



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Hoffmann Pinto, Andressa; Lange, Celmira; Albereci Pastore, Carla; Pereira de Llano,
Patricia Mirapalheta; Przylynski Castro, Denise; dos Santos, Fernanda
Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da
Família da zona rural
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 11, novembro, 2016, pp. 3545-3555
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63048304024>

- 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 para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural

Functional capacity to perform activities of daily living among older persons living in rural areas registered in the Family Health Strategy

Andressa Hoffmann Pinto ¹

Celmira Lange ¹

Carla Albrecci Pastore ²

Patricia Mirapalheta Pereira de Llano ¹

Denise Przylynski Castro ¹

Fernanda dos Santos ¹

Abstract *This article describes the socioeconomic profile and functional capacity of older persons living in rural areas in the Municipality of Pelotas-RS, Brazil based on the following sociodemographic characteristics: age, sex, income, schooling and chronic diseases. A cross-sectional analytical study was conducted between July and October 2014 using a sample of 820 older persons. We used the Pearson chi square test of homogeneity for nominal variables and the test for trend for ordinal variables. The majority of the sample was made up of women aged 60-69 years, who were white and living with a partner. With regard to functional capacity to perform basic activities of daily living (BADL), 81.8% of individuals were classified as independent, while 54.6% were deemed completely independent for performing instrumental activities of daily living (IADL). Variables such as sex (male), age (60-69 years age group) and not having any heart problems were closely associated with the ability to perform BADL, while the ability to perform IADL was associated with age (60-69 years age group), income (1-2 salaries), education (5-8 years), and no osteoporosis. The majority of the people assessed by this study were able to perform both basic and instrumental activities of daily living.*

Key words *Primary Health Care, Health of the elderly, Rural population, Family health*

Resumo *O artigo objetivou descrever o perfil dos idosos da zona rural de Pelotas, considerando a prevalência de capacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária segundo idade, sexo, renda, escolaridade e doenças crônicas não transmissíveis. Estudo quantitativo, transversal e analítico, realizado com 820 idosos, de julho a outubro de 2014. Utilizou-se o teste de qui-quadrado de heterogeneidade de Pearson para as exposições nominais e o teste de tendência para aquelas ordinais. Na amostra predominaram as mulheres, entre 60-69 anos, que se autodenominaram brancas e viviam com seus companheiros. A prevalência de capacidade para as atividades básicas da vida diária (ABVD) foi de 81,8% e para as instrumentais da vida diária (AIVD) 54,6%. As variáveis sexo (masculino), idade (60-69) e não ter problemas cardíacos foram associadas de forma significativa com as ABVD. Já, as AIVD apresentaram associação com idade (60-69 anos), anos de escolaridade (5-8), renda (1-2 salários) e osteoporose. O estudo conclui que os idosos, na maioria, eram funcionalmente capazes para a realização das atividades da vida diária, tanto básicas quanto instrumentais. Espera-se que os resultados e a iniciativa em estudar os idosos residentes na zona rural sirvam de estímulo a futuras pesquisas.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Saúde do idoso; População rural; Saúde da Família*

¹ Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). R. Gomes Carneiro 1, Centro. 96010610 Pelotas RS Brasil.

dessah_p@hotmail.com

² Faculdade de Nutrição, UFPel. Pelotas RS Brasil.

Introdução

O Brasil está a caminho de se tornar um país de população majoritariamente idosa. Espera-se que o número de idosos em 2020 seja de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas, o que representará 14% da população brasileira. Essa prevalência fará com que o país transforme-se no sexto com o maior número de idosos no mundo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o grupo de idosos de 60 anos ou mais será maior que o de crianças com até 14 anos em 2060, a população nessa faixa etária deverá ser de 58,4 milhões (26,7% do total) no mesmo ano¹.

Em virtude do crescimento exponencial do contingente de idosos no país, a preocupação em relação à capacidade funcional tem aumentado em diversos setores². A capacidade funcional é definida como a habilidade para realizar atividades que possibilitam à pessoa cuidar de si mesmo e viver de forma independente. Sua mensuração tem sido foco no exame do idoso e em um indicador de saúde mais amplo que a morbidade, pois se correlaciona com a qualidade de vida³. A avaliação da capacidade funcional tornou-se, assim, indispensável para a escolha da intervenção mais adequada e monitorização da situação clínica funcional dos idosos⁴.

A capacidade funcional pode ser avaliada sob dois aspectos: relacionados às atividades básicas da vida diária (ABVD) e às atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As ABVD são aquelas ligadas ao autocuidado, tais como banhar-se, vestir-se, alimentar-se, ser continente⁵. Já as AIVD são aquelas relacionadas às ações mais complexas, como a participação social, que abrange o ato de fazer compras, usar o telefone, dirigir e usar meios de transporte coletivo⁶.

Os fatores identificados como responsáveis, diretamente, pela perda da capacidade funcional dos idosos são os fatores individuais, como os demográficos, socioeconômicos e as condições de saúde³.

Um estudo, realizado no sul do Brasil, comparou o grau de dependência para as atividades da vida diária (AVD) de idosos com 80 anos ou mais em três regiões distintas, identificando a maior independência para as AVD entre os da região rural⁷. Outro estudo, também realizado no sul do Brasil, que verificou as condições de saúde de pessoas idosas residentes em uma comunidade rural, observou que ocorreu dependência leve em uma parcela significativa da população, ou seja, em 52,9%, sinalizando que os indivíduos pesquisados encontravam-se em um estado ini-

cial de declínio funcional. Os graus de dependência mais severos foram encontrados apenas entre as mulheres, e elas apresentaram maior prejuízo na realização das AVD quando comparadas aos homens⁸.

Um estudo realizado na área rural do estado de Minas Gerais, Brasil, descreveu a qualidade de vida e a capacidade funcional dos idosos segundo dados socioeconômicos e demográficos e obteve que 99,8% deles eram independentes para as ABVD. O estudo demonstrou, ainda, a associação entre baixa escolaridade, idade mais avançada e maior número de morbidades com a incapacidade para as AIVD⁹.

Desse modo, considerando-se que o estado do Rio Grande do Sul (RS) apresenta 13,65% de sua população com 60 anos ou mais de idade e está na quarta posição em número absoluto de idosos no país; que o município de Pelotas (RS) apresenta uma prevalência de 15,8% de idosos na zona rural¹; que por tal situação estar associada ao fato de que a população rural, em geral, apresenta índices de saúde e determinantes sociais piores do que a urbana¹⁰; que pelo fato do Brasil, enfim, apresentar escassas pesquisas que focalizem a relação dos fatores determinantes da incapacidade funcional entre os idosos na zona rural; então, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil, a prevalência de capacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária e analisar a capacidade funcional segundo idade, sexo, renda, escolaridade e doenças crônicas não transmissíveis dos idosos residentes na zona rural de Pelotas.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal, analítico, realizado em uma amostra representativa dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na zona rural de Pelotas. A zona rural de Pelotas possui uma população de 22.082 de habitantes, dentre os quais 15,8% estão na faixa etária de 60 anos ou mais¹.

O tamanho da amostra foi estabelecido a partir de cálculo estatístico considerando: população idosa cadastrada nas ESF da zona Rural de Pelotas, 2.920 indivíduos, nível de confiança de 95%, prevalência estimada do desfecho, capacidade funcional encontrada na literatura de 60%, de acordo com o estudo realizado no município de Pelotas no ano de 2009⁵, e erro aceitável de 3 pontos percentuais. Em acordo com esses parâ-

metros, a base de cálculo inicial foi de 758 idosos, sendo somados 10% relativos a possíveis perdas e recusas, obtendo-se, assim, o total de 834 idosos. A amostra de idosos foi localizada por meio dos dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, a qual foi solicitado, em um primeiro momento, a liberação para a realização da pesquisa nas Unidades de Saúde da Família. Ao total foram incluídas 10 unidades de saúde que se organizavam sob o regime de ESF. O número de idosos a serem entrevistados em cada unidade foi calculado, proporcionalmente, ao número total de idosos que a unidade tinha cadastrado, a partir deste cálculo foram sorteados: Vila Nova, 111 idosos, Grupelli, 94 idosos, Monte Bonito, 54 idosos, Cordeiro de Farias, 82 idosos, Osório, 73 idosos, Corrientes, 72 idosos, Pedreira, 80 idosos, Maciel, 78 idosos, Triunfo, 70 idosos, Cerrito Alegre, 122 idosos.

As UBS's foram contatadas por meio de uma lista com nomes e números de prontuários de idosos, os mesmos foram sorteados (aleatoriamente) até que a quantidade total estabelecida fosse atingida, e no caso de se identificar mais de um idoso cadastrado no mesmo prontuário, todos os residentes no domicílio eram elegíveis para a pesquisa.

A pesquisa teve como critérios de inclusão possuir 60 anos ou mais, residir na zona rural de Pelotas (RS), ter sido contemplado no sorteio realizado pelas pesquisadoras e aceitar participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: estar viajando no momento da coleta de dados naquela localidade, estar privado de liberdade por decisão judicial, ter mudado de residência, estar institucionalizado/hospitalizado ou não apresentar condições físicas, cognitivas ou emocionais de participar do estudo e seu respondente ou auxiliar também não apresentar condições para participar. Após três tentativas de entrevistas com o idoso sem sucesso, este era considerado como perda.

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados por cinco pós-graduandas e cinco graduandos da Faculdade de Enfermagem previamente treinados, em uma capacitação de trinta horas, em um período de cinco dias.

Para mensurar o desfecho capacidade funcional foi utilizado Índice de Katz e Akpom¹¹ para as ABVD e a escala de Lawton e Brody⁶ para as AIVD. Para avaliar os dados obtidos, os escores do Índice de Katz foram agrupados, classificando os idosos em: independentes quando relataram necessidade de ajuda em 0 atividades, dependência leve/moderada quando relataram necessidade para 1-3 atividades e dependentes quando rela-

taram necessidade de ajuda para 4-6 atividades. Para a escala de Lawton-Brody, aqueles idosos que atingiram 27 pontos foram classificados como independentes, entre 26-18 pontos com dependência parcial e menos de 18 pontos, como dependentes.

As informações foram referidas pelo próprio idoso ou, caso ele estivesse impossibilitado de se expressar, as mesmas foram respondidas pelo respondente auxiliar ou substituto. As variáveis independentes foram: sexo (feminino/masculino), idade (60-69, 70-79 anos e 80 anos ou mais), cor da pele (branca/não branca), situação conjugal (com companheiro/sem companheiro), se mora sozinho (sim/não), se frequentou a escola (sim/não), anos de estudo (< 1 ano, 1-3 anos, 3 ou mais), profissão (agricultor, outro), renda mensal (< de 1 salário mínimo, 1-2 salários mínimos, > de 2 salários mínimos) e referir ser portador de doença crônica não transmissível (hipertensão arterial, diabetes melito, reumatismo, osteoporose, problemas circulatórios, respiratórios, cardíacos e acidente vascular cerebral).

Para a parte descritiva dos resultados foram apresentadas as prevalências das variáveis categóricas e a média e o desvio-padrão das variáveis contínuas. As associações com o desfecho de acordo com as variáveis independentes de interesse foram testadas utilizando-se o teste de qui-quadrado de heterogeneidade de Pearson para as exposições nominais e o teste de tendência para aquelas ordinais.

A pesquisa desenvolveu-se entre os meses de julho e outubro de 2014. Ao final da coleta de dados foi realizada a re-entrevista via telefone em 3% dos idosos pesquisados, como uma forma de controle de qualidade da coleta de dados.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012¹² foram seguidos rigorosamente e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e disponibilizado em duas vias aos idosos entrevistados. Os autores declaram que não há conflitos de interesse neste estudo.

Resultados

O estudo apresentou nove recusas e cinco perdas, nas quais os idosos não foram encontrados nas suas residências, totalizando 820 indivíduos entrevistados ao final do estudo.

Na amostra estudada houve predominância do sexo feminino 56,1% (460), com média de

idade de 70 anos e desvio padrão de 7,6 anos, sendo a idade mínima 60 anos e a máxima de 95 anos. Idosos que relataram ser da raça branca foram 90,2% (740) e terem um companheiro, 71,5% (586). Quanto à escolaridade, identificou-se a média de quatro anos de estudo, e desvio padrão de 2,4 anos sendo o mínimo de zero anos de estudo (quando o idoso relatou não ter concluído o primeiro ano) e o máximo 23 anos. Dos idosos entrevistados 91% (746) relataram não morar sozinhos, sendo o número médio de pessoas que moravam com eles 2 e desvio padrão de 1 pessoa, sendo o mínimo uma pessoa e o máximo 15. Dos idosos, 91,8% (793) eram aposentados, mas 35,5% ainda exerciam alguma atividade laboral. A profissão de maior prevalência foi a agricultura, 72% (574), e a renda de um a dois salários mínimos para 80,1% (653) (Tabela 1).

Em relação à capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária, 81,8% (671) idosos referiram não necessitar de ajuda para nenhuma das seis atividades avaliadas pelo Índice de Katz e 14,2% (117) necessitaram de ajuda em uma ou duas atividades, sendo classificados em uma dependência leve/moderada. Apenas 2% (16) classificaram-se em totalmente dependente.

Em relação à capacidade funcional para as atividades instrumentais da vida diária, 54,6% (448) dos idosos foram classificados como totalmente independentes.

Quando analisados segundo as atividades básicas da vida diária, a atividade que apresentou maior prevalência de ajuda para sua realização foi a de continência, 14,5% (119). Em contrapar-

Tabela 1. Prevalência de capacidade funcional para as Atividades da Vida Diária, segundo o Índice de Katz e Escala de Lawton-Brody. Pelotas-RS, 2014.

	%	n
Escore total de Katz*		
0	81,8	671
1	12,4	102
2	1,8	15
3	1,1	9
4	0,9	7
5	0,4	3
6	1,6	13
Escore de Lawton-Brody		
Independente	54,6	448
Parcialmente dependente	37,9	311
Dependente	7,5	61
Total	100,0	820

* Soma das questões em que o idoso referiu necessitar de ajuda.

tida, a que apresentou maior independência foi a atividade de alimentação, em que 98,2% (805) referiram não necessitar de ajuda (Tabela 2).

Quando avaliados segundo as atividades instrumentais, os idosos relataram mais frequentemente não conseguirem realizar ou necessitar de ajuda parcial na atividade de deslocar-se à locais distantes 27,4% (225) e na de administrar suas finanças, 33,9% (378). A atividade em que os idosos relataram maior independência foi na de preparo das suas próprias refeições 91,1% (747) (Tabela 3).

Quando analisada a capacidade para as ABVD segundo sexo, observou-se que entre os idosos totalmente capazes, 46,2% (310) eram mulheres e 53,8% (361) eram homens ($p = 0,006$). Isso demonstra que o fato de ser homem seria um fator de proteção para a manutenção da capacidade funcional. Na categoria dependência leve/moderada observou-se que 69% (87) eram mulheres.

Os idosos mais jovens, ou seja, aqueles com idade entre 60-69 anos, classificados como independentes representaram 57,9% (338). Já a pre-

Tabela 2. Prevalência de capacidade funcional para as Atividades Básicas da Vida Diária por atividade segundo o Índice de Katz. Pelotas-RS, 2014.

Atividade básica da vida diária	%	n
Tomar banho		
Necessita de ajuda		
Sim	6,1	50
Não	93,9	770
Vestir-se		
Necessita de ajuda		
Sim	6,0	49
Não	94	771
Utilizar o vaso sanitário		
Necessita de ajuda		
Sim	2,8	23
Não	97,2	797
Transferir-se		
Necessita de ajuda		
Sim	2,9	24
Não	97,1	796
Continência		
Necessita de ajuda		
Sim	14,5	119
Não	85,5	701
Alimentar-se		
Necessita de ajuda		
Sim	1,8	15
Não	98,2	805
Total	100,0	820

Tabela 3. Prevalência de capacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária por atividade segundo a Escala de Lawton-Brody, Pelotas-RS, 2014.

Atividade instrumental	%	n
Usar o telefone		
Não consegue	12,7	104
Ajuda parcial	6,1	50
Sem ajuda	81,2	660
Deslocar-se a locais distantes		
Não consegue	8,9	73
Ajuda parcial	18,5	152
Sem ajuda	72,6	595
Realizar compras		
Não consegue	6,6	54
Ajuda parcial	15,0	123
Sem ajuda	78,4	595
Preparar refeições		
Não consegue	5,1	42
Ajuda parcial	3,8	31
Sem ajuda	91,1	747
Arrumar a casa		
Não consegue	6,8	56
Ajuda parcial	5,7	47
Sem ajuda	87,5	717
Realizar trabalhos manuais		
Não consegue	8,0	66
Ajuda parcial	6,0	49
Sem ajuda	86,0	705
Lavar e passar roupa		
Não consegue	7,8	64
Ajuda parcial	5,1	42
Sem ajuda	87,1	714
Ingerir medicamentos		
Não consegue	4,2	72
Ajuda parcial	5,7	47
Sem ajuda	90,1	739
Administrar as finanças		
Não consegue	8,8	72
Ajuda parcial	25,1	206
Sem ajuda	66,1	524
Total	100,0	820

valência de independência entre os idosos com 90 anos ou mais foi de apenas 0,4% (3). A faixa etária que compreendeu a maior prevalência de incapacidade funcional foi a de 70-89 anos, totalizando 69,5% (16) dos idosos dependentes.

As variáveis escolaridade (anos de estudo) e renda não apresentaram significância, porém, destaca-se que entre os idosos independentes a maioria, 63,3% (362), tinha entre 1-4 anos de estudo, sendo que essa média manteve-se nas demais categorias. Em relação à renda, em todas as

categorias o valor de 1-2 salários mínimos foi o mais prevalente, 80% (553) entre os independentes, 77,8% (98) nos de dependência leve/moderada e 95,7 (22) nos dependentes.

Quando avaliada a capacidade para as ABVD, segundo a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, apenas problemas cardíacos apresentaram associação ($p = 0,011$), mesmo apesar da prevalência de hipertensão arterial e problemas de visão terem sido relevantes em todas as categorias (Tabela 4).

Para as atividades instrumentais segundo o sexo não houve significância, porém as mulheres foram mais prevalentes do que os homens em todas as categorias. A idade foi um fator relevante para as AIVD, apresentando um $p < 0,001$, sendo a faixa etária de 60-69 anos mais prevalentes entre os independentes 68,9% (308). A escolaridade também demonstrou significância, $p < 0,001$, mantendo a faixa de 1-4 anos de estudo entre as categorias, destacando que entre os independentes a faixa de 5-8 anos foi a mais expressiva 34,5% (140). A renda também foi uma variável significativa, $p = 0,007$.

Entre as DCNT, apenas a osteoporose mostrou significância $p = 0,005$, sendo que entre os independentes apresentou prevalência de 82,6% (370) e entre os dependentes, 96,7% (59). Ressalta-se que a prevalência de HAS e problemas de visão apesar de não significantes em relação à capacidade funcional mantiveram as prevalências mais altas em todas as categorias (Tabela 5).

Discussão

A amostra pesquisada apresentou um perfil que vai ao encontro dos dados levantados em um estudo desenvolvido na zona rural do município de Uberaba-MG⁹, em que também houve predomínio do sexo feminino (63,6%) na faixa etária de 60-69 anos (58,8%). Ambos os estudos quanto ao perfil vão de encontro com os dados da última PNAD 2013¹³, em que foi descrito um cenário distinto quanto ao gênero dos idosos residentes da zona rural, já que foram identificados 1,3 milhões de homens a mais do que mulheres, sendo os idosos 15,29 milhões contra 14,08 milhões de idosas. Tal fato deve ser relativizado, porque a PNAD é uma pesquisa de nível nacional, talvez sendo este o motivo pelo qual os dados diverjam, muito embora as diferenças regionais do país não possam ser relegadas.

Quanto à cor da pele a maioria intitulou-se branca, enquanto que no Brasil mais de 50% da

Tabela 4. Prevalência de capacidade funcional para as ABVD segundo idade, sexo, renda, escolaridade e doenças crônicas não transmissíveis. Pelotas, 2014

Variáveis	Independente n = 671 % (n)	Dependência leve/moderada n = 126 % n	Dependente n = 23 % n	Valor de p*
Sexo				0,006
Masculino	46,2 (310)	31,0 (39)	47,8 (11)	
Feminino	53,8 (361)	69,0 (87)	52,2 (12)	
Idade*				< 0,001
60-69 anos	57,9 (388)	45,2 (57)	21,8 (5)	
70-79 anos	33,6 (225)	27,8 (35)	39,1 (9)	
80-89 anos	8,1 (54)	23,0 (29)	30,4 (7)	
90 ou mais anos	0,4 (3)	4,0 (5)	8,7 (2)	
Anos de estudo				0,135
< de 1 ano	0,9 (5)	0,9 (1)	4,7 (1)	
1- 4 anos	63,2 (362)	72,5 (79)	52,4 (11)	
5-8 anos	31,2 (179)	24,8 (27)	42,9 (9)	
> 8 anos	4,7 (27)	1,8 (2)	0,0 (0)	
Renda**				0,358
< de 1 salário mínimo	1,2 (8)	0,8 (1)	0,0 (0)	
1-2 salários mínimos	80,0 (533)	77,8 (98)	95,7 (22)	
> de 2 salários mínimos	18,8 (125)	21,4 (27)	4,3 (1)	
Diabetes Mellitus				0,891
Sim	17,3 (116)	15,9 (20)	13,0 (3)	
Não	82,7 (555)	84,1 (106)	87,0 (20)	
HAS***				0,514
Sim	66,3 (445)	62,4 (78)	73,9 (17)	
Não	33,7 (226)	37,6 (47)	26,1 (6)	
Reumatismo				0,216
Sim	29,4 (197)	22,2 (28)	21,7 (5)	
Não	70,6 (474)	77,8 (98)	78,3 (18)	
Osteoporose				0,243
Sim	17,4 (117)	15,1 (19)	4,4 (1)	
Não	82,6 (554)	84,9 (107)	95,6 (22)	
Problemas de visão				0,161
Sim	79,7 (535)	72,2 (91)	82,6 (19)	
Não	20,3 (136)	27,8 (35)	17,4 (4)	
Problemas respiratórios				0,320
Sim	12,7 (85)	8,7 (11)	4,4 (1)	
Não	87,3 (586)	91,3 (115)	97,6 (22)	
Problemas cardíacos				0,011
Sim	29,2 (196)	16,7 (21)	26,1 (6)	
Não	70,8 (475)	83,3 (105)	73,9 (17)	
Acidente vascular cerebral				0,263
Sim	8,4 (56)	8,7 (11)	17,4 (4)	
Não	91,6 (615)	91,3 (115)	82,6 (19)	

* Um *missing* para a variável idade, n = 819. ** Cinco *missing* para a variável renda, n = 815. *** Um *missing* para a variável hipertensão arterial, n = 819.

população rural intitula-se parda¹³. Esse dado encontrado na atual pesquisa apenas corrobora o tipo de colonização da região sul, sendo o maior número de imigração de famílias alemãs, seguidas das famílias italianas, francesas, austríacas, portuguesas e espanholas¹⁴.

A maioria dos idosos relatou ter ido à escola, dados que discordam dos encontrados em um estudo realizado em uma comunidade rural nordestina, com 61,33% dos idosos analfabetos¹⁵. Essa discrepância deve-se a alguns fatos: primeiro, a época em que esses idosos iniciaram seus

Tabela 5. Prevalência de capacidade funcional para as AIVD segundo idade, sexo, renda, escolaridade e doenças crônicas não transmissíveis. Pelotas, 2014.

Variáveis	Independente n = 448 % (n)	Parcialmente independente n = 311 % n	Dependente n = 61 % n	Valor de p*
Sexo				0,345
Masculino	46,2 (207)	41,2 (128)	41,0 (25)	
Feminino	53,8 (241)	58,8 (183)	59,0 (36)	
Idade*				< 0,001
60-69 anos	68,9 (308)	42,1 (131)	18,0 (11)	
70-79 anos	28,0 (125)	38,9 (121)	37,7 (23)	
80-89 anos	3,1 (14)	17,4 (54)	36,1 (22)	
90 ou mais anos	0,0 (0)	1,6 (5)	8,2 (5)	
Anos de estudo				< 0,001
< de 1 ano	0,5 (2)	1,2 (3)	3,8 (2)	
1- 4 anos	58,4 (237)	72,2 (176)	73,6 (39)	
5-8 anos	34,5 (140)	25,8 (63)	22,6 (12)	
> 8 anos	6,6 (27)	0,8 (2)	0,0 (0)	
Renda**				0,007
< de 1 salário mínimo	23,2 (104)	13,4 (41)	13,1 (8)	
1-2 salários mínimos	75,5 (338)	85,6 (262)	86,9 (53)	
> de 2 salários mínimos	1,3 (6)	1,0 (3)	0,0 (0)	
Diabetes Mellitus				0,327
Sim	15,9 (71)	19,3 (60)	13,1 (8)	
Não	84,1 (377)	80,7 (251)	86,9 (53)	
Hipertensão arterial***				0,727
Sim	65,3 (292)	65,9 (205)	70,5 (43)	
Não	34,7 (155)	34,1 (106)	29,5 (18)	
Reumatismo				0,469
Sim	28,4 (127)	28,9 (90)	21,3 (13)	
Não	71,6 (321)	71,1 (221)	78,7 (48)	
Osteoporose				0,005
Sim	17,4 (78)	18,3 (57)	3,3 (2)	
Não	82,6 (370)	81,7 (254)	96,7 (59)	
Problemas de visão				0,244
Sim	77,5 (347)	78,8 (245)	86,9 (53)	
Não	22,5 (101)	21,2 (66)	13,1 (8)	
Problemas respiratórios				0,370
Sim	12,7 (57)	11,6 (36)	6,6 (4)	
Não	87,3 (391)	88,4 (275)	93,4 (57)	
Problemas cardíacos				0,673
Sim	28,1 (126)	26,7 (83)	23,0 (14)	
Não	71,9 (322)	73,3 (228)	77,0 (47)	
Acidente vascular cerebral				0,716
Sim	8,3 (37)	9,7 (30)	6,6 (4)	
Não	91,7 (411)	90,3 (281)	93,4 (57)	

* Um missing para a variável idade, n = 819. ** Cinco missing para a variável renda, n = 815. *** Um missing para a variável hipertensão arterial, n = 819.

estudos, década de 50, foi no período após a segunda guerra mundial, momento em que o Brasil sofreu algumas mudanças em relação às questões educacionais, devido ao grande contingente de imigrantes. Assim, os governantes tinham como objetivo homogeneizar as escolas, com o intuito

de construir um país branco, ocidental e cristão, o que acabava por excluir os afrodescendentes, o que pode explicar a prevalência alta de analfabetismo entre os idosos baianos, região majoritariamente colonizada por negros vindos da África¹⁶. Situação semelhante ocorreu com os alemães e

italianos, porém, os alemães, devido à forte ligação entre a cultura, a religião e a educação organizaram-se e, diante da indiferença às suas reivindicações, por parte do governo brasileiro, iniciaram o processo de criação das escolas comunitárias que disponibilizavam à comunidade a formação no ensino básico¹⁷. Assim, supõe-se que apesar das dificuldades impostas pelo Estado, as crianças alemães da época tinham maior acesso à formação básica, diferente das crianças afrodescendentes, o que justifica a razão pela qual os idosos da zona rural de Pelotas apresentarem um nível de escolaridade alto para os padrões da época.

Do total de idosos pesquisados, a maioria relatou estar aposentada, porém, mais de 35% afirmaram continuar exercendo alguma atividade laboral. Esse tipo de situação tem sido recorrente no cenário rural brasileiro. Em um estudo sobre o impacto dos determinantes da condição do idoso em relação ao trabalho e à aposentadoria, os resultados sugeriram que, com o aumento dos anos de vida, são maiores as chances de não realizar atividade laboral, pois, com o envelhecimento, sua capacidade física decresce¹⁶. Este fato foi identificado na população estudada, pois dos que relataram ainda exercer alguma atividade laboral 75,3% estavam na faixa etária de 60-69 anos ($p < 0,0001$). Outro ponto que pode ser relacionado com essa prevalência é o fato da renda mediana ter sido de um salário mínimo nacional (referência do ano de 2014), valor que, nos dias atuais, muitas vezes inviabiliza a manutenção dos gastos da família. Além disso, deve-se considerar que as velhas concepções sobre o 'rural' sempre estiveram atreladas à agricultura e, portanto, à atividade econômica. O espaço rural sempre foi visto de forma estrita e restrita enquanto espaço de exploração econômica, gerador de riqueza¹⁷. Desse modo, pode-se supor que os idosos pesquisados, apesar de aposentados, por sentirem-se e serem capazes funcionalmente mantiveram suas atividades laborais.

A análise dos dados demonstrou que a maioria dos idosos era totalmente capaz para as atividades básicas da vida diária, já no estudo realizado em Minas Gerais, a prevalência encontrada para a independência foi de 99,8%⁹. Esse dado pode ser justificado devido ao critério de inclusão elencado pelo autor em que apenas os idosos que atingissem a pontuação mínima de 13 pontos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) eram selecionados. Já outro estudo realizado em uma comunidade rural nordestina demonstrou que 78% dos idosos avaliados por meio da Escala de Barthel tinham algum tipo de dependência.

Essa diferença de prevalência para capacidade funcional entre os idosos do sul e do nordeste pode ser explicada pelo fato de que os primeiros eram mais jovens, diferença de quatro anos na média de idade e nível de escolaridade maior do que o destes últimos. Destaca-se, também, a diferença dos instrumentos utilizados para mensuração, o que dificulta a realização de comparações.

Quando analisado segundo o sexo, observou-se que os homens foram mais independentes para as ABVD do que as mulheres, assim como em um estudo realizado em Nova Roma, no Sul no Rio Grande do Sul⁸, que também verificou maior prejuízo na realização das AVD entre as mulheres em relação aos homens. Em um estudo realizado na zona urbana de Pelotas (RS), o sexo e a idade também estiveram associados, com $p = 0,05$ e $p < 0,001$, respectivamente⁵. Isso corrobora a importância dos profissionais de saúde manterem uma atenção especial às mulheres idosas pelos. Um fator que pode ter influenciado nessa variável é que as mulheres além de serem a maioria no estudo quando analisadas segundo faixa etárias foram as mais prevalentes entre os mais longevos.

A continência (urinária e fecal) foi a atividade em que os idosos relataram maior dificuldade, o que vai ao encontro de outros estudos em que a prevalência de incapacidade para tal atividade foi de 28,6%¹⁵ e 21,3%⁵, ambos estudos realizados na zona urbana, sendo esse último na cidade de Pelotas. Ao analisar esse achado, torna-se importante destacar a necessidade de intervir precocemente nessas situações, auxiliando o idoso a manter a sua continência urinária e fecal. Sabe-se da dificuldade em abordar tal assunto, principalmente com aqueles residentes na zona rural que, possivelmente, foram educados de forma pudica e evitam falar sobre questões ligadas à sexualidade. O profissional de saúde deve em um primeiro momento criar um vínculo de confiança com o idoso, para que o mesmo sinta-se à vontade para relatar dificuldades e aceitar as orientações que, porventura, se façam necessárias.

O problema cardíaco foi a única DCNT que apresentou associação com a capacidade funcional para as ABVD, apesar de na literatura estar descrita a relação com outras DCNT como a hipertensão arterial e a diabetes melito¹⁸. As modificações que ocorrem no aparelho circulatório dos idosos em virtude do processo de envelhecimento facilitam o desenvolvimento de patologias cardiovasculares que podem influenciar no status funcional. Sabe-se da variabilidade de patologias cardíacas que podem acometer os idosos, uma limitação do estudo foi o de não identificar qual

patologia cardíaca o idoso possuía¹⁹. Ter uma doença cardíaca pode influenciar diretamente a realização de atividades simples do cotidiano, como vestir-se e se transferir de um local a outro, dependendo do grau de comprometimento cardiovascular.

A hipertensão arterial foi a DCNT mais prevalente entre os idosos quando classificados nos três níveis de capacidade funcional para as ABVD, sendo a prevalência maior entre os dependentes. Supõe-se que as doenças não influenciaram no desfecho capacidade funcional devido ao fato de estarem em estágios que ainda não interferem nesta, o que ratifica a importância da atuação dos profissionais de saúde no controle das mesmas, principalmente em relação às mudanças de hábitos.

Em relação à prevalência de capacidade funcional para as AIVD, no presente estudo obteve-se que mais de 50% dos idosos eram independentes, diferente do achado em um estudo realizado em Goiânia²⁰, no qual 58,1% (61) apresentaram algum grau de dependência. No interior da Bahia¹⁵, os idosos que também apresentaram maior dependência para as AIVD 65,3% (98) eram dependentes. As atividades instrumentais exigem maior desenvolvimento da parte cognitiva, maior desenvoltura nas relações sociais e capacidade em lidar com adversidades, o que é influenciado pelo grau de escolaridade. Desse modo, supõe-se que a escolaridade, por apresentar um valor de *p* significativo, tenha sido um dos fatores de maior influência na capacidade funcional na atual pesquisa.

A população estudada manteve sua independência para as AIVD, principalmente em relação à ingestão de medicamentos e no preparo de suas refeições. É relevante saber dessas potencialidades dos idosos para que a realização dessas atividades seja estimulada. O profissional de saúde pode facilitar a manutenção da terapia medicamentosa por meio de recursos didáticos, adaptando-os de acordo com as condições de compreensão do idoso, e o orientando quanto à dosagem e frequência. Quanto à alimentação, é importante destacar que o idoso ao ser independente para preparar suas próprias refeições, torna-se o autor de suas escolhas alimentares. Destaca-se a capacidade para ir a locais distantes como a atividade que apresentou maior prevalência de necessidade de ajuda, dados que vão ao encontro de um estudo⁵ realizado na zona urbana, em que cerca de 43% dos idosos apresentou dificuldade para utilizar o meio de transporte. Esses dados demonstram que o fato dos idosos da atual pesquisa morarem

na zona rural não dificultou o acesso dos mesmos a outros lugares.

A necessidade de ajuda no manejo das finanças foi a atividade mais prevalente entre os idosos pesquisados, o que difere de pesquisa realizada com os idosos urbanos da mesma região, em que apenas 11,8% (70)⁵ apresentaram alguma dificuldade nessa atividade. Assim, pode-se inferir que o fato de residirem na zona rural e de, teoricamente, terem menor contato com as questões tecnológicas, os idosos sentem-se mais inseguros para realizar atividades ligadas às questões financeiras, mesmo que em ambos os estudos os anos de escolaridade tenham sido semelhantes.

A idade, a renda e a escolaridade foram fatores que influenciaram na capacidade funcional dos indivíduos nas AIVD, assim como no estudo realizado com idosos urbanos⁵. Este fato reforça que idosos mais velhos, com renda mais baixa e nível de escolaridade menor são os mais vulneráveis à perda da capacidade funcional, pois, quanto menos estudos e menos recursos financeiros, mais tendem a se isolar do restante do mundo. Deve-se considerar primeiro as dificuldades de compreensão e a distância dos grandes centros. Desse modo, essa parcela populacional necessita de assistência direta, não apenas por parte dos profissionais especificamente de saúde, visto que a capacidade funcional envolve outras dimensões, como a questão social e educacional.

A osteoporose, que caracteriza-se por ser um distúrbio metabólico do osso, resultante da perda de conteúdo mineral e da deterioração da microarquitetura, o que acarreta em fragilidade²¹, foi a única DCNT que apresentou significância com o desfecho, embora a hipertensão arterial, o reumatismo e os problemas de visão tenham sido as doenças mais prevalentes nos três grupos de classificação da capacidade funcional. A presença de osteoporose pode influenciar diretamente o desenvolvimento de limitações para ações que exijam maior desenvoltura corporal, como, por exemplo, realizar compras e deslocar-se a locais mais distantes.

O estudo apresentou como limitação a exclusão de duas áreas da zona rural em virtude das mesmas não contarem com a ESE, o que dificultaria consideravelmente o acesso aos idosos, visto que a pesquisa não contou com financiamento, o que inviabilizou a realização de um censo. Porém, destaca-se que o grande diferencial desta pesquisa foi a avaliação de uma parcela populacional diferente da urbana. Tratam-se de idosos que nasceram e viveram em um contexto rural, o qual os expõe a diferentes fatores de risco e,

principalmente, aos de proteção, e que torna inconcebível traçar estratégias de prevenção fundamentado em estudos na zona urbana.

Conclusão

O presente estudo conclui que os idosos, na maioria, são do sexo feminino, na faixa etária de 60-69 anos, apresentaram a média de quatro anos de estudo, renda de um a dois salários mínimo, vivem com seus companheiros, são aposen-

tados e ainda exercem alguma atividade laboral. Os idosos pesquisados apresentaram capacidade funcional para as atividades da vida diária, tanto básicas quanto instrumentais. As variáveis independentes idade, renda e escolaridade influenciaram positivamente na manutenção do *status* funcional. Espera-se que os resultados e a iniciativa em estudar os idosos residentes na zona rural sirvam de estímulo a futuras pesquisas que venham a contribuir para a manutenção da capacidade funcional dessa população, pois a maioria dos estudos focalizam os urbanos.

Colaboradores

AH Pinto realizou a construção do artigo, análise de dados e revisão. Autora principal de artigo proveniente da dissertação de mestrado. C Lange Orientadora da dissertação, auxiliando na construção e revisão do artigo. CA Pastore Coorientadora, auxiliou na análise dos dados e na construção do artigo. PMP de Llano Auxiliou na análise dos dados e revisão do texto, contribuindo na fundamentação do artigo. DP Castro e F dos Santos auxiliaram na coleta de dados e revisão do artigo.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade Brasil (RS). 2010 [acessado 2013 dez 17] Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/websevice/frm_piramide.php?codigo=431440&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbc
2. 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; 8(23):1924-1930.
3. Aires M, Paskulin LM, Moraes EP. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo entre três regiões do rio Grande do Sul. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(1):11-17.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: MS; 2006. Cadernos de Atenção Básica nº 19.
5. Del Duca GF, Silva MC, Halall PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saude Publica* 2009; 43(5):796-805.
6. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9(3):179-186.
7. Inouke K, Pedrazzani ES, Pavarini SCL. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto & contexto enfermagem / UFSC* 2008; 17(2):350-357.
8. Rigo II, Paskulin LMG, Moraes EP. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do rio grande do sul. *Rev Gaucha Enferm* 2010; 21(2):245-261.
9. Tavares DM, Gávea Júnior SA, Dias FA, Santos NM, Oliveira B. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. *Rev Rene* 2011; 12(Esp):895-903.
10. Ando NM, Targa LV, Almeida A, Silva DHS, Barros EF, Schwalm FD, Savassi LCM, Breunig M, Lima MC, Amaral R, Horta TCG. Declaração de Brasília. O conceito de rural e o cuidado à saúde. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade* 2011; 6(19):142-144.
11. Katz S, Akpom CA. A measure of primary sociobiological functions. *Int J Health Serv* 1976; 6(3):493-508.
12. Brasil. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humano. *Diário oficial da União* 2012; 12 dez.
13. Programa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). 2010 [acessado 2015 fev 10] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149
14. Teixeira RC. Zona Rural de Pelotas: Desenvolvimento para o Turismo. *CVT* 2004; 4(3):1-13.
15. Torres, GV, Reis LAR, Reis LAR. Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 2010; 68(1):39-43.
16. Consorte JG. Culturalismo e educação nos anos 50: O desafio da diversidade. *Cad CEDES* [periódico da Internet]. 1997 [acessado 2015 jan 11];18(43). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32621997000200003>
17. Lima CRR. Ruralidade: o debate sobre o velho e o novo no meio rural. XIII Congresso Brasileiro de Sociologia; 2007; Recife, Brasil. [acessado 2010 fev 1]. Disponível em: http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=48&Itemid=171
18. Santos Júnior EB, Oliveira LPAB, Silva RAR. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. *R pesq cuid fundam online* 2014; 6(2):516-524.
19. Wajngarten M. O coração no idoso. *Jornal Diagnósticos em Cardiologia* 2010;13(43):1-9.
20. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO-Brasil). *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2872-2898.
21. Porto CC. *Vadecum de Clínica Médica*. Rio de Janeiro: Porto; 2014.

Artigo apresentado em 01/07/2015

Aprovado em 01/02/2016

Versão final apresentada em 03/02/2016

