

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2017v3n4p310-3>

CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM BAIRRO DE TERESINA – PI

FUNCTIONAL CAPACITY OF ELDERLY PEOPLE ASSISTED BY THE FAMILY'S HEALTH STRATEGY IN A DISTRICT OF TERESINA

FERNANDA NOGUEIRA BARBOSA LOPES

Fisioterapeuta; Residente em Saúde da Família e Comunidade – Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

E-mail: fernandanbl@hotmail.com

INGRID TAJRA

Fisioterapeuta; Especialista em Saúde Pública – Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP); Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

E-mail: ingridtajra@yahoo.com.br

LILIAN MELO DE MIRANDA FORTALEZA

Fisioterapeuta; Mestre em Ciências e Saúde – Universidade Federal do Piauí (UFPI); Professora Efetiva da Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

E-mail: lmmfortaleza@yahoo.com.br

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a capacidade funcional e analisar as características associadas à incapacidade dos idosos atendidos em uma equipe da Estratégia Saúde da Família em Teresina (PI). **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa. Para a avaliação das atividades básicas e instrumentais da vida diária foram empregados o índice de Katz e a escala de Lawton, respectivamente. Os dados coletados foram distribuídos e analisados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences, versão 21.0. Realizou-se análise descritiva dos dados com os valores apresentados em frequências absolutas e porcentagens. Para associar o desfecho com os dados clínicos, sociodemográficos e econômicos, foi utilizado o Teste Exato de Fischer. Consideraram-se os valores de $p < 0,05$ como significativos. O projeto recebeu anuência da Fundação Municipal de Saúde de

Teresina e foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí, conforme parecer nº 1.991.901. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 37 idosos cuja idade variou de 60-92 anos, média 72,2 anos (DP $\pm 7,4$). Destes, 73% foram considerados independentes quanto à capacidade funcional para atividades diárias e 75,7% classificados como dependentes para atividades instrumentais. A independência para atividades básicas foi associada à faixa etária ($p=0,003$), assim idosos de 60-70 apresentam-se mais independentes. Idosos com idade ≥ 71 anos ($p=0,035$); do sexo feminino ($p=0,023$) e; idosos casados ou viúvos ($p=0,013$) apresentam-se maior dependência para atividades instrumentais. Não houve associação da capacidade funcional, para atividades básicas ou instrumentais da vida diária, com a presença de doenças crônicas não transmissíveis ($p > 0,05$).

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Saúde do Idoso; Idoso com Deficiência Funcional; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the functional capacity and analyze the characteristics associated to the incapacity of elderly people assisted in a team of the Family's Health Strategy in Teresina (PI). **METHODS:** This is a cross-sectional, descriptive, quantitative study. For the evaluation of basic and instrumental activities of daily living, the Katz index and the Lawton scale were used, respectively. The collected data were distributed and analyzed in the statistical program Statistical Package for the Social Sciences, version 21.0. A descriptive analysis of the data was performed with the values presented in absolute frequencies and percentages. The Fischer Exact Test was used to associate the outcome with the clinical, sociodemographic and economic data. Values of $p < 0.05$ were considered significant. The project was approved by the Municipal Health Foundation of Teresina and was submitted to and approved by the Research Ethics Committee of the Piauí State University, according to opinion nº 1,991,901. **RESULTS:** A total of 37 elderly people aged 60-92 years, mean age 72.2 years ($SD \pm 7.4$) were interviewed. Of these, 73% were considered independent regarding functional capacity for daily activities and 75.7% classified as dependent for instrumental activities. Independence for basic activities was associated with the age group ($p = 0.003$), so the elderly of 60-70 were more independent. Elderly patients aged ≥ 71 years ($p = 0.035$); female ($p = 0.023$) and; aged or widowed ($p = 0.013$) showed greater dependence on instrumental activities. There was no association of functional capacity for basic or instrumental activities of daily living, with the presence of chronic noncommunicable diseases ($p > 0.05$).

KEYWORDS: Aged; Health of the Elderly; Elderly with Functional Deficiency; Collective Health.

INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta acelerado processo de envelhecimento, com transformações importantes na composição etária de sua população.¹ Dados do censo de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,² apontaram que 10,8% da população brasileira tem idade ≥ 60 anos, desses, 55,5% são mulheres e 44,5% são homens. Este foi o grupo etário que mais cresceu na última década.¹

O processo de transição demográfica acontece de forma rápida, sem tempo suficiente para reorganização e adequação social e dos serviços de saúde, sendo atualmente considerado um dos maiores desafios de Saúde Pública no Brasil.³ Concomitantemente à essas mudanças, temos as modificações no perfil de morbidade e mortalidade da população, bem como o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis.⁴

Tais patologias podem causar transtornos físicos e/ou mentais que irão repercutir diretamente no declínio da capacidade funcional destes indivíduos.^{1,5} Portanto, torna-se imprescindível, a avaliação da capacidade funcional de idosos, complementando o diagnóstico clínico e fornecendo auxílio na tomada de decisões em relação a possíveis intervenções e monitorização dos mesmos.⁶

A Capacidade Funcional (CF) é uma medida de funcionalidade global, que indica a habilidade que o indivíduo tem para realização de atividades que permitam cuidar de si próprio e viver independentemente.⁷ Entre estas habilidades compreendem as atividades básicas da vida diária (ABVDs) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) como: tomar banho, alimentar-se, vestir-se, manter a continência, realizar higiene pessoal, preparar refeições, tomar remédios, controle financeiro, usar telefone, caminhar uma certa distância, entre outras.⁸

A manutenção e a preservação da capacidade para desempenhar as ABVDs e as AIVDs são pontos básicos para prolongar o maior tempo possível a independência, com isso o idoso mantém a sua capacidade funcional, porém, a cada ano, cerca de 10% da população acima dos 75 anos perde a independência em uma ou mais AVDs.⁷

Neste contexto, é necessário que as equipes de saúde da família, bem como todos os profissionais atuantes na atenção primária, conheçam o a capacidade funcional da população idosa do seu território, afim de planejar e implementar ações de prevenção e promoção do envelhecimento ativo, saudável e autônomo.^{1,9} Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a capacidade funcional, e analisar as características associadas à

incapacidade dos idosos atendidos acompanhados por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Teresina (PI).

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa com idosos (≥ 60 anos) atendidos em uma equipe da ESF de Teresina (PI). Elegeu-se esta unidade de saúde por ser campo de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí. A escolha da equipe pesquisada deu-se através de amostragem aleatória simples.

A E.S.F. em Teresina, atende aproximadamente 86% da população urbana e rural, atendendo no total 720.785 indivíduos, destes, 65.153 são idosos que residem na zona urbana e 15.613 domiciliados na zona rural, sendo 240 equipes para atender a população da zona urbana.^{10,11} A amostra foi calculada a partir da divisão do quantitativo de idosos (65.153 habitantes) pela quantidade de equipes de saúde da família (240), ambos da zona urbana de Teresina, resultando em aproximadamente 292 indivíduos idosos por equipe. Considerando a prevalência (30-40%) de capacidade funcional (dependência para ABVDs e/ou AIVDs) e nível de confiança de 95%, o tamanho da amostra foi estimado no intervalo entre 154 e 164 indivíduos respectivamente.

Foram adotados como critérios de inclusão: ≥ 60 anos; ser cadastrado na equipe da E.S.F. selecionada; estar mentalmente competente; e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2017, em sua maioria no domicílio do pesquisado. As visitas eram pré-agendadas pelo agente comunitário de saúde e sempre aconteciam na presença do mesmo, no intuito de facilitar a abordagem pesquisador-pesquisado. A coleta de dados também aconteceu durante as reuniões mensais do grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) da equipe pesquisada. Foram realizadas 41 entrevistas por três profissionais de saúde que foram submetidos à capacitação prévia pelo pesquisador-coordenador. Cada entrevista teve duração média de 20 minutos.

Inicialmente todos os sujeitos pesquisados foram submetidos a avaliação cognitiva através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)¹² para classificação em mentalmente incompetente ou mentalmente competente como critério de inclusão na pesquisa. O MEEM foi validado no Brasil por Bertolucci et al.¹³ e adaptado com pontos de corte ajustados de acordo com o nível educacional por Brucki et al.¹⁴ a saber: ≤ 20 pontos para analfabetos, ≤ 25 pontos para idosos com 1-4 anos de estudo, $\leq 26,5$ pontos para idosos com 5-8 anos de estudo, ≤ 28 pontos para aqueles com 9-11 anos

de estudo e ≤ 29 pontos para aqueles < 11 anos de estudo.

A caracterização sociodemográfica e questões referentes às condições de saúde, foram realizadas através do roteiro estruturado na forma de entrevista, elaborado pelos pesquisadores. O roteiro incluiu as seguintes variáveis independentes: idade, sexo, renda familiar (em salários mínimos), escolaridade, situação conjugal, moradia própria, prática regular de atividade física, participação em grupos sociais e doenças crônicas autorreferidas.

A capacidade funcional dos idosos para ABVDs foi avaliada por meio do Índice de Katz,¹⁵ validado por Lino et al.¹⁶ o qual avalia a capacidade para seis atividades básicas: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cadeira para cama e vice-versa, controlar esfíncteres e alimentar-se. Os indivíduos foram classificados da seguinte forma: independentes nas seis funções; independentes em cinco funções e dependente em uma função; independentes em quatro funções e dependente em duas funções; independentes em três funções e dependente em três funções; independentes em duas funções e dependente em quatro funções; independentes em uma função e dependente em cinco funções e dependentes em todas as funções.¹⁵

Já para a capacidade funcional para AIVDs, utilizou-se a escala de Lawton e Brody,¹⁷ validada para a população brasileira por Santos e Virtuoso Júnior,¹⁸ que avalia as tarefas: usar telefone, fazer compras, preparar alimentação, tarefas domésticas, usar transportes, usar medicamentos e gerir o dinheiro. Neste estudo, adotou-se a seguinte classificação:¹⁷ independência (21 pontos), dependência parcial (≤ 5 e > 21 pontos) e dependência total (> 5 pontos).

Utilizou-se o programa estatístico IBM SPSS®, *Statistical Package for the Social Science*, versão 21.0 para estruturação do banco de dados e realização da análise estatística. Foi realizada a análise descritiva dos dados com os valores apresentados em frequências absolutas e porcentagens. Para verificar a associação entre as variáveis estudadas, aplicaram-se o Teste Exato de Fischer, considerando como nível de significância valor de $p < 0,05$. A estimativa de efeito foi avaliada pelo cálculo da razão de prevalência, com intervalo de confiança de 95%.

O projeto recebeu anuência da Fundação Municipal de Saúde de Teresina e em seguida foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí, conforme parecer nº 1.991.901. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo

com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde,¹⁹ relativa à pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Foram pesquisados 41 idosos, destes, 4 (9,75%) foram considerados mentalmente incompetentes para responder ao instrumento de pesquisa, desta forma, 37 (90,25%) participaram desta pesquisa. Em virtude do tempo limitado em cronograma para coleta de dados, da pouca disponibilidade de alguns agentes comunitários de saúde para acompanhar os pesquisadores nos domicílios dos pesquisados, a amostra estipulada não foi atingida.

A idade dos participantes variou de 60 a 92 anos, sendo a média 72,2 anos (DP $\pm 7,4$). Os idosos pesquisados eram predominantemente do sexo feminino (75,7%) e (48,6%) de faixa etária entre 60-70 anos; mais da metade (51,4%) eram casados ou viviam em união estável. A maioria deles, (37,8%) tinham apenas 1-4 anos de escolaridade; 56,8% afirmaram ter renda mensal de 1-3 salários mínimos, sendo a aposentadoria a principal fonte de renda de 56,8% dos entrevistados. A maior parte (78,4%) relataram não frequentar grupo destinado a pessoas idosas e 94,6% possuíam moradia própria (Tabela 1).

Relativo às patologias autorreferidas, 94,6% idosos alegaram sofrer de pelo menos uma morbidade. Entre as ocorrências de maior frequência a hipertensão arterial sistêmica foi referida por 89,2% dos idosos, seguida por problemas osteoarticulares, 59,5%. A grande maioria dos pesquisados, 83,8%, afirmou não realizar atividade física (Tabela 2).

Para classificar os idosos quanto ao comportamento da capacidade funcional, foi considerado independente o idoso com pontuação máxima em ambas escalas de avaliação para ABVDs e AIVDs, tendo sido encontrados 73% e 24,3%, respectivamente, nesta condição (Tabela 3).

As frequências das variáveis independentes sexo, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, moradia própria, prática de atividade física, participação em grupo de idosos e relato de queda não apresentaram associação com o desfecho incapacidade para ABVDs. Porém, os idosos entre 60-80 anos apresentaram menor frequência ($p=0,003$) com o desfecho (Tabela 4).

Ao realizar a comparação das mesmas frequências com o desfecho para AIVDs (Tabela 5), verificou-se associação significativa com as variáveis idade, sexo e situação conjugal. Nesta análise, os idosos com idade ≥ 71 anos apresentaram maior frequência ($p=0,035$) do

desfecho. Em mesma análise, constatou-se que 55,6% dos homens e 85,7% das mulheres apresentaram incapacidade para AIVDs. Essa diferença foi significativa ($p=0,023$).

A situação conjugal também aparece com diferença significativa ($p=0,013$). Dentre os idosos casados pesquisados, 68,4% apresentaram incapacidade, dentre os viúvos esse número chegou a 93,8%. Situação inversa quando comparamos com idosos solteiros, separados ou divorciados em que, 100% destes foram classificados independentes (Tabela 5).

Ao associarmos a capacidade funcional para ABVD's e AIVD'S, determinadas pelos índices de Katz¹⁵ e Lawton e Brody,¹⁷ respectivamente, com as condições de saúde e presença de doenças crônicas autorreferidas pelos entrevistados, constatou-se que não houve associação ($p>0,05$).

DISCUSSÃO

As escalas de avaliação de Katz¹⁵ e de Lawton e Brody¹⁷ têm sido amplamente utilizadas em estudos desta natureza. No entanto, a comparação das prevalências de incapacidade funcional ABVD's e AIVD's em diferentes estudos são prejudicadas. Isto acontece devido à falta de padronização dos instrumentos utilizados, bem como a utilização de diferentes pontos de corte para o desfecho, dificultando a interpretação e comparação dos achados.^{3,20,21}

O presente estudo permitiu avaliar a capacidade funcional dos idosos adscritos em uma equipe de saúde da família de Teresina (PI). O perfil socioeconômico e demográfico dos idosos pesquisados, são semelhantes aos já descritos em estudos realizados nas diferentes regiões do Brasil, a saber: Montes Claros¹ (MG), Goiânia²⁰ (GO), Guarapuava²² (PR), João Pessoa²³ (PB), Pelotas²¹ (RS) e Porto Alegre³ (RS).

Em estudo semelhante a este, realizado em três unidades básicas de saúde de Teresina,²⁴ também se observou o predomínio do sexo feminino (64,4%) e média de idade 71 (DP±8,2), semelhante à esta pesquisa. O fenômeno da feminização na velhice evidenciado nestes estudos, podem estar relacionados à maior longevidade das mulheres em relação aos homens,²² além de ser um reflexo da composição demográfica dos idosos com maior expectativa de vida²⁴ e da menor exposição a determinados fatores de risco do que os indivíduos do sexo masculino.²³

A baixa renda dos idosos deste estudo, corrobora com os dados do Brasil,²⁵ em 2014, 19,7% das pessoas residentes em domicílios brasileiros, tinham rendimento familiar *per capita* inferior a meio salário mínimo. A aposentadoria ou pensão (66,4%) foi a principal fonte de renda entre pessoas ≥60 anos.

Apesar de grande parte dos idosos deste estudo possuírem baixa renda, a maioria tem moradia própria, fato que pode estar relacionado ao surgimento do bairro em meados de 1966, quando a prefeitura de Teresina adquiriu a área da Polícia Militar, loteou-a e reservou para a construção do conjunto Monte Castelo, destinado a combatentes da antiga Força Expedicionária Brasileira.

Quanto a escolaridade, um estudo epidemiológico no Brasil,²⁵ em 2014, 27,3% dos idosos tinham menos de 1 ano de estudo. Este comportamento reflete as dificuldades de acesso à educação há décadas atrás, ao compararmos com a atualidade, principalmente para as mulheres.²² Essas observações podem justificar a grande incidência de idosos não alfabetizados ou com baixos níveis de escolaridade, encontrada no presente estudo.²³

Embora esta pesquisa não tenha encontrado associação da baixa escolaridade e baixa renda com maior possibilidade deste indivíduo reportar incapacidade funcional, outros estudos^{24, 26} demonstraram tal associação. A escolaridade e condição socioeconômica são importantes indicadores,²⁶ uma vez que, seus baixos níveis, podem restringir a busca e acesso à serviços de saúde e conseqüente maior declínio funcional desta população.²⁴

No que concerne à participação sociais, a maioria dos idosos pesquisados relata não participar e nenhum grupo/centro de convivência. A busca por um envelhecimento autônomo e saudável está relacionada com participação da pessoa idosa em movimentos sociais (religiosos, culturais, espirituais).^{23, 26} Nestes espaços, são vivenciados momentos de lazer, cultura, cidadania e estímulo para autonomia com a manutenção da capacidade funcional por maior período possível.²⁷

Um dos desafios a serem enfrentados no processo do envelhecimento é a presença das doenças crônicas não transmissíveis. Atualmente, estas são responsáveis por mais de 70% das causas de morte no Brasil.²⁸ As doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, entres outras, causam número significativo de óbitos antes dos 70 anos de idade, perda de qualidade de vida, constituindo um fator de risco para incapacidade funcional de idosos.^{1, 20} Nesta pesquisa 89,2% dos entrevistados autodeclararam-se hipertensos e 29,7% diabéticos, este número elevado pode estar relacionado à coleta de dados também ter acontecido no grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) da equipe pesquisada.

Entre os sujeitos pesquisados, 83,8% afirmaram não praticar atividade física, esta é uma característica marcante da velhice em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento,

sobretudo na região nordeste do Brasil, onde a imagem do idoso ainda é vista como ser frágil e dependente.²⁹ O grande quantitativo de idosos sedentários apresentado neste estudo, também, pode estar associado à reduzida oferta de serviços públicos naquele território, destinados à esta população, voltados à promoção de práticas corporais.

Assim como a pesquisa de Pereira et al.,²⁴ esta pesquisa não encontrou associação significativa entre a prática de atividade física e a capacidade funcional para atividades da vida diária e instrumental de idosos. Já outros estudos,^{21, 30} mostram que idosos ativos apresentaram bons níveis de autonomia e menor declínio funcional, quando comparados aos idosos sedentários.

Observou-se maior prevalência de dependência funcional em AIVD do que em ABVD, principalmente nos idosos com faixa etária mais elevada.^{1, 3, 20, 24} O avançar da idade cronológica, aliado ao processo de envelhecimento, causam declínio da função de sistemas orgânicos e provável restrição funcional, havendo uma tendência de, com o aumentar da idade, elevarem-se as chances de incapacidade funcional. Além disso, a realizações das AIVDs, hierarquicamente, exigem maior integridade cognitiva e física, sendo as primeiras a serem afetadas.^{1, 24, 26}

Embora as mulheres sejam mais longevas, a limitação funcional para AIVDs é maior para mulheres do que para os homens.^{1, 28} Tal associação provavelmente deve-se ao fato de maior expectativa de vida em mulheres, e, conseqüentemente, maior risco de desenvolverem doenças crônicas, impactando em sua capacidade funcional.²⁰ Em relação aos grupos etários, verificou-se que, quanto mais elevado, maior a proporção de pessoas com tais limitações, variando de 6,4%, para aquelas de 60 a 64 anos, a 39,2%, para as de 75 anos ou mais de idade.²⁸

A incapacidade funcional para AIVD é maior entre pessoas idosas casadas/união estável ou viúvos, comparados aos solteiros, separados ou divorciados. Este achado, diverge da maioria das pesquisas,^{1, 31} que encontraram maior incapacidade para ABVD e AIVD em idosos solteiros, viúvos e divorciados. Em outro estudo,³ o estado civil apresentou significância somente para AIVD, indicando que os idosos que não tinham companheiro eram mais dependentes nestas atividades que os casados.

Os resultados desta pesquisa devem ser considerados à luz de algumas limitações. O processo amostral incluiu somente idosos de uma equipe de saúde da família, não sendo, assim uma amostra representativa do município de Teresina, além dos percalços e tempo reduzido para coleta de dados,

comprometendo o quantitativo amostral. O conjunto de instrumentos de avaliação utilizados prevê a participação dos sujeitos de forma ativa de forma que, idosos com dificuldades de comunicação e deficiência visual, não podem ser avaliados no conjunto com essas escalas.

O delineamento metodológico transversal, o qual impossibilita verificar a temporalidade das associações encontradas. Sugere-se a realização de pesquisas com outros desenhos metodológicos a fim de conhecer a capacidade funcional de idosos de diferentes características socioeconômicas. A realização de estudos de coorte também é importante, tendo em vista que há poucos estudos longitudinais sobre este tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior proporção da população pesquisada neste estudo foi considerada independente para a realização de AIVDs. Após aplicação de teste estatístico específico, verificou-se que a incapacidade funcional para ABVDs esteve associada a idade; e, para as AIVDs, as variáveis idade, sexo e situação conjugal. A prática de atividade física, participação em grupos sociais e a presença de doenças crônicas não estiveram associadas ao desfecho.

A confirmação do envelhecimento humano como um processo multifatorial, natural, irreversível e de crescimento exponencial nos países em desenvolvimento, reforça a necessidade da avaliação do grau de capacidade funcional de idosos. Este, consiste em importante preditor de mortalidade nesta

população, sendo, portanto, essencial para diagnóstico e planejamento de ações das equipes de saúde da família, bem como para guiar as políticas públicas de atenção à saúde e as políticas sociais voltadas a este segmento populacional.

REFERÊNCIAS

- ¹Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(8): 3317-3325.
- ²Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico de 2010. [Internet] 2011. [citado 01 set 2016] Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>
- ³Pereira GN, Bastos GAN, Del Duca GF, Bós AJG. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (11): 2035-2042.
- ⁴Ramos LR. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. *BIS Bol Inst Saúde*. 2009; (47): 40-41.
- ⁵Lopes MVO, Araújo MFM, Moraes GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza - Ceará. *Acta paul enferm*. 2006; 19(2):201-206.
- ⁶Albuquerque AG, Oliveira GSM, Silva VL, Nascimento CB. Capacidade funcional e linguagem de idosos não-participantes e participantes de grupos de intervenção multidisciplinar na atenção primária à saúde. *Rev CEFAC*. 2012; 14(5): 952-962.
- ⁷Camara FM, Gerez AG, Miranda MLJ, Velardi M. Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *Acta Fisiátrica*. 2008; 15(4):249-256.
- ⁸Guimarães LHCT, Galdino DCA, Martins FLM, Abreu SR, Lima M, Vitorino DFM. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Rev Neurociências*. 2004; 12(3):130-133.
- ⁹Araújo LAO, Bachion MM. Programa Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. *Rev bras enferm*. 2004; 57(5): 586-590.
- ¹⁰Sistema de Informação da Atenção Básica. População cadastrada na atenção básica – Teresina (PI). [Internet] 2012. [citado 02 set 2016] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>
- ¹¹Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Senso 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- ¹²Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12(3):189-198.
- ¹³Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1994; 52(1): 01-07.
- ¹⁴Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61(3B):777-781.
- ¹⁵Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185(12):914-919.
- ¹⁶Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):103-112.
- ¹⁷Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9:179-186.
- ¹⁸Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2008; 21(4): 290-296.
- ¹⁹Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº466, de 12 de dezembro de 2012. Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União*, 2013; 12 dez.

²⁰Nunes 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). *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15(6): 2887-2898.

²¹Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(5): 796-805.

²²Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(5): 1230-1238.

²³Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto contexto - enferm*. 2012; 21(3):513-518.

²⁴Pereira LC, Figueiredo MLF, Beleza CMF, Andrade EMLR, Silva MJ, Pereira AFM. Predictors for the functional incapacity of the elderly in primary health care. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70 (1):106-112.

²⁵Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

²⁶Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Souza RA. Perfil social e funcional de idosos assistidos pela estratégia da saúde da família. *Cogitare enferm*. 2011; 16(3): 478-485.

²⁷Wichmann FMA, Couto NA, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013; 16(4):821-832.

²⁸Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (BR), Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

²⁹Cordeiro J, Del Castillo BL, Freitas CS, Gonçalves MP. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2014; 17(3):541-552.

³⁰Borges MRD, Moreira AK. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. *Motriz* 2009; 15(3):562-573.

³¹Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Fernández-Arruty T, Maseda A. 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 Gerontol Geriatr*. 2010; 50(3):306-310.

TABELAS

Tabela 1: Variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos atendidos por uma equipe de Saúde da Família em um bairro de Teresina (PI), 2017 (n=37).

		n	%
Faixa etária	60 - 70 Anos	18	48,6
	71 - 80 Anos	14	37,8
	>80 anos	5	13,5
Sexo	Feminino	28	75,7
	Masculino	9	24,3
Situação Conjugal	Solteiro	1	2,7
	Casado/União Estável	19	51,4
	Viúvo	16	43,2
	Divorciado/Separado	1	2,7
Escolaridade	Analfabeto	9	24,3
	1 - 4 anos	14	37,8
	5 - 8 anos	8	21,6
	9 - 11 anos	6	16,2
Recurso Financeiro	Salário	1	2,7

	Aposentadoria	21	56,8
	Pensão	7	18,9
	Atividade informal	1	2,7
	Sem rendimento	1	2,7
	Salário e aposentadoria	1	2,7
	Salário e pensão	1	2,7
	Aposentadoria e pensão	4	10,8
Renda Familiar	< 1 SM*	2	5,4
	1 SM*	8	21,6
	1-3 SM*	21	56,8
	3-5 SM*	4	10,8
	≥5 SM*	2	5,4
Grupo de idosos	Sim	8	21,6
	Não	29	78,4
Moradia Própria	Sim	35	94,6
	Não	2	5,4
	Total	37	100,0

*(SM) salário mínimo vigente: R\$ 937,00.

Tabela 2: Frequência e porcentagem do histórico clínico de idosos assistidos por uma equipe da ESF em um bairro de Teresina (PI) 2017. (n=37)

		n	%
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Sim	35	94,6
	Não	2	5,4
Hipertensão Arterial Sistêmica	Sim	33	89,2
	Não	4	10,8
Diabetes Mellitus	Sim	11	29,7
	Não	26	70,3
Doenças do Sistema Respiratório	Sim	2	5,4
	Não	35	94,6
Outras doenças cardiovasculares	Sim	8	21,6
	Não	29	78,4
Câncer	Sim	1	2,7
	Não	36	97,3
Tireoideopatias	Sim	8	21,6
	Não	29	78,4
Acidente Vascular Encefálico	Sim	0	0,0
	Não	37	100,0
Distúrbios Osteoarticulares	Sim	22	59,5
	Não	15	40,5
Outras	Sim	4	10,8
	Não	33	89,2
Prática de atividade física	Sim	6	16,2
	Não	31	83,8
	Total	37	100,0

Tabela 3: Frequência e porcentagem das escalas aplicadas aos idosos atendidos por uma equipe de Saúde da Família em um bairro de Teresina (PI), 2017 (n=37).

		n	%
Capacidade Funcional para ABVD's	Independência em 6 funções	27	73,0
	Independência em 5 funções/ Dependência em 1	9	24,3
	Independência em 4 funções/ Dependência em 2	1	2,7
Capacidade Funcional para AIVD's	Dependência em pelo menos uma função	28	75,7
	Independência	9	24,3
Total		37	100,0

Tabela 4: Associação da capacidade funcional para atividades básicas da vida diária com as variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos atendidos por uma equipe de Saúde da Família em um bairro de Teresina (PI), 2017 (n=37).

		Atividades Básicas da Vida Diária			Valor de p
		Independência 6 funções	Independência 5 funções	Independência 4 funções	
Idade	60-70 anos	17 94,4%	1 5,6%	0 0,0%	0,003**
	71-80 anos	9 64,3%	4 28,6%	1 7,1%	
	>80 anos	1 20,0%	4 80,0%	0 0,0%	
Sexo	Feminino	20 71,4%	7 25,0%	1 3,6%	1,000*
	Masculino	7 77,8%	2 22,2%	0 0,0%	
Conjugal	Solteiro	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0,602*
	Casado /União Estável	15 78,9%	3 15,8%	1 5,3%	
	Viúvo	10 62,5%	6 37,5%	0 0,0%	
	Divorciado /Separado	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	
Escolaridade	Analfabeto	7 77,8%	2 22,2%	0 0,0%	0,536*
	1-4 anos	10 71,4%	4 28,6%	0 0,0%	
	5-8 anos	7 87,5%	1 12,5%	0 0,0%	
	9-11 anos	3 50,0%	2 33,3%	1 16,7%	
Renda familiar	< 1 SM***	2 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0,411*
	1 SM***	6	2	0	

		75,0%	25,0%	0,0%	
	1-3 SM***	15	6	0	
		71,4%	28,6%	0,0%	
	3-5 SM***	3	0	1	
		75,0%	0,0%	25,0%	
	>5 SM***	1	1	0	
		50,0%	50,0%	0,0%	
Moradia própria	Sim	25	9	1	1,000*
		71,4%	25,7%	2,9%	
	Não	2	0	0	
		100,0%	0,0%	0,0%	
Atividade física	Sim	6	0	0	0,416*
		100,0%	0,0%	0,0%	
	Não	21	9	1	
		67,7%	29,0%	3,2%	
Grupo de idosos	Sim	7	1	0	0,724*
		87,5%	12,5%	0,0%	
	Não	20	8	1	
		69,0%	27,6%	3,4%	
Total		27	9	1	
		73,0%	24,3%	2,7%	

*Teste Exato de Fisher **Valor significativo *** (SM) salário mínimo vigente: R\$ 937,00.

Tabela 5: Associação da capacidade funcional em atividades instrumentais da vida diária com as variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos atendidos por uma equipe de Saúde da Família em um bairro de Teresina (PI), 2017 (n=37).

Variáveis		Atividades Instrumentais da Vida Diária		Valor de p
		Dependência parcial	Independência	
Idade	60-70 anos	10 55,6%	8 44,4%	0,035**
	71-80 anos	13 92,9%	1 7,1%	
	>80 anos	5 100,0%	0 0,0%	
Sexo	Feminino	24 85,7%	4 14,3%	0,023**
	Masculino	4 44,4%	5 55,6%	
Situação conjugal	Solteiro	0 0,0%	1 100,0%	0,013**
	Casado/ União Estável	13 68,4%	6 31,6%	
	Viúvo	15 93,8%	1 6,2%	
	Divorciado/ Separado	0 0,0%	1 100,0%	
Escolaridade	Analfabeto	8 88,9%	1 11,1%	0,215*
	1-4 anos	12	2	

		85,7%	14,3%	
	5-8 anos	4	4	
		50,0%	50,0%	
	9-11 anos	4	2	
		66,7%	33,3%	
	< 1 SM***	1	1	0,139*
		50,0%	50,0%	
	1 SM***	8	0	
		100,0%	0,0%	
Renda familiar	1-3 SM***	16	5	
		76,2%	23,8%	
	3-5 SM***	2	2	
		50,0%	50,0%	
	> 5 SM***	1	1	
		50,0%	50,0%	
	Sim	27	8	0,432*
Moradia própria		77,1%	22,9%	
	Não	1	1	
		50,0%	50,0%	
	Sim	4	2	0,620*
Prática de Atividade Física		66,7%	33,3%	
	Não	24	7	
		77,4%	22,6%	
	Sim	6	2	1,000*
Grupo de idosos		75,0%	25,0%	
	Não	22	7	
		75,9%	24,1%	
Total		28	9	
		75,7%	24,3%	

*Teste Exato de Fisher ** Valor Significativo ***(SM) salário mínimo vigente: R\$ 937,00.