



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Pires Nunes, Daniella; Kyosen Nakatani, Adélia Yaeko; Silveira, Érika Aparecida; Bachion, Maria
Márcia; Rovey de Souza, Marta
Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de
Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil)
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 6, 2010, pp. 2887-2898
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017464026>

- 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

Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil)

Functional capacity, socioeconomic conditions and of health of elderly assisted by Family Health teams in Goiania (GO, Brazil)

Daniella Pires Nunes ¹

Adélia Yaeko Kyosen Nakatani ¹

Érika Aparecida Silveira ^{2,3}

Maria Márcia Bachion ¹

Marta Rovey de Souza ^{3,4}

Abstract *The population ageing is a challenge for health professionals. This study seek to evaluate the functional capacity and to identify the factors associated to the dependence for the activities of daily life (ADL) and activities instrumental of daily life (AIDL), and also to describe the socioeconomic, demographic and health profile of the elderly. A transverse study was carried out with seniors assisted by Family Health teams of the District East Sanitary of Goiania (GO). A questionnaire was applied to obtain socioeconomic and demographic data, factors related to the health and scales of the functional evaluation. For analyses it was used Square-Who Test considering the level of significance of 5%. The sample was composed by 388 elderly, 57,5% with age varying from 60 to 69 years, 58,5% female, 39,7% illiterate, 77,3% with income \leq 2 minimum wages and 70,9% bearers of chronic diseases. It was verified that 34,8% needed help in one or more ADL and 60,6% in AIDL. The factors more frequently associated at dependence in both activities were: balance and mobility debilitated, depression, cognitive deficit and age \geq 80 years. These results denote that the elderly are living aging characterized by comorbidities and dependence to accomplish daily activities.*

Key words *Aged, Family Health, Daily activities, Independence, Autonomy*

Resumo *O envelhecimento populacional é um desafio para os profissionais de saúde. Este estudo objetivou avaliar a capacidade funcional e identificar os fatores associados à dependência para as atividades de vida diária (AVD) e instrumentais de vida diária (AIVD) e descrever o perfil socioeconômico, demográfico e de saúde de idosos. Trata-se de pesquisa transversal realizada com idosos atendidos pelas equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste de Goiânia (GO). Aplicou-se questionário para obtenção de dados socioeconômicos e demográficos, fatores relacionados à saúde e escalas de avaliação funcional. Para análise, utilizou-se o teste Qui-Quadrado, considerando o nível de significância de 5%. A amostra foi composta por 388 idosos, sendo 57,5% entre 60 e 69 anos, 58,5% do sexo feminino, 39,7% analfabetos, 77,3% com renda \leq 2 salários mínimos; 70,9% referiram doenças crônicas. Verificou-se que 34,8% necessitavam de ajuda em uma ou mais AVD e 60,6% nas AIVD. Os fatores mais frequentemente associados a essa dependência em ambas as atividades foram: equilíbrio e mobilidade prejudicados, depressão, déficit cognitivo e idade \geq 80 anos. Esses resultados denotam que os idosos estão vivenciando envelhecimento caracterizado por comorbidades e dependência para realizar as atividades diárias.*

Palavras-chave *Idosos, Saúde da Família, Atividades cotidianas, Independência, Autonomia*

¹Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás. Rua 227 s/n, quadra 68, Setor Leste Universitário. 74605-080 Goiânia GO. dpiresnunes@yahoo.com.br

²Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Goiás.

³Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás.

⁴Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Goiás.

Introdução

O envelhecimento populacional é considerado um dos maiores desafios da Saúde Pública, principalmente nos países em desenvolvimento. Esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde mais adequadas para atender às novas demandas¹⁻³.

Estudos têm revelado que a maioria dos idosos ainda possui renda igual ou inferior a um salário mínimo e gasta aproximadamente um quarto da renda com medicamentos, interferindo assim na sua qualidade de vida⁴⁻⁵. As condições de saúde da população idosa também podem ser determinadas pelos perfis de morbidade e de mortalidade, presença de déficits físicos e cognitivos e frequência na utilização de serviços de saúde. A investigação da capacidade funcional é um dos grandes marcadores da saúde do idoso, e vem emergindo como componente-chave para a avaliação da saúde dessa população⁵⁻⁶.

Veras⁷ refere que a manutenção da capacidade funcional deve ser interligada com a autonomia, a independência física e mental. A independência e a autonomia podem ser determinadas por meio das atividades de vida diária (AVD) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As atividades de vida diária são as relacionadas ao autocuidado, e as atividades instrumentais de vida diária estão relacionadas com a participação do idoso em seu ambiente social e indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente, dentro da comunidade^{2,8}. A dificuldade ou incapacidade do idoso em realizar tais atividades associa-se ao aumento do risco de mortalidade, hospitalização, necessidade de cuidados prolongados e elevado custo para os serviços de saúde⁹.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada no Brasil em 1994 e em Goiânia a partir de 1998, visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰. Em 2006, pactuou-se na Atenção Básica a implantação do Programa Saúde do Idoso. Diante disso, os profissionais envolvidos na atenção devem cumprir a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, garantindo a ele um envelhecimento saudável e digno¹¹.

Trata-se de uma estratégia recente. Nas unidades de saúde, os idosos têm sido acompanhados apenas por meio dos programas de hipertensão e diabetes (Hiperdia) estabelecidos pelo Ministério da Saúde, junto com os demais segmentos de idade adulta. Outros idosos são atendidos no contexto da demanda espontânea nas

unidades. As equipes da Saúde da Família ainda não investiram em inquéritos populacionais para identificar a situação de saúde dos idosos; assim, carecem de informações sistematizadas sobre esse grupo.

O presente estudo teve como objetivos: avaliar a capacidade funcional, identificar os fatores associados à dependência e descrever os perfis socioeconômico, demográfico e de saúde dos idosos atendidos por equipes da Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste do município de Goiânia (GO).

Os resultados obtidos poderão oferecer subsídios para redirecionamento das práticas dos profissionais de saúde, no sentido da integralidade do atendimento. O conhecimento produzido poderá oferecer novos subsídios para a formação dos profissionais de saúde, com vistas à avaliação de saúde ampliada.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado com idosos (idade ≥ 60 anos) atendidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste (DSL) do município de Goiânia (GO). Elegeram-se o DSL por ser uma região de atuação da Universidade Federal de Goiás (UFG) na Atenção Básica.

A população estimada para o ano de 2006, no município de Goiânia, foi de 1.225.410 habitantes; destes, aproximadamente 7% representaram pessoas com 60 ou mais anos de idade³. O município conta com 11 Distritos Sanitários, e o DSL possui 120.216 habitantes, sendo 6,9% de idosos¹⁰. Neste distrito, a maioria das moradias é de alvenaria, com 100% de energia elétrica, abastecimento de água tratada, coleta de lixo adequada, e quase toda a área é beneficiada com sistema de esgoto sanitário público. A região fica distante aproximadamente dez quilômetros do centro da cidade, sendo bem servida por transporte coletivo.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foram considerados dois desfechos e duas variáveis de exposições de interesse principal: dependência para AVD (35%) e dependência para AIVD (60%), depressão e alteração de equilíbrio e mobilidade, respectivamente. Os parâmetros utilizados para o tamanho da amostra foram: nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão de não expostos:expostos de 3:1, razão de prevalência de 2, prevalência da doença entre os não expostos 18% e nos expostos de 36%. Assim, o tamanho da amostra foi estimado em 268 idosos. Considerando-se o acréscimo de 10% para even-

tuais perdas e recusas e de 30% para controle de fator de confusão e estratificação, a amostra necessária incluiu 375 indivíduos.

O DSL possui 12 equipes de Saúde da Família¹⁰; destas, procedeu-se ao sorteio de seis equipes da ESF. Foram convidados para participarem da pesquisa os idosos residentes nas áreas de abrangência dessas seis equipes.

Cada equipe solicitou ao agente comunitário a listagem dos idosos cadastrados e respectivos endereços. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2001 a dezembro de 2005, nos meses de novembro, dezembro, janeiro e fevereiro, de acordo com a disponibilidade da equipe de pesquisadores de campo.

Idosos em situação de comprometimento da condição de saúde, com dificuldade de expressão, podem ser vistos como pessoas em situação de vulnerabilidade, do ponto de vista da bioética, com autodeterminação reduzida, e desta forma com capacidade afetada para o autêntico consentimento livre e esclarecido. No entanto, os instrumentos de coleta de dados incluíam escalas de autoavaliação, que requeriam respostas relativas à autopercepção. Assim, para os propósitos deste estudo, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual a/ou maior de 60 anos, residir na área de abrangência das equipes selecionadas e ter condições de responder à entrevista sem ajuda do cuidador.

Outros instrumentos de avaliação incluíam a avaliação de atividades que dependem da capacidade de deambulação. Assim, adotou-se como critério de exclusão: estar acamado e retirar o consentimento a qualquer tempo de sua participação no estudo.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário padronizado aplicado por acadêmicos de enfermagem, após capacitação prévia pelo pesquisador-coordenador. Para a coleta de dados, os acadêmicos visitavam o domicílio do idoso acompanhado pelo agente comunitário de saúde (ACS) para facilitar a abordagem pesquisador-pesquisado. O entrevistador esclarecia que sua participação não causaria nenhum dano físico ou moral e que seriam garantidos o sigilo e o anonimato de suas informações, caso o idoso concordasse com a entrevista.

A entrevista foi realizada mediante aplicação do questionário e escalas que abordavam dados socioeconômicos e demográficos (idade, sexo, estado civil, religião, profissão, escolaridade, renda, tipo de moradia), fatores relacionados à saúde (quedas sofridas recentemente, acuidade visual, auditiva, tabagismo, etilismo e morbidades

referidas). As morbidades referidas investigadas foram: hipertensão arterial, artrite, artrose ou reumatismo, diabetes, osteoporose, problemas cardíacos, doença crônica pulmonar, câncer e acidente vascular cerebral.

Foram aplicadas em todos os idosos as seguintes escalas de avaliação funcional: (1) minie-xame do Estado Mental de Folstein & Folstein, para a avaliação cognitiva¹²; (2) escala de depressão geriátrica de Yesavage, para as condições emocionais do idoso, na versão simplificada, validada por Almeida e Almeida¹³; (3) escala de Barthel, para mensurar as atividades de vida diária¹⁴; (4) escala de Lawton, para exame das atividades instrumentais de vida diária¹⁵.

Para que não houvesse interferência do grau de escolarização do minie-xame do estado mental de Folstein & Folstein, consideraram-se os escores de 19 como ponto de corte para analfabetos, 23 para aqueles que possuíam de um a três anos de escolaridade, 24 para quatro a sete anos e 28 para aqueles com mais de sete anos de escolaridade, conforme descreve a metodologia descrita por Laks *et al.*¹⁶.

Utilizou-se o programa Epi-info 6.0 para estruturação do banco de dados e análise estatística. Para verificar a associação entre as variáveis estudadas, aplicaram-se o Qui-quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher, considerando como nível de significância valor de $p \leq 0,05$. A estimativa de efeito foi avaliada pelo cálculo da razão de prevalência, com intervalo de confiança de 95%.

Na avaliação de cada uma das AVD e AIVD, foi considerada dependência parcial quando o idoso relatava precisar de algum tipo de suporte ou apoio, porém participava ativamente; e dependência total quando o idoso relatava ser incapaz de realizar a atividade, necessitando de ajuda, com participação mínima ou nenhuma.

O julgamento global de independência, dependência parcial ou total foi realizado mediante análise dos escores totais obtidos em cada uma das escalas. Para avaliação de AVD, é considerado independente o idoso que alcança 100 pontos; para dependência parcial, o idoso deve perfazer entre 70 e 95 pontos. A dependência total é caracterizada quando o idoso apresenta menos que 70 pontos¹⁴.

Em relação às AIVD, é considerado estado de independência quando o idoso apresenta 24 pontos e dependência parcial entre 9 e 23 pontos. A dependência total é evidenciada quando o idoso apresenta 8 pontos¹⁵.

Considerou-se como desfecho a situação de dependência, agrupando-se os estados de de-

pendências parcial e total. Nesse sentido, realizou-se análise bivariada de dependência para AVD e AIVD com variáveis sobre condições de saúde, sexo e idade. As variáveis estatisticamente associadas foram posteriormente estratificadas para cada tipo de AVD (alimentar-se, banhar-se, vestir-se, usar sanitário, deambular, passar de cama para cadeira, subir e descer escadas, mover-se na cama e continência urinária e fecal) e AIVD (preparar alimentos, realizar tarefas domésticas, lavar roupas, manusear medicamentos, usar telefone, manusear telefone, fazer compras, utilizar meio de transporte).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP), da Universidade Federal de Goiás, com protocolo nº 26/2001. Todos os idosos receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹⁷.

Resultados

Foram convidados a participar da pesquisa 407 idosos. Destes, 11 (2,7%) não preencheram os critérios de inclusão e oito (1,96%) recusaram. Participaram do estudo 388 idosos, sendo que 30,9% procediam de Goiânia e interior de Goiás. Entre os demais, 23,6% eram da Bahia, 20,0% de Minas Gerais, 7,4% do Tocantins e 18,1% de outros estados.

Na Tabela 1, pode ser vista a distribuição das características socioeconômicas e demográficas. Observou-se que 58,5% dos idosos eram do sexo feminino, 57,5% tinham entre 60 e 69 anos, 50,8% eram casados, 57,5% católicos, 43,8% tinham de um a cinco anos de escolaridade, 77,3% apresentavam rendimento ≤ 2 salários mínimos e 88,7% possuíam moradia própria.

A maioria dos entrevistados (59,8%) morava em domicílios multigeracionais, apresentando média aproximada de quatro pessoas por domicílio. Não desempenhavam atividades profissionais na época da avaliação 82,7%, e destes, 70,4% eram aposentados. Dos que trabalhavam (17,3%), a maioria realizava serviços gerais (64,8%); os demais eram autônomos (15,5%), realizavam serviços domésticos (12,7%) ou eram comerciantes (7%).

Quanto às condições de saúde descritas na Tabela 2, nota-se que 68,3% possuíam acuidade visual comprometida, 35,1% manifestaram escores sugestivos para depressão, 23,7% apresentaram equilíbrio e mobilidade prejudicados, 38,7% referiram quedas, 70,9% relataram ter uma ou mais doenças, principalmente hipertensão arterial (51%).

Em relação à capacidade do idoso em executar as AVD, distingue-se na Tabela 2 que 31,7% eram parcialmente dependentes e 3,1% totalmente dependentes. Concernente às AIVD, de acordo com o relato dos participantes, 45,7% apresentavam dependência parcial e 14,9% dependência total.

As AVD mais comprometidas, conforme pode ser observado no Gráfico 1, que geraram dependências (parcial e total, respectivamente), foram: incontinência urinária (20,9%; 1,3%) e subir e descer escadas (12,6%; 3,1%). As princi-

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas dos idosos atendidos por equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia (GO), 2001-2005 (n=388).

Características	n	%
Sexo		
Feminino	227	58,5
Masculino	161	41,5
Faixa etária		
60 - 69 anos	223	57,5
70 - 79 anos	119	30,7
80 ou mais anos	46	11,8
Estado civil		
Casado	197	50,8
Viúvo	131	33,8
Desquitado-divorciado	41	10,5
Solteiro	19	4,9
Religião		
Católica	223	57,5
Evangélica	135	34,8
Sem religião	16	4,1
Espírita	14	3,6
Escolaridade		
Sem instrução	154	39,7
< 1 ano	34	8,8
1 - 5 anos	170	43,8
6 ou mais anos	30	7,7
Renda		
Sem renda	34	8,8
≤ 2 salários mínimos	300	77,3
> 2 salários mínimos	54	13,9
Moradia		
Própria	344	88,7
Alugada	27	7,0
Cedida/outros	17	4,3
Quantidade de moradores		
Até 2 pessoas	156	40,2
3 a 4 pessoas	137	35,3
5 a 6 pessoas	61	15,7
Mais de 6 pessoas	34	8,8

pais AIVD comprometidas foram: utilizar meio de transporte (27,1%; 8,0%), realizar tarefas domésticas (23,2%; 10,8%), usar telefone (21,4%; 10,1%) e lavar roupas (20,6%; 14,9%), para dependências parcial e total, respectivamente.

A análise bivariada de dependência nas AVD com variáveis sobre condições de saúde, sexo e idade revelou que estiveram estatisticamente associados: equilíbrio e mobilidade prejudicados (RP= 2,14, IC 95%= 1,66-2,76), depressão (RP= 1,88, IC 95%= 1,44-2,45), osteoporose (RP= 1,85, IC 95%= 1,39-2,46), possuir 80 anos ou mais de idade (RP= 1,69, IC 95%= 1,24-2,29), acuidade visual comprometida (RP= 1,62, IC 95%= 1,15-2,29), presença de doença (RP= 1,57, IC 95%= 1,10-2,24), sexo feminino (RP= 1,55, IC 95%= 1,15-2,1), queda (RP= 1,47, IC 95%= 1,12-1,93), déficit cognitivo (RP= 1,46, IC 95%= 1,11-1,92) e acuidade visual ruim (RP= 1,33, IC 95%= 1,01-1,75).

Os fatores associados estatisticamente significantes para dependência nas AIVD com variáveis sobre as condições de saúde, sexo e idade foram: déficit cognitivo (RP= 1,76, IC 95%= 1,54-2,01), idade \geq 80 anos (RP= 1,66, IC 95%= 1,47-1,88), equilíbrio e mobilidade prejudicados (RP= 1,60, IC 95%= 1,40-1,83), doença pulmonar obstrutiva crônica (RP= 1,47, IC 95%= 1,20-1,80), presença de doenças (RP= 1,23, IC 95%= 1,01-1,49), depressão (RP= 1,21, IC 95%= 1,03-1,42), hipertensão arterial (RP= 1,19, IC 95%= 1,01-1,40), ter idade entre 70 e 79 anos (RP= 1,23, IC 95%= 1,05-1,44) e sexo feminino (RP= 1,19, IC 95%= 1,01-1,42).

Na Tabela 3, observam-se a análise estratificada para a dependência de cada AVD e as variáveis relativas às condições de saúde, sexo e idade. Entre as variáveis com maior número de associações com as AVD, destacam-se: equilíbrio e mobilidade prejudicados, depressão, déficit cognitivo e idade \geq 80 anos.

Na análise estratificada para a dependência das AIVD, como se observa na Tabela 4, ter idade \geq 80 anos, depressão, déficit cognitivo, equilíbrio e mobilidade prejudicados estiveram associados para todas as AIVD. Idade de 70 a 79 anos teve associação com todas as AIVD, exceto preparar refeições e realizar tarefas domésticas. O sexo feminino esteve associado à dependência (total ou parcial) para realizar tarefas domésticas, manusear dinheiro, fazer compras e utilizar meio de transporte. As demais variáveis estudadas apresentaram número menor de associações.

Tabela 2. Condições de saúde e capacidade funcional dos idosos atendidos por equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste. Goiânia (GO), 2001-2005 (n=388).

Características	n	%
Acuidade visual ruim		
Sim	265	68,3
Não	123	31,7
Acuidade auditiva ruim		
Sim	119	30,7
Não	269	69,3
Depressão		
Sim	136	35,1
Não	252	64,9
Déficit cognitivo		
Sim	104	26,8
Não	284	73,2
Equilíbrio e mobilidade prejudicados		
Sim	92	23,7
Não	296	76,3
Quedas		
Sim	150	38,7
Não	238	61,3
Presença de doenças		
Sim	275	70,9
Não	113	29,1
Hipertensão		
Sim	198	51,0
Não	190	49,0
Diabetes		
Sim	59	15,2
Não	329	84,8
Osteoporose		
Sim	50	12,9
Não	338	87,1
Problema cardíaco		
Sim	37	9,5
Não	351	90,5
Artrite, artrose ou reumatismo		
Sim	39	10,1
Não	349	89,9
Doença pulmonar obstrutiva crônica		
Sim	16	4,1
Não	372	95,9
Acidente vascular cerebral		
Sim	6	1,5
Não	382	98,5
Câncer		
Sim	4	1,0
Não	384	99,0
Atividades de vida diária (AVD)		
Independente	253	65,2
Dependência parcial	123	31,7
Dependência total	12	3,1
Atividades instrumentais de vida diária (AIVD)		
Independente	153	39,4
Dependência parcial	177	45,7
Dependência total	58	14,9

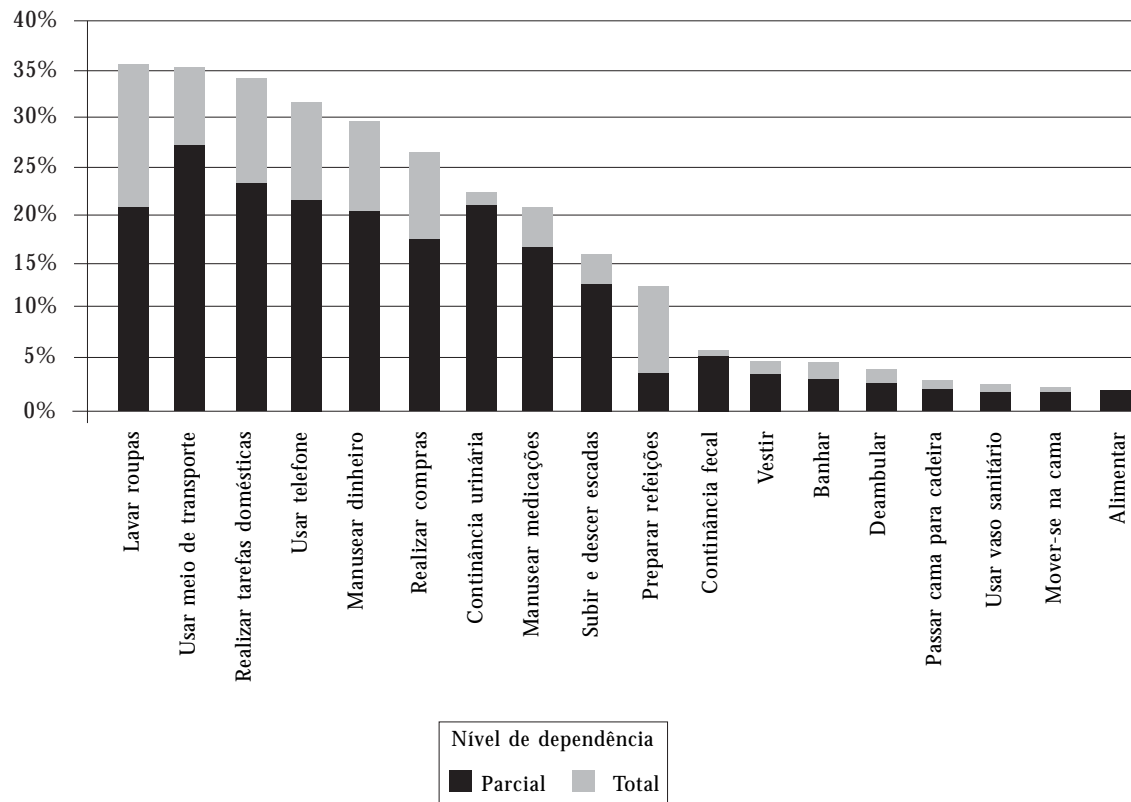


Gráfico 1. Prevalência do nível de dependência parcial e total para todas as atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), em idosos atendidos pelas equipes da Saúde da Família. Distrito Sanitário Leste. Goiânia (GO), 2001-2005 (n=388).

Discussão

O perfil socioeconômico e demográfico dos idosos pesquisados é semelhante ao encontrado em outros estudos realizados em São Paulo, com amostra da população idosa domiciliar¹⁸; em Porto Alegre e Aparecida de Goiânia, em áreas cobertas por equipes de Saúde da Família^{19,20}, evidenciando uma população de idosos jovens, católicos, de baixa escolaridade e renda, aposentados, vivendo em domicílios multigeracionais.

Entre os idosos participantes deste estudo, a maioria era migrante. A cidade de Goiânia constitui há décadas centro de atração para migrantes, desde sua fundação, em 1960.

Em Goiânia, a ESF foi implantada prioritariamente em locais onde a população possuía baixo nível econômico e não tinha acesso a nenhum

serviço na área da saúde¹¹. Dessa forma, é esperada a baixa renda dos gerentes participantes. O baixo grau de instrução dessa população é explicado pela infância e adolescência na zona rural, nos estados de origem, onde o acesso à escola era restrito³.

O fenômeno de os idosos residirem em domicílios multigeracionais, constituindo a principal fonte de suporte para a família, tem sido descrito como uma tendência na população mais pobre, em países em desenvolvimento²¹.

Apesar de os idosos possuírem baixa renda, a maioria tem moradia própria, pois se trata de uma região invadida pelos moradores e, posteriormente, legalizada pelos órgãos municipais.

As equipes de Saúde da Família precisam levar esse panorama em conta. Essa população de idosos jovens demanda ações de promoção de

Tabela 3. Fatores associados à dependência para cada atividade de vida diária (AVD), em idosos atendidos por equipes da Saúde da Família. Distrito Sanitário Leste. Goiânia (GO), 2001-2005 (n=135).

Variáveis	AVD				
	Alimentar-se	Banhar-se	Vestir-se	Usar sanitário	Passar de cama para cadeira
Sexo feminino	0,481*	0,234	0,689	0,091*	0,450*
Idade ≥ 80 anos	0,024*	0,032*	<0,001*	0,057*	0,014*
Acuidade visual ruim	0,382*	0,272*	0,224*	0,220*	0,164*
Acuidade auditiva ruim	0,595*	0,785	0,549	0,239*	0,556*
Depressão	0,022*	<0,001	0,032	0,024*	0,051*
Déficit cognitivo	0,006*	<0,001*	<0,001	<0,001*	0,013*
Equilíbrio e mobilidade prejudicados	0,003*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Queda	0,427*	0,131	0,199	0,151*	0,082
Presença de doenças	0,437*	0,002*	0,050*	0,061*	0,208*
Osteoporose	0,174*	<0,001	0,218*	0,070*	0,326*

Variáveis	AVD				
	Deambular	Subir e descer escadas	Mover-se na cama	Incontinência urinária	Incontinência fecal
Sexo feminino	0,072*	0,033	0,518*	0,033	0,013**
Idade ≥ 80 anos	<0,001	<0,001	0,151*	0,096	0,396*
Acuidade visual ruim	0,024*	0,022	0,617*	0,033	0,604
Acuidade auditiva ruim	0,424	<0,001	0,267*	0,655	0,267
Depressão	0,008	<0,001	0,116*	0,002	0,008
Déficit cognitivo	0,017	<0,001	0,197*	0,391	0,960
Equilíbrio e mobilidade prejudicados	<0,001*	<0,001	0,003*	0,004	0,167
Queda	0,083*	0,086	0,159*	0,059	0,424
Presença de doenças	0,038*	0,216	0,437*	0,008	0,201
Osteoporose	<0,001	<0,001	0,174*	<0,001	0,453*

* Teste Exato de Fisher; ** Variável associada estatisticamente (IC<1,00).

saúde e prevenção de agravos, que deverão considerar tratar-se de uma população de baixa renda e escolaridade. As ações educativas precisarão estar adequadas ao nível de instrução e ao universo cultural desse grupo. Por sua vez, os domicílios multigeracionais podem representar a oportunidade de abordar as famílias de modo ampliado, ou seja, várias gerações ao mesmo tempo, envolvendo cada segmento na ação de cuidado intermembros do grupo familiar.

A avaliação da capacidade funcional é fundamental para determinar o comprometimento e a necessidade de auxílio para as atividades de manutenção e promoção da própria saúde e de gestão do ambiente domiciliar por parte dos idosos, podendo guiar as políticas públicas de atenção à saúde e as políticas sociais para este segmento. Em outros estudos^{22,23}, o percentual de idosos que

necessitavam de ajuda para executar as AVD e AIVD foi semelhante ao encontrado na presente pesquisa, 35,8% e 60,6%, respectivamente.

A dependência para essas atividades gera a necessidade de apoio por parte de cuidadores, os quais, independentemente de serem formais ou informais, precisam de preparo e suporte adequados. Cabe à Estratégia Saúde da Família atender aos usuários em suas necessidades; assim, a responsabilidade do preparo e do apoio aos cuidadores recai sobre os profissionais que atuam na área. É importante 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.

Dentre as AVD, a incontinência urinária tem sido a mais prevalente^{6,21,24}. Na presente investi-

Tabela 4. Fatores associados à dependência para cada atividade instrumental de vida diária (AIVD), em idosos atendidos por equipes da Saúde da Família. Distrito Sanitário Leste. Goiânia (GO), 2001-2005 (n=235).

Variáveis	AIVD			
	Preparar refeições	Realizar tarefas domésticas	Lavar roupa	Manusear medicação
Sexo feminino	0,198	0,044	0,984	0,962
Idade				
70 a 79 anos	0,185	0,256	0,014	<0,001
≥ 80 anos	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Depressão	<0,001	0,003	0,009	<0,001
Déficit cognitivo	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Equilíbrio e mobilidade prejudicados	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Presença de doenças	0,407	<0,001	0,002	0,181
Hipertensão arterial	0,881	0,007	0,107	0,773
Doença pulmonar obstrutiva crônica	0,291*	0,062	<0,001	0,448*

Variáveis	AIVD			
	Usar telefone	Manusear dinheiro	Fazer compras	Usar meio de transporte
Sexo feminino	0,174	0,002	<0,001	<0,001
Idade				
70 a 79 anos	0,006	0,018	0,012	0,003
≥ 80 anos	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Depressão	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
Déficit cognitivo	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Equilíbrio e mobilidade prejudicados	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Presença de doenças	0,687	0,066	0,004	0,051
Hipertensão arterial	0,346	0,103	0,012	0,192
Doença pulmonar obstrutiva crônica	0,086	0,206	0,118	0,442

* Teste Exato de Fisher.

gação, esta atividade obteve maior comprometimento, principalmente a incontinência urinária ocasional, relatada pelas mulheres, relacionada ao uso de medicamentos (diuréticos). A literatura²⁵ apresenta a fraqueza do assoalho pélvico decorrente do envelhecimento e multiparidade como principais fatores que favorecem tal ocorrência. Essa condição pode afetar a vida social e as demandas de higiene.

Entre os participantes, a dificuldade de subir e descer escadas foi uma das atividades com maior prevalência. Esse comprometimento pode ser justificado pela deterioração progressiva das cartilagens, além da perda de tamanho, força, flexibilidade e resistência dos músculos, no processo de envelhecimento, e agravadas pelo sedentarismo²⁶. Além disso, a capacidade de discernimento de um degrau e outro e a acuidade visual

comprometida são algumas das queixas relatadas que impediam a realização dessa atividade.

As atividades como realizar tarefas domésticas, lavar roupas e preparar alimentos foram prevalentes entre os idosos dependentes. É importante salientar que, em algumas famílias, especialmente naquelas em que as filhas adultas ainda moram com os pais, há uma tendência de substituição deles nas atividades domésticas, tentando preservá-los de esforços físicos.

Os profissionais de saúde podem encorajar os idosos a permanecerem por mais tempo realizando atividades que demandem esforço físico, além de ajudar os familiares a compreenderem a necessidade de realização de movimentos corporais, como forma de manter habilidades como a marcha, a elevação dos membros inferiores para subir e descer degraus. Por sua vez, exercícios es-

pecíficos devem ser ensinados, tais como aqueles indicados para o fortalecimento do assoalho pélvico, para minimizar os quadros de incontinência urinária em mulheres.

As dificuldades de tomar medicação, usar o telefone, manusear dinheiro, fazer compras e usar meio de transporte, segundo relatos dos idosos, tinham relação com a falta de escolaridade. Isso pode prejudicar a vida social do idoso e implica transtornos para ele e sua família, diminuindo sua autonomia.

As escalas de avaliação de Mahoney e Barthel¹⁴ e de Lawton *et al*¹⁵ têm sido amplamente utilizadas em estudos dessa natureza. No entanto, os estudiosos têm utilizado esses instrumentos para análise num plano geral^{6,20,23}, reportando-se ao nível de dependência. De modo geral, as pesquisas avaliam as tarefas em forma de blocos, o que dificulta o aprofundamento da questão²⁷. Neste estudo, para facilitar a compreensão dos fatores envolvidos no declínio funcional, estratificaram-se as variáveis para cada atividade, para que as estratégias possam ser desenvolvidas para cada situação, pois o tipo de ajuda necessária, as demandas de serviços e os custos decorrentes das incapacidades são muito diferentes.

Vários estudos descrevem como fatores associados à dependência para as AVD e AIVD: o sexo feminino, idade, equilíbrio e mobilidade prejudicados, presença de doenças⁶, depressão^{6,21}, visão comprometida^{6,26}, déficit cognitivo²¹, quedas^{21,26}, dificuldade auditiva, hipertensão arterial e bronquite²⁶.

Neste estudo, houve prevalência das mulheres em algum tipo de dificuldade. Estudiosos^{22,28} afirmam que tal associação provavelmente deve-se ao fato de as mulheres possuírem maior expectativa de vida e, conseqüentemente, maior risco de desenvolverem doenças crônicas incapacitantes.

Os idosos pesquisados com faixa etária mais elevada apresentaram maior prevalência de dependência funcional. Em geral, limitações funcionais são mais frequentes em indivíduos mais idosos, pelo próprio declínio da função de alguns sistemas orgânicos, gerando risco de ter alguma restrição funcional²⁹.

Estudos mostram que, durante o envelhecimento, os idosos queixam-se de dificuldade visual e auditiva^{6,20,23}. Essas deficiências não impedem um envelhecimento bem-sucedido. Para isto, é necessário que adotem mecanismos adaptativos para minimizar as dificuldades. Órteses para correções podem permitir os ajustes dessas deficiências. Contudo, nessa fase da vida, a adaptação pode dificultar o uso das órteses. A maioria

dos entrevistados relatou possuir óculos e não usá-los por incômodo ou falta de costume. A acuidade visual pode interferir na realização das AVD, como o uso de escadas, deambulação e na continência urinária, sendo decorrente da dificuldade de visualização dos obstáculos a serem percorridos, embora as maiores queixas tenham sido o equilíbrio e mobilidade. O comprometimento da acuidade auditiva esteve associado estatisticamente com o subir e descer escada, contudo não se encontrou uma relação para tal associação.

O processo cognitivo é a interação entre as funções psicológicas (motivação, atenção, percepção, aprendizagem, memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento e discurso) e o processo fisiológico que começa com a estimulação dos órgãos sensoriais (visão, tato, audição, paladar, olfato)^{25,30}. O comprometimento das funções cognitivas, como déficit de memória de fixação e evocação, perturbação na orientação espaço-temporal, dificuldade de atenção, prejuízo na capacidade de julgamento, apraxias e afasias, implica perdas de independência e autonomia²⁵.

O déficit cognitivo apresentou associação para a maioria das AVD e todas as AIVD. Os entrevistados que apresentavam comprometimento das funções cognitivas queixaram-se principalmente de esquecimento ao cozer os alimentos, deixando-os queimar, e de tomar medicação nos horários corretos.

A depressão é uma síndrome multifatorial que se caracteriza por um estado patológico de sofrimento psíquico com distúrbios afetivo e de humor³¹. A maioria das depressões nos idosos é atípica, frequentemente associada à redução da autoestima, falta de ânimo, sensação de vazio, sentimento de culpa, pessimismo, desamparo, inutilidade, irritabilidade, inquietação e fadiga²⁵. Entre os entrevistados, a depressão foi considerada um fator de risco para dependência de todas as AIVD e para as AVD, exceto mover-se na cama.

A presença de sintomas depressivos traz conseqüências negativas para a qualidade de vida do indivíduo e grandes implicações sociais. As medidas de intervenções podem identificar as causas tratáveis desses transtornos, mantendo o indivíduo na comunidade pelo maior tempo possível e aproveitando ao máximo sua autonomia.

O equilíbrio e a mobilidade prejudicados estiveram estatisticamente associados para quase todas as atividades, exceto para a incontinência fecal. Autores^{2,25} revelam que disfunções motoras, sensoriais, depressão, déficit cognitivo e medicamentos (benzodiazepínicos, antipsicóticos, antidepressivos e outros) ocasionam a instabilidade

postural e a alteração da marcha, aumentando a possibilidade de risco para quedas que poderão prejudicar a execução das atividades cotidianas.

Uma medida importante é prevenir os possíveis acidentes domésticos que envolvam quedas, retirando tapetes, objetos que dificultam a circulação e levam ao tropeço, colocando piso antiderrapante, principalmente nas escadas, e iluminação adequada em todos os ambientes. Além disso, as barreiras arquitetônicas devem facilitar a locomoção do idoso. Por exemplo: as calçadas não devem ter vegetação abundante, pisos rachados e desnivelados; as escadas não podem ter uma altura que leve ao esforço exagerado para usá-la; o corrimão deve existir sempre em escadas e corredores²⁵.

Um dos desafios a serem enfrentados no processo do envelhecimento é a presença de dupla carga de doenças. A maioria dos participantes referiu ser portadora de uma ou mais enfermidades, principalmente hipertensão arterial e diabetes. Essa prevalência também foi observada em outros estudos^{5,19,21} e identificada sua influência para a dependência nas AIVD e AVD³².

A osteoporose é uma síndrome caracterizada pela redução ou deterioração do tecido ósseo, levando à fragilidade óssea, tendo como um dos sintomas a dor²⁵. Este sintoma pode contribuir para a limitação do idoso em realizar atividades como banhar-se, deambular, subir ou descer escadas. A associação entre a osteoporose e a incontinência urinária ocasional pode estar relacionada a limitações no movimento, em decorrência da dor.

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) aumenta a resistência das vias aéreas, gerando a perda da capacidade de retração elástica dos pulmões e a diminuição da oferta de oxigênio, sendo a dispneia um dos sintomas³³. A dependência para a atividade de lavar roupa teve forte associação com essa doença. Trata-se de tarefa que exige esforço físico, que aumenta a demanda de oxigênio, levando ao cansaço e dispneia para os idosos com esse tipo de problema de saúde, impedindo-os de realizá-la. Alguns equipamentos facilitadores, como máquinas de lavar roupas, são de grande ajuda para compensar a dificuldade na realização dessa atividade.

A hipertensão arterial pode ser explicada pelas alterações fisiológicas, como progressivo aumento da rigidez da árvore arterial, ocasionando redução da distensibilidade vascular e levando ao contínuo aumento da pressão arterial³⁴. A diminuição do reflexo do desempenho do coração e a dificuldade de aumentar o débito cardíaco têm como consequência a queda do consumo

máximo de oxigênio, por isso os idosos apresentam dificuldades em realizar tarefas que demandem maior esforço físico, como atividades domésticas e fazer compras.

A Organização Mundial da Saúde lançou políticas do envelhecimento ativo que visam otimizar a saúde, a participação e a segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem³⁵. Para minimizar/prevenir as consequências da senilidade, é necessário que os profissionais de saúde pública estabeleçam prioridades de atuação. A detecção de novos casos e o acompanhamento dos portadores de enfermidades poderão prevenir e controlar os agravos, enquanto medidas de promoção de saúde devem contar com a participação da comunidade na busca de um envelhecimento ativo, que é uma meta importante para prevenir os fatores de risco que aceleram o processo incapacitante.

O atendimento integral em saúde prevê uma ação intersetorial, com atividades multiprofissionais tais como inclusão digital, estimulação cognitiva, exercícios físicos para a terceira idade, que contribuam para a qualidade de vida dessa população.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se o intrínseco ao delineamento transversal, o qual impossibilita verificar temporalidade das associações encontradas. O processo amostral incluiu somente os idosos do DSL, não sendo, assim, uma amostra representativa do município de Goiânia. Porém, pressupõe-se que represente os idosos atendidos pelas equipes de Saúde da Família, pois os bairros que possuem a ESF implantados são demográfica e economicamente semelhantes. Sugere-se a realização de estudos multicêntricos, que incluam amostras representativas de idosos dos municípios, a fim de se conhecerem as condições de saúde e capacidade funcional de idosos de diferentes classes sociais. A realização de estudos de coorte também é importante, tendo em vista que há poucos estudos longitudinais sobre a capacidade funcional.

O conjunto de instrumentos de avaliação utilizados prevê a participação dos sujeitos de forma ativa, isto é, eles devem ser capazes de responder às questões, como no caso do exame do estado mental, ou do relato de capacidade de atividades de vida diária. Outras avaliações ficam comprometidas diante de condição de acamado. Assim, idosos com comprometimento da condição de saúde, com dificuldade de comunicação, acamados, não podem ser avaliados no conjunto com essas escalas. Neste estudo, 11 pessoas estavam nessas condições (2,7%).

Diante do grande número de desfechos e variáveis estudadas, não foi realizada no presente estudo análise multivariada, o que deve ser feito em estudos futuros.

Os dados identificados por esta pesquisa são importantes para se conhecer a situação dos idosos de baixa renda, atendidos pelo sistema público de saúde. Podem auxiliar no planejamento das ações de saúde, de acordo com os fundamentos do SUS. Além disso, apontam perspectivas para estudos futuros, em que a análise funcional dos idosos leve em conta os vários domínios de desempenho.

Na promoção da saúde, fica evidente o desafio para se desenvolverem estratégias capazes de estimular a população a adotar estilo de vida saudável, em especial a prática de atividades físicas, que desempenham papel fundamental também na recuperação da capacidade funcional³⁶.

Planejar tais estratégias demanda atuação eficaz da equipe multidisciplinar, com visão ampla da clínica gerontológica e geriátrica, tomando como base o atendimento humanizado e integrado aos princípios da Atenção Básica.

Em síntese, os idosos apresentaram, na maioria, idade entre 60 e 69 anos, com predomínio do sexo feminino (58,5%), renda menor ou igual a dois salários (77,3%), analfabetos (39,7%), relatando uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis (70,9%), em especial hipertensão arterial (51%) e diabetes (15,2%). Apresentaram dependência (parcial ou total) para as AVD de 34,8% e de 60,6% para as AIVD. Os fatores mais frequentemente associados às dependências ($p \leq 0,05$), tanto para AVD como para as AIVD, foram: equilíbrio e mobilidade prejudicados, depressão, déficit cognitivo, idade ≥ 80 anos.

Conclui-se que a maioria dos idosos participantes apresentou envelhecimento malsucedido, caracterizado por comorbidades e dependência para realizar as atividades diárias. Recomendam-se investigações longitudinais dos fatores de risco para dependência durante o envelhecimento, de modo a facilitar o planejamento de estratégias de promoção de saúde e de prevenção das incapacidades.

Colaboradores

DP Nunes participou da coleta, do processamento, análise e interpretação de dados e redação do artigo. AYK Nakatani coordenou o trabalho de campo do estudo, participou da elaboração dos instrumentos da coleta de dados, análise de dados, interpretação e redação final do artigo. EA Silveira e MM Bachion participaram da análise e interpretação dos dados, revisão de aspectos metodológicos e redação final do artigo. MR Souza participou da interpretação e da redação final do artigo.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A todos os idosos que participaram do estudo. Aos profissionais das equipes de saúde do DSL, principalmente os agentes comunitários, pela disponibilidade e paciência durante a busca ativa dos participantes. Aos colaboradores da coleta de dados: TM Silvério, DM Jesus, EC Costa, LB Silva, LF Santos, RF Marçal.

Referências

1. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Cien Saude Colet* 2008; 13(4):1107-1111.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento; 2002.
4. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):745-757.
5. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos D. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saude Publica* 2007; 23(10):2467-2478.
6. Nakatani AYK, Costa EFA, Teles SA, Silva LB, Rego MAB, Souza ACS *et al*. Perfil sociodemográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. *Rev Soc Bra Clin Méd* 2003; 1(5):131-136.
7. Veras R. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. *Revista USP* 2001; 51:72-85.

8. Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, Cipullo JP, Martin JFV. Semiologia do idoso. In: Porto CC. **Semiologia médica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 154-183.
9. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. **J Gerontol** 2004; 59(3):255-263.
10. Silveira EA, Peixoto MRG, Sousa LM, Costa R, Assis VC. Indicadores de saúde infantil em Goiânia, Goiás, no período de 2000 a 2004, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). **Revista Eletrônica de Enfermagem** [periódico na Internet]. 2007 set-dez [acessado 2008 out 03]; 9(3):674-686. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a08.htm>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Almeida OP. Miniexame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr** 1998; 56(3B):605-612.
13. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr** 1999; 57(2-B):421-426.
14. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel ADL index. **Md Med J** 1965; 14:61-65.
15. Lawton MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH. A research and service-oriented multilevel assessment instrument. **J Gerontol** 1982; 37:91-99.
16. Laks J, Batista EMR, Guilherme ERL, Contino ALB, Faria MEV, Rodrigues CS et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly: importance of evaluating activities of daily living. **Arq Neuropsiquiatr** 2005; 63(2a):207-212.
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 – sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética** 1996; 4(2):15-25.
18. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**. 2005; 8(2):127-141.
19. Souza LM, Moraes EP, Barth QEM. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, Brasil. **Rev Lat Am Enfermagem** [periódico na Internet] 2006 nov-dez [acessado 2007 jul 24]; 14(6): [on line]. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
20. Araujo MAS, Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM. Perfil do idoso atendido por um Programa de Saúde da Família em Aparecida de Goiânia (GO). **Revista da UFG** [periódico na Internet] 2003 dez [acessado 2007 jan 30]; 5(2): [on line]. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/perfil.html
21. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad Saude Publica** 2003; 19(3):793-797.
22. 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 Saude Publica** 2007; 23(11):2781-2788.
23. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad Saude Publica** 2004; 20(6):1575-1585.
24. Maciel AC. Sinais e sintomas em urologia geriátrica. In: Guimarães RM, Cunha UG. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 219-227.
25. Vieira EB. **Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
26. Rosa TEC, Benício MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saude Publica** 2003; 37(1):40-48.
27. Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão R, Laurenti R, Marucci MF. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE survey. **Cad Saude Publica** 2005; 21(4):1177-1185.
28. Costa MFL, Firmo JOA, Uchoa E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambui Health and aging study. **Cad Saude Publica** 2005; 21:830-839.
29. 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):178-189.
30. Machado JC, Ribeiro RC, Leal PFG, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa (MG). **Rev Bras Epidemiol** 2007; 10(4):592-605.
31. Irigaray TQ, Schneider RH. Prevalência de depressão em idosos participantes da Universidade para a Terceira Idade. **Rev Psiquiatr** 2007; 29(1):19-27.
32. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, Lebrão ML, Laurenti R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica** 2007; 23(8):1924-1930.
33. Francisco PMSB, Donalisio MR, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. **Rev Saude Publica** 2006; 40(3):428-435.
34. Liberman A, Liberman M, Saraiva JFK. Envelhecimento do sistema cardiovascular do fisiológico ao patológico. In: Liberman A, Freitas EV, Savioli Neto F, Taddei CFG. **Diagnóstico e tratamento em cardiologia geriátrica**. Barueri (SP): Manole; 2005. p. 5-12.
35. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
36. Benedetti TRB, Gonçalves HT, Mota JAPS. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto & Contexto Enfermagem** 2007; 16(3):387-398.

Artigo apresentado em 10/07/2008

Aprovado em 04/09/2008

Versão final apresentada em 30/10/2008