6 year follow-up study in Spain. *Aging Clin Exp Res* 2006;18(5):352-8.
25. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16(9):3689-96.
26. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):793-8.
27. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *BMC Geriatrics* 2010;1-6.
28. Matthews RJ, Smith LK, Hancock RM, Jagger C, Spiers NA. Socioeconomic factors associated with the onset of disability in older age: a longitudinal study of people aged 75 years and over. *Soc Sci Med* 2005;61(7):1567-75.
29. Cardoso JH, Costa JSD. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(6):2871-8.
30. Pereira GN, Bastos GAN, Del Duca GF, Bós AJG. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. *Cad Saúde Pública* 2012;28(11):2035-42.

Recebido: 18/10/2012

Revisado: 24/9/2013

Aprovado: 29/10/2013