

ADRIANO DRUMMOND

FATORES DE INFLUÊNCIA NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS  
ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PARANOÁ - DF

BRASÍLIA, 2012

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ADRIANO DRUMMOND

FATORES DE INFLUÊNCIA NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS  
ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PARANOÁ - DF

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre em Ciências  
da Saúde do Programa de Pós-graduação em  
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves

BRASÍLIA  
2012

ADRIANO DRUMMOND

FATORES DE INFLUÊNCIA NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS  
ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PARANOÁ - DF

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre em Ciências  
da Saúde do Programa de Pós-graduação em  
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves (Presidente)  
Universidade de Brasília

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Fátima de Sousa  
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Emerson Fachin Martins  
Universidade de Brasília

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Valéria Bertonha Machado (Suplente)  
Universidade de Brasília

*Dedico este trabalho à minha família amada,  
fonte eterna de paz e amor, que me deu o  
suporte necessário no momento certo,  
sempre...*

## AGRADECIMENTOS

Sinto-me na obrigação de agradecer a Deus pela oportunidade de conhecer mais um pouco o universo da pesquisa, em particular, acerca do idoso. Além disso, pela condição de paz e luz durante todo o trajeto do Mestrado. Foi fundamental para conseguir me concentrar naquilo que era necessário.

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais (Enio e Graça), por me apoiarem em toda minha vida estudantil, e neste último caminho científico ainda mais! Conseguiram me dar suporte emocional e financeiro para desenvolver esta pesquisa, além de todo o carinho e amor... Essenciais! Aos meus irmãos Alexandre e Debora por serem fonte de expiração por diversas vezes, além do apoio emocional também...

Ao meu orientador Professor Doutor Elioenai Dornelles Alves, que mesmo com a saúde comprometida, se determinou sempre que pôde naquilo que lhe cabia! Paciência é uma virtude que lhe ressalta a personalidade! Todos os encontros foram marcados por novos saberes, tanto acerca da ciência e pesquisa, como no que diz respeito à humildade e humanidade! Obrigado Mestre, de coração!

Ao meu filho Bruno, que sempre tento dividir meu tempo para que possa curtir-lo em contrapartida aos momentos de raciocínio com a Dissertação. Admiro seu carinho e amor por mim, os quais sempre soube demonstrar, mesmo tendo quatro anos de idade! Te amo, meu filho!

À minha ex-esposa Kênia, pessoa que desde o início da minha caminhada me incentivou a alcançar este produto final! Principalmente no início, quando não acreditava que era capaz disso, muito menos em uma instituição tão renomada! Obrigado Kênia! Também me serviu de inspiração por diversas vezes nesta luta!

Aos discentes dos cursos de Enfermagem e Medicina da UnB, e de Fisioterapia do Centro Universitário Unieuro, que me auxiliaram a coletar os dados. Foram fundamentais para que o prazo da pesquisa fosse cumprido! Muitíssimo obrigado!

À equipe de saúde da unidade da quadra 18 do Paranoá, que sempre esteve disposta a ajudar! E ajudaram muito, contribuindo com as informações necessárias da região para que a coleta pudesse ser efetuada, sem isso, seria muito mais difícil

o acesso aos idosos! Além de terem ido a campo comigo coletar dados, com muito carinho: obrigado!

À Professora Doutora Daniela Soares dos Santos por ter me auxiliado em campo e na produção do artigo de revisão.

A todos os meus amigos e namorada, pois foram fundamentais para contrabalancear o peso da produção desta dissertação.

A todo o corpo profissional da Clínica Reativa. Não é apenas um ambiente de trabalho, mas um exemplo de conforto para todos os que a freqüentam! Lá conheci a profissão e continuo aprendendo a ser Fisioterapeuta de forma digna, humana e responsável! Lá também tive a oportunidade de fazer amizades eternas, as quais me auxiliaram a finalizar a pós.

## PRÓLOGO

O presente tema – “Fatores de influência na capacidade funcional de idosos atendidos pelo Programa Saúde da Família no Paranoá - DF” – é fruto, primeiramente, do despertar de um olhar mais amplo do ser humano, influenciado por docentes do programa de pós-graduação em ciências da saúde que, com seus conhecimentos, pesquisas e metodologias de ensino, contribuíram para a reorientação de meus estudos. Advém dessas experiências educativas oportunidades e percepções reais das disciplinas por eles ministradas, que permitem ao educando perceber realmente que as influências sociais na saúde de um indivíduo não podem ser ignoradas.

O resultado desse estímulo são os artigos anexados produzidos durante o programa, e que serviram como fonte de informação para que a discussão pudesse ser desenvolvida melhor. O compromisso de escrevê-los foi fundamental para o crescimento acerca da ciência, além do pessoal.

Como profissional especialista em ortopedia e traumatologia, percebi que não me contentava em desenvolver um projeto que fosse especificamente biomédico, centrado em problemas exclusivamente direcionados a um distúrbio físico do corpo humano. Senti-me completo ao aprender o caminho certo para poder enxergar o homem inserido no contexto social, coletivo, dependente de outras pessoas, de fatores socioeconômicos, políticos e ambientais. A este olhar estaria contemplando a visão da integralidade preconizada na carta constitucional, no capítulo referente à saúde como direito a todo o cidadão brasileiro.

Todos estes fatores podem ser discutidos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, porém, o que me chamou a atenção foi a criação do Programa Saúde da Família - PSF. Tal programa do Governo apresenta uma proposta que tenta analisar o ambiente onde o usuário vive para se estabelecer uma comunicação diferenciada com a população, para uma promoção de saúde no seu aspecto mais amplo, autonomia dos sujeitos e, sobretudo, qualidade de vida.

Mas o que me provocou a associar o idoso ao estudo foi o trabalho desenvolvido num centro de reabilitação e atividade física privado, em que, desde antes do término de minha graduação, tive o contato diário com idosos – população que compõe a maior parte de atendidos nesse centro. Além disso, a trajetória como

docente do curso de fisioterapia do Centro Universitário Unieuro teve grande influência também. Nesse ambiente acadêmico tive oportunidade de aprofundar os estudos em Geriatria e Gerontologia, uma vez que fui estimulado e encarregado a ministrar a disciplina de Fisioterapia Geriátrica, para os alunos do 6º semestre desse curso.

O ambiente clínico foi o gatilho para iniciar o aprendizado de avaliação funcional do idoso. Lá, entendi que a avaliação desta população precisa ser diferenciada, com um cuidado voltado não apenas para o físico, mas para algo que pudesse interpretar as atividades básicas e instrumentais de vida diária. Este aprendizado serviu de base para continuar buscando as evidências científicas sobre o tema e passar adiante a todos os educandos que por mim tivessem contato com a disciplina de Fisioterapia Geriátrica.

Pesquisando sobre a funcionalidade de idosos e o Programa Saúde da Família, encontrei vários estudos que me auxiliaram a elaborar este projeto, associando os temas pelos quais me interessei bastante.

O crescimento da profissão exige um olhar atento, diferenciado e amplo para se compreender como o contexto coletivo pode interferir no individual. Para isso, é necessário que nós pesquisemos sobre o tema. E, assumindo o papel de Docentes, que possamos inserir esta visão macro nos vários cursos de graduação em Fisioterapia, pois, na maioria das grades curriculares, o que se vê é uma educação voltada para o modelo biomédico.



*"Bons pais dão oportunidades, pais brilhantes nunca desistem."*

*(Augusto Cury)*

## RESUMO

A saúde do idoso envolve diferentes tipos de abordagem acerca da sua avaliação. A avaliação funcional deve ser considerada uma ferramenta usual para os profissionais da saúde, principalmente os que se enquadram nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), devido os diversos tipos de perfil dos idosos inscritos neste programa, e ainda considerando as diversidades culturais, econômicas, sociais e demográficas das regiões em que as ESF são instaladas. O objetivo dessa pesquisa foi determinar os fatores, intrínsecos e extrínsecos, que podem influenciar na (in)capacidade funcional dos idosos inscritos na ESF no Distrito Federal. Trata-se de uma pesquisa transversal, do tipo descritiva, em que foi aplicado um questionário socioeconômico e demográfico, a escala de Lawton e o índice de Katz para a obtenção dos dados sobre funcionalidade. Noventa e três idosos foram entrevistados em suas residências. Para a análise estatística utilizou-se o teste exato de Fisher e o Quiquadrado, adotando o nível de significância 0,05. Os resultados apresentados demonstraram que não houve associação entre os elementos de saúde (considerando a autopercepção da saúde, doenças como hipertensão arterial, diabetes, reumatismo, asma, bronquite, varizes, insônia, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico), ou aspectos sociodemográficos e econômicos com funcionalidade, exceto para os fatores histórico de quedas e visitar os amigos, considerando  $p < 0,05$ . Houve manutenção principalmente das atividades básicas de vida diária, com pequeno percentual de comprometimento quanto às atividades instrumentais de vida diária. Portanto, conclui-se que apenas o histórico de quedas foi determinante no comprometimento funcional do idoso, devido às conseqüências que isso gera, além do fator visitar os amigos, indicando maior independência quanto á participação social do idoso.

Palavras-chave: idoso, envelhecimento, Programa Saúde da Família, aptidão física, funcionalidade, saúde do idoso.

## ABSTRACT

The health of the elderly involves different approaches about your evaluation. The functional assessment should be considered an usual tool for health professionals, especially those that fall within the teams of the Family Health Strategy (FHS), due to the different types of profiles of seniors enrolled in this program, even considering the cultural diversity, economic, social and demographic regions in which the FHS are installed. The aim of this study was to determine the factors, intrinsic and extrinsic factors, that can influence the (dis)functional capacity of elderly enrolled in the FHS in the Distrito Federal. It is a cross-sectional survey of the type described in which was applied a socioeconomic and demographic questionnaire, the Lawton's scale and Katz index to obtain the data on functionality. Ninety-three elderly people were interviewed in their homes. For statistical analysis we used the Fisher exact test and chi-square, adopting the significance level of 0.05. The results presented showed no association between the elements of health (considering the self-perceived health, diseases such as hypertension, diabetes, rheumatism, asthma, bronchitis, varicose veins, insomnia, acute myocardial infarction and stroke), or sociodemographic and economic with functionality, except for the historical factors of falls and to visit friends, considering  $p < 0.05$ . Was maintained mainly of basic activities of daily living, with a small percentage of the commitment of the instrumental activities of daily living. Therefore, it is concluded that only the history of falls was crucial in functional impairment in the elderly because of the consequences it generates, in addition to visiting friends factor, indicating greater independence in social participation of the elderly.

Keywords: elderly, aging, Family Health Program, physical fitness, functionality, health of the elderly.

## LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 Pirâmide etária do Distrito Federal .....	19
Figura 1 Localização da Unidade Básica de Saúde da quadra 18 do Paranoá.	29
Figura 2 Localização das quadras com cobertura da equipe de saúde da quadra 18 .....	29
Gráfico 2 Distribuição de doenças investigadas.....	34

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Prevalência da incapacidade funcional em idosos segundo os Municípios das capitais e gênero .....	23
Tabela 2	Resultados das medidas de capacidade funcional dos idosos.....	32
Tabela 3	Distribuição dos idosos segundo os dados socioeconômicos e demográficos.....	33
Tabela 4	Condições de saúde dos idosos entrevistados .....	34
Tabela 5	Autopercepção de saúde dos idosos entrevistados .....	35
Tabela 6	Relações sociais dos idosos entrevistados .....	36

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividade Básica de Vida Diária  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária  
ACM – Acordar muito cedo  
AVE – Acidente Vascular Encefálico  
CF – Capacidade Funcional  
DF – Distrito Federal  
DIS – Dificuldade de iniciar o sono  
DMS – Dificuldade de manter o sono  
DPOC – Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas  
ES – Equipe de Saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
EUA – Estados Unidos da América  
FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde  
GO – Goiás  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IU – Incontinência Urinária  
MS – Mato Grosso do Sul  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios  
PSF – Programa Saúde da Família  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UnB – Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Fatores de risco sobre a capacidade funcional da população idosa brasileira .....	19
1.2	A fisioterapia e a avaliação funcional.....	23
1.3	Questão norteadora do estudo .....	25
1.4	OBJETIVOS.....	25
1.4.1	Objetivo geral.....	25
1.4.2	Objetivos específicos.....	25
2	MATERIAIS E MÉTODOS.....	26
2.1	Instrumentos de avaliação sociodemográfica e econômica, e funcional ...	26
2.2	Procedimentos para a coleta de dados .....	27
2.3	Análise estatística.....	29
2.4	Aspectos éticos da pesquisa .....	29
3	RESULTADOS .....	31
4	DISCUSSÃO.....	36
5	CONCLUSÃO .....	48
6	REFERÊNCIAS .....	49
	ANEXO 1 ESCALA DE LAWTON .....	56
	ANEXO 2 ÍNDICE DE KATZ .....	57
	ANEXO 3 DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	58
	ANEXO 4 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	59
	ANEXO 5 TERMO DE CONCORDÂNCIA .....	60
	APÊNDICE 1 FICHA DE DADOS POPULACIONAIS .....	61
	APÊNDICE 2 ARTIGO CIENTÍFICO DE REVISÃO .....	63
	APÊNDICE 3 ARTIGO CIENTÍFICO PUBLICADO NA REVISTA ELETRÔNICA GESTÃO & SAÚDE (UnB).....	75

## 1 INTRODUÇÃO

Em vista de uma sociedade que apresenta vários grupos vulneráveis, o de idosos vem sendo alvo de pesquisas em diversas áreas e temáticas multidisciplinares. Como a identificação do perfil desta população, na tentativa de se registrar suas características de acordo com cada região do país e, a partir daí, se traçar uma ação interventiva mais eficaz para a saúde. Outra preocupação constantemente investigada é a capacidade de um idoso ser independente, uma vez que a partir dos 60 anos de idade a atenção voltada à funcionalidade é fundamental para se evitar a sobrecarga da família, principalmente, e do Estado, em se tratando das constantes hospitalizações e procedimentos curativos e de reabilitação que poderiam ser evitados caso houvesse um investimento adequado nas ações preventivas.

Investigações de dados populacionais envolvendo os aspectos socioeconômicos, demográficos e, principalmente, de saúde, são estratégias adotadas por vários países. Os indicadores de doenças crônicas, bem como de condições sociais como pobreza, colocam o Canadá em melhores condições que os Estados Unidos da América (EUA), em virtude da diferente condição de acesso às estratégias de saúde entre estes dois países. O Canadá, assim como Brasil e Cuba, possui uma política de acesso à saúde universal, e ainda conta com o serviço de atenção primária, diferentemente dos EUA, em que este acesso é baseado na empregabilidade ou idade do cidadão, não sendo universal<sup>(1,2)</sup>.

Em se tratando de investigações em saúde, de acordo com a Primeira Conferência Latinoamericana de Investigação e Inovação para a Saúde, realizada em Abril de 2008, no Rio de Janeiro, apenas Brasil e Equador contam com uma política nacional e inclusiva de ciência, tecnologia e inovação para a saúde. E o Brasil foi o único país que informou contar com uma estratégia de formação, capacitação e absorção de recursos humanos como parte desta política nacional<sup>(3)</sup>.

As políticas sociais para a população, de forma geral, ainda preconizam um apoio estruturado de modo fragmentado, individualizado, sem considerar o meio familiar e da comunidade<sup>(4)</sup>. Apesar de que já na década de 1980, a Reforma Sanitária trouxe à tona importantes fatores que necessitavam serem revistos e



discutidos pela sociedade e governo para se reestruturar o sistema vigente de saúde brasileiro.

Este movimento auxiliou na criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal e Leis Orgânicas nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, e Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. O SUS apresenta diretrizes básicas que conferem legitimidade ao sistema: *Universalidade*, assegurando o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso aos serviços de saúde, sem discriminação; *Integralidade*, considerando as diversas dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades; e a *Equidade*, que assegura priorizar o acesso às ações e serviços de saúde aos grupos vulneráveis<sup>(5-7)</sup>.

Uma das alternativas identificadas no SUS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em Março de 1994, como uma ferramenta de ações de atenção básica no que diz respeito à organização do Sistema Municipal de Saúde<sup>(5,6)</sup>. No Distrito Federal, os programas de atenção à saúde da família já foram denominados Programa Saúde em Casa (1997-1998), Programa Saúde da Família (1999-2003) e Programa Família Saudável (2004-2006). Hoje denomina-se Estratégia Saúde da Família. Suas propostas foram construídas de diferentes maneiras, resultando em distintas produções dos serviços, assim como das práticas e gestão dos programas, apesar de terem sido pautadas nas orientações nacionais da ESF e nos princípios do SUS<sup>(8)</sup>.

Esta estratégia, até hoje em vigência, evidencia uma forma de se estabelecer uma comunicação diferenciada com a população, uma vez que promove a saúde e prevenção de doenças, e não só a cura e reabilitação. Sua ação se dá não somente no âmbito individual e familiar, mas também em um contexto comunitário, sendo assim, coletivo. Desta forma, as contribuições são desenvolvidas de acordo com os problemas e características de cada localidade<sup>(9)</sup>.

A atuação regional dos profissionais da ESF permite uma identificação e participação mais específica acerca dos fatores mais freqüentes que comprometem a saúde dos usuários. Porém, desde que foi implementada, a estratégia não tem conseguido alcançar êxito total acerca de seus objetivos. Há evidências que demonstram um insucesso de equipes de saúde que não têm conseguido acompanhar as necessidades locais, restringindo-se a demandas elementares, como consultas básicas e imunizações<sup>(10)</sup>.

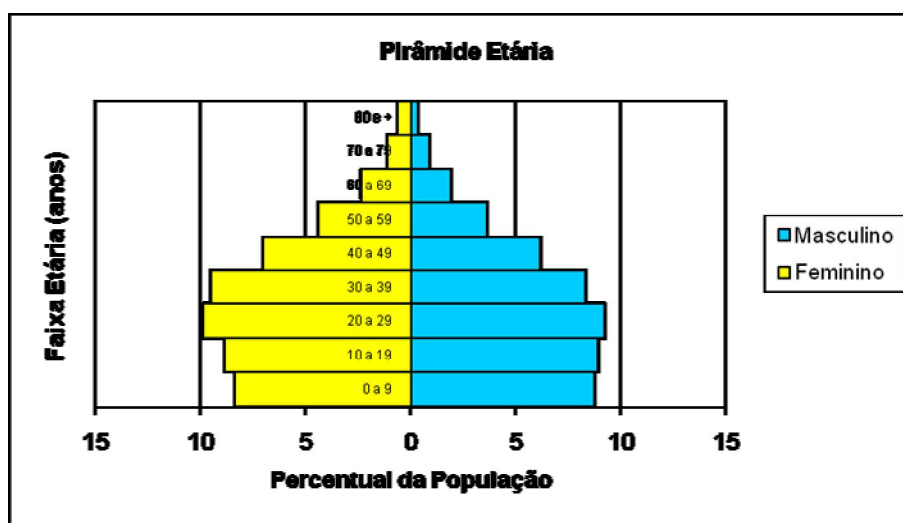
Para um menor desperdício de tempo e recursos financiados pelos cofres públicos, e para uma eficiência maior deste serviço, vários estudos vêm sendo realizados no intuito de identificar as características dos usuários que procuram pelo serviço e ações de saúde promovidos pela ESF, sendo possível orientar, a partir de então, decisões relativas às prioridades de ação<sup>(11)</sup>.

Devido o aumento significativo do número de idosos nos últimos 30 anos, esta população vem sendo frequentemente estudada quanto ao seu perfil, dentre vários outros objetivos<sup>(9,11-13)</sup>. As diversas doenças crônico-degenerativas relacionadas ao processo de envelhecimento são uma realidade diária que preocupam o Estado e são alvos de atenção nos três níveis de atenção básica à saúde. E, em se tratando das limitações funcionais que se instalam nesta população, o autocuidado prejudicado pode levar a uma sobrecarga da família e do sistema de saúde<sup>(14)</sup>.

Os dados relacionados ao Brasil demonstram uma totalidade de 20.590.597 idosos<sup>(15)</sup>, representando 10,79% da população brasileira, e ainda mais marcante é a quantidade de pessoas com idade superior a 100 anos: mais de 11 mil. Isto indica uma heterogeneidade expressiva desta população, uma vez que se pode encontrar indivíduos com 60 anos em pleno vigor físico e mental, e pessoas na faixa dos 90 anos com maior vulnerabilidade. Em 2003, 13,3% dos idosos brasileiros eram incapazes de desempenhar atividades básicas de vida diária, 75% não estavam no mercado de trabalho, 10,8% não tinham renda, 11,8% residiam na casa de outros parentes, e menos de 1% residia em Instituições de Longa Permanência. Trata-se de um panorama que precisa de uma atenção especial para a identificação de suas associações com a capacidade funcional, além da qualidade de vida<sup>(13,16,17)</sup>.

O Distrito Federal (DF), 11ª região com menor percentual de idosos analfabetos do país<sup>(18)</sup>, apresenta 196.763 pessoas com mais de 60 anos, de um total de 2.570.160 habitantes; e deste total da população, apenas 11,81% está cadastrada em Equipes de Saúde (ES). A população idosa no DF também cresceu, apesar de ser menor que a população de jovens, conforme se pode visualizar no gráfico 1<sup>(19)</sup>. Porém não há estudos regionais que evidenciem o perfil e os fatores que podem influenciar na capacidade funcional destes cidadãos, no que diz respeito aos usuários do SUS, particularmente da ESF<sup>(13,17)</sup>.

Gráfico 1 - Pirâmide etária do Distrito Federal.



Fonte: DATASUS, 2010 ([www.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/df](http://www.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/df))

A Região Administrativa do Paranoá, criada em 10 de Dezembro de 1964, apresenta uma projeção de população idosa de 3.426 pessoas em um universo populacional de 65.465 indivíduos<sup>(20,21)</sup>.

### 1.1 FATORES DE RISCO SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA.

A incapacidade funcional é caracterizada pela dificuldade ou impossibilidade de desenvolver gestos e atividades da vida cotidiana<sup>(14)</sup>. Contudo, para se compreender as atividades funcionais, é necessário dividi-las em atividades básicas de vida diária (ABVD), como a capacidade tomar banho sozinho ou com auxílio, vestir-se ou alimentar-se, transferir-se ou controlar a continência urinária ou fecal; e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que incluem a capacidade de se comunicar por telefone, tomar seus remédios, preparar sua comida, caminhar longas distâncias para chegar ao seu destino, entre outros, ou seja, permite ao indivíduo uma interação com a sociedade<sup>(22,23)</sup>. E no referido contexto, há instrumentos validados para a avaliação de ABVD e AIVD que usualmente são utilizados em pesquisas no intuito de se diagnosticar estes déficits desta população<sup>(24,25)</sup>.

No momento vale relatar brevemente os estudos acima mencionados.

Na pesquisa de Katz e colaboradores<sup>(24)</sup>, o objetivo foi comparar modelos de função revelados no índice de atividades de vida diária, desenvolvidos pelos autores, com os descritos no campo do desenvolvimento infantil e da antropologia. O índice foi desenvolvido pela observação de uma série de atividades realizadas por um grupo de pacientes com fratura de quadril. As observações foram reportadas por médicos, enfermeiros, sociólogos e outros profissionais previamente treinados para a investigação. Assim, foi possível descrever se o paciente era (in)capaz de praticar uma atividade básica, como tomar banho, se vestir, ir ao banheiro e transferir-se. Os resultados mostraram que o índice foi importante para que se possa fazer prognósticos dos pacientes acerca de suas capacidades físicas e funcionais, assim como para se averiguar a eficácia dos tratamentos estipulados. Denomina-se hoje como Índice de Katz.

O estudo de Lawton e Brody<sup>(25)</sup> é referente às condições mais amplas de um indivíduo no tocante à sua interação social, portanto, atividades instrumentais diárias, e não apenas às condições físicas. Também no intuito de se estabelecer condições de triagem da capacidade funcional de idosos, visto que o processo de envelhecimento gera condições de limitação para a prática de atividades interativas. Desenvolveu-se, após análise de algumas escalas existentes, uma outra escala funcional. Mas para isso, primeiramente assistentes sociais obtiveram as informações necessárias com as famílias dos voluntários, com os empregadores ou amigos. E para a validação da escala, as informações obtidas foram comparadas com a Classificação Física, outra escala de status funcional, um questionário de status mental, e um último questionário que avaliava a capacidade intelectual, física, de autocuidado e de interação social. Assim, foi possível desenvolver um produto final, a escala de Lawton ou escala de Lawton e Brody para a avaliação das AIVD.

São as doenças cronicodegenerativas que, frequentemente, causam as diversas limitações funcionais que podem comprometer os idosos quanto a sua independência<sup>(26)</sup>. O número de comorbidades associado às incapacidades funcionais são, por conseqüência, determinantes no grau de dependência do idoso<sup>(14)</sup>, apesar de haver evidências na região norte do Paraná que demonstram a não correlação entre estes fatores<sup>(4)</sup>. Paralisias, seqüelas de fraturas, doença de Parkinson, doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), amputações de membros e insuficiência cardíaca são exemplos de comorbidades que podem levar o idoso à permanência prolongada no leito, restringindo assim, sua capacidade de

locomoção e mobilidade. Outras doenças comumente diagnosticadas que podem gerar graus de morbidade e, por conseqüência, influenciar na funcionalidade do idoso, são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Osteoporose, Diabetes e Depressão. É importante salientar, nestes casos, a adequada orientação de cuidadores formais ou informais no que tange à manutenção do grau independência residual, para não agravar a situação<sup>(26,27)</sup>.

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) também conta com importante atenção por parte dos profissionais de saúde que lidam com a estratégia de atenção básica às famílias. Trata-se de um problema de saúde pública mundial que necessita de longa trajetória para se minimizar as conseqüências geradas, seja pela incapacidade física ou pelo impacto econômico e social que atinge a comunidade. Há dados que indicam uma tendência de maior prevalência de AVE em homens, entre os idosos de 65 a 84 anos, e de mulheres, entre idosos acima de 85 anos<sup>(28)</sup>.

Outros aspectos relevantes são referentes à incapacidade física e a inatividade, os quais podem influenciar em mudanças no metabolismo basal e, por conseqüência, em mudanças nas necessidades nutricionais. Os fatores que podem interferir na alimentação são relacionados à ausência total ou parcial dos dentes, próteses mal adaptadas e perda de apetite. Portanto, são eventos cíclicos que vão ocorrendo e levando o idoso à fragilidade e dependência acerca da alimentação e preparo do alimento<sup>(26)</sup>.

Mas há outros, além dos fatores intrínsecos, que podem interferir na capacidade funcional, que identificamos como fatores extrínsecos: como o cultural, socioeconômico e demográfico. Aspectos como o hábito alimentar, de fumo e bebida, as relações sociais, e outros relacionados ao estilo de vida, estão inseridos neste contexto<sup>(14)</sup>. Morar só ou com uma pessoa, não receber aposentadoria e/ou possuir uma religião foram determinantes na qualidade de vida de idosos, bem como apresentar mais incapacidades funcionais, em um estudo realizado num PSF de um Distrito de Campinas, São Paulo. Nesta pesquisa, pertencer a uma determinada religião indicava piores condições de vida dos participantes, provavelmente na tentativa de se dedicar a esta atividade para minimizar seus sofrimentos<sup>(29)</sup>. A falta de autonomia para desempenhar as atividades de vida diária e a ausência de renda são indicadores confirmados no grau de dependência de idosos, de acordo com um estudo que utilizou censos demográficos e Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios (PNAD) como fontes de informações<sup>(13)</sup>.

Ainda é possível afirmar que o nível de educação de um ser humano pode influenciar em sua saúde. Algumas evidências nacionais e internacionais indicam a relação inversa entre esses fatores, comprovando que a falta ou pouca instrução educacional proporciona maior vulnerabilidade e risco de ficar doente e incapaz<sup>(28,30)</sup>.

Países com indicadores sociais melhores apresentam uma condição de saúde populacional melhor também, inclusive com maior participação social por parte dos idosos<sup>(31)</sup>.

Dentre os fatores que envolvem hábitos de vida, já se sabe que o tabagismo pode trazer várias conseqüências à saúde, levando o indivíduo a restrições de atividades físicas, ou até mesmo a um grau de morbidade importante ou ao óbito devido um câncer. Porém, condições socioeconômicas estão integradas neste contexto. Em adultos, a maior probabilidade de tabagismo está presente em indivíduos com pior padrão socioeconômico, confirmando o fato de haver relação entre os indicadores de padrão de vida, hábitos e qualidade de vida<sup>(32)</sup>.

Já foi demonstrado em uma pesquisa realizada em Goiânia, Goiás, que 92% dos idosos envolvidos na amostra apresentavam a mobilidade física prejudicada, e que este fato se correlacionava ao próprio processo de envelhecimento, à falta de atividade física regular, a sensações dolorosas e a hábitos de vida, confirmando que a independência se associa tanto a fatores intrínsecos como extrínsecos<sup>(27)</sup>.

A expressiva desigualdade social brasileira e a pobreza contribuem para o declínio funcional de idosos<sup>(33)</sup>, confirmando a necessidade de se estabelecer políticas voltadas para o desenvolvimento socioeconômico do país, em se tratando de saúde na visão mais ampla. A tabela 1 apresenta o resultado de uma pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) acerca da funcionalidade, de acordo com as capitais brasileiras.

Tabela 1 - Prevalência de incapacidade funcional em idosos segundo os Municípios das capitais e gênero.

Municípios das capitais	Prevalência de incapacidade funcional em mobilidade dos idosos de 60 anos ou mais de idade, por sexo, em ordem crescente (%)	Municípios das capitais	Prevalência de incapacidade funcional em mobilidade dos idosos de 60 anos ou mais de idade, por sexo, em ordem crescente (%)
	Mulheres		Homens
São Paulo	20,1	São Paulo	15,8
Curitiba	24,9	Rio de Janeiro	19,0
Florianópolis	25,4	Florianópolis	19,3
Cuiabá	26,6	Belo Horizonte	19,5
Rio de Janeiro	26,7	Curitiba	20,0
Porto Velho	27,2	Palmas	20,1
Campo Grande	27,3	Vitória	20,4
Belo Horizonte	27,4	Porto Alegre	20,6
Porto Alegre	28,2	Brasília	20,9
Vitória	28,2	Porto Velho	21,1
<b>Brasília</b>	<b>29,1</b>	Salvador	21,4
Boa Vista	29,1	Campo Grande	21,8
Goiânia	29,3	Goiânia	22,4
São Luís	29,6	Belém	22,7
Fortaleza	30,5	São Luís	22,7
Belém	30,5	Fortaleza	22,7
Manaus	31,9	Boa Vista	23,0
Salvador	32,4	Recife	23,3
Natal	33,3	Cuiabá	23,5
Recife	33,9	Aracaju	23,8
João Pessoa	34,7	Macapá	25,2
Rio Branco	35,2	Natal	25,8
Macapá	35,7	João Pessoa	25,9
Teresina	36,2	Manaus	25,9
Aracaju	37,3	Rio Branco	26,4
Maceió	37,3	Teresina	27,2
Palmas	38,5	Maceió	28,2

Fonte: IBGE, censo demográfico 2000.

## 1.2 A FISIOTERAPIA E A AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Na estratégia da avaliação, os profissionais da fisioterapia devem tratar tendo o cuidado de fazer um diagnóstico diferencial, o diagnóstico funcional. Não é suficiente que a prática fisioterapêutica com pacientes idosos exija um diagnóstico apenas das alterações físicas, como a perda de força muscular, hipotrofias, hipo ou hipertônias, alterações de sensibilidade entre outras manifestações existentes, para se traçar um planejamento de tratamento eficiente.

Detectar que um indivíduo apresenta fraqueza muscular é importante para se estabelecer um treinamento específico, mas detectar qual a atividade ele não está



conseguindo realizar e, conseqüentemente, sofrendo perda da independência é tão importante quanto a avaliação física<sup>(34)</sup>.

A fisioterapia não é a única profissão que explora a avaliação funcional, a enfermagem também o faz. Mas o propósito aqui é salientar que, por tratar do físico utilizando meios físicos, o fisioterapeuta não poderia deixar de utilizar esta ferramenta cada vez mais evidenciada em pesquisas científicas, que o auxilia a organizar um trabalho voltado para os verdadeiros déficits observados nos idosos.

Escalas de avaliação funcional foram desenvolvidas e validadas para facilitar o diagnóstico funcional. Exemplificando, pode-se citar novamente a escala de Lawton<sup>(25)</sup>, a qual inclui em seu questionário se o idoso é capaz de lavar suas roupas. Para se realizar essa tarefa, é necessário que haja um determinado grau de força muscular de membros superiores, inferiores, de tronco e equilíbrio corporal, além da preservação cognitiva, não avaliada nessa escala. São condições físicas e movimentos que, se detectados como influenciadores na incapacidade de lavar roupas, devem ser levados em consideração pelo fisioterapeuta para a recuperação da função.

Os movimentos corporais podem ser realizados e/ou orientados pelo fisioterapeuta como forma de tratamento por meio do seu conhecimento sobre anatomia, função, biomecânica e estrutura, por exemplo<sup>(35)</sup>. Mas o movimento humano pode ser prejudicado por doenças crônicas e/ou alterações do próprio envelhecimento. A dor é um fator limitante e, em se tratando de habilidade física, cabe a este profissional estabelecer recursos terapêuticos que promovam analgesia para futura recuperação da função. Neste caso, faz-se necessária a avaliação da dor e da capacidade funcional para medidas terapêuticas determinantes na reabilitação do indivíduo<sup>(36)</sup>. O objetivo, portanto, da avaliação da capacidade funcional para os fisioterapeutas, é promover uma triagem mais elaborada das necessidades do ser humano, visando contribuir para a visão de políticas públicas que contemplem um programa de tratamento recuperativo e preventivo mais adequado.



### 1.3 QUESTÃO NORTEADORA DO ESTUDO

Podem os fatores socioeconômicos e demográficos, além dos físicos e fisiológicos, associar-se ao grau de dependência dos idosos?

### 1.4 OBJETIVOS

#### 1.4.1 OBJETIVO GERAL

Estabelecer o perfil socioeconômico, demográfico e fisicofuncional de idosos atendidos pela ESF no Paranoá – DF, observando associações entre os fatores encontrados com o nível de (in)capacidade funcional desta população.

#### 1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil de idosos atendidos pela ESF do Paranoá, Distrito Federal, caracterizando o sexo que mais procura pelo serviço, as doenças mais prevalentes e as causas que levam os usuários a buscar o serviço.
- Analisar a capacidade funcional dos idosos por meio da avaliação das atividades básicas de vida diária - ABVD e das atividades instrumentais de vida diária - AIVD dos idosos.
- Descrever os fatores que podem estar associados à (in)capacidade funcional.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo se caracteriza por uma pesquisa do tipo descritiva, fundamentado no trabalho de Teresa Etsuko da Costa Rosa e colaboradores, intitulada *Fatores determinantes na capacidade funcional entre idosos*<sup>(14)</sup>. Estes autores identificaram vários fatores socioeconômicos que podem levar o idoso a uma dependência moderada ou grave, como analfabetismo, ser aposentado, ser pensionista, não possuir moradia própria, entre outros. Portanto, no presente estudo foram coletados dados populacionais (demográficos/ socioeconômicos) e aplicadas escalas que fornecem dados sobre a funcionalidade de um indivíduo.

No estudo descritivo, segundo Pereira, o pesquisador lista temas específicos e observa a frequência de eventos em uma ou mais populações. A distribuição dessa frequência pode ser utilizada para identificar grupos de risco e, então, servir como base de informação para o planejamento de medidas preventivas acerca dos cuidados à saúde<sup>(37)</sup>.

A amostra do estudo foi por conveniência. Fizeram parte do estudo indivíduos de ambos os sexos que estivessem inscritos na ESF do Posto de Saúde da quadra 18 – Paranoá, no período de Julho a Outubro de 2011.

### 2.1 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA, E FUNCIONAL

Os dados socioeconômicos foram pertinentes à escolaridade, renda mensal e situação ocupacional; os demográficos foram: sexo, idade, estado civil, local de residência, composição familiar e situação da propriedade em que vive. Os referentes à saúde: hospitalização nos últimos seis meses, condição de visão e audição, acidente vascular encefálico, Diabetes, Hipertensão arterial, Asma ou Bronquite, varizes, insônia e queda. Referentes às relações sociais: fazer atividades físicas, ir ao cinema, visitar amigos, visitar parentes, receber visitas, participar de obras religiosas, gostaria de trabalhar. E, por último, o registro da autopercepção da saúde: estado de saúde (ótima/boa, regular, má/péssima), estado de saúde

comparado com a saúde de seus pares (muito pior/pior, a mesma, melhor/muito melhor). Estes dados já foram identificados em outras pesquisas e permitiram a orientação desta estruturação no presente estudo<sup>(9-11,14)</sup>, Apêndice 1.

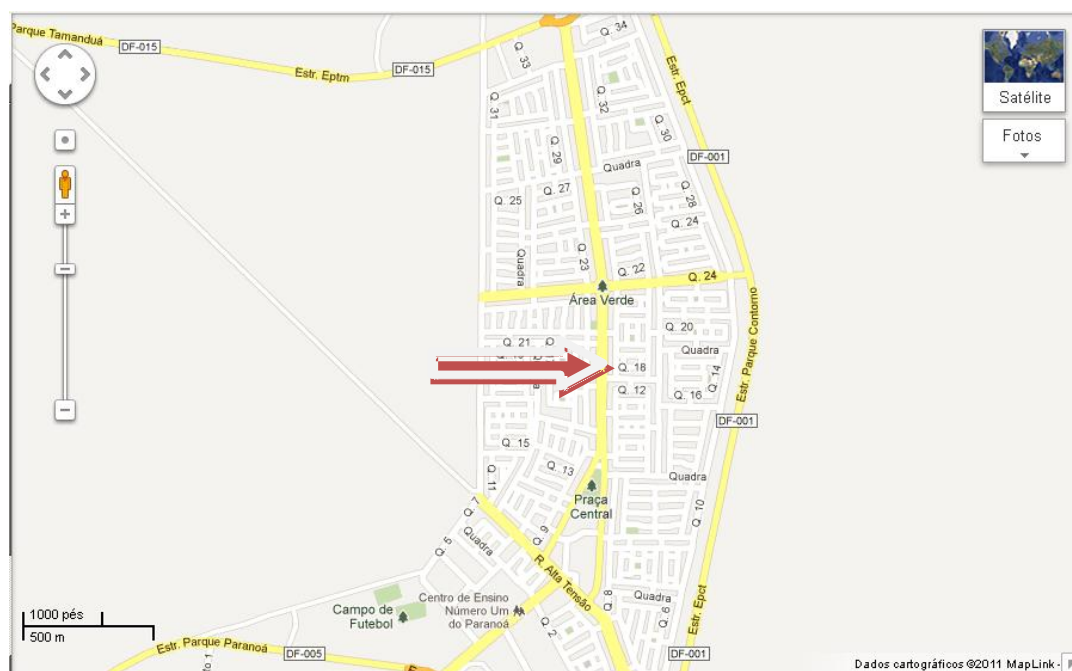
A escala de Lawton é um instrumento eficiente para avaliar as AIVD<sup>(14,23,25)</sup>. Composta por oito itens, ela possibilita avaliar se uma pessoa pode preparar suas refeições por conta própria, realizar tarefas de casa, lavar as roupas, tomar medicamentos, chegar a locais que nos quais é necessário caminhar por longas distâncias, ir à padaria, manusear o dinheiro e usar o telefone. Anexo 1.

Para a avaliação das AVD ou ABVD, foi aplicado o índice de Katz<sup>(14,24,38)</sup>. São seis itens analisados e pontuados de acordo com a dependência ou independência: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, controle sobre sua continência e alimentar-se, Anexo 2.

## 2.2 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

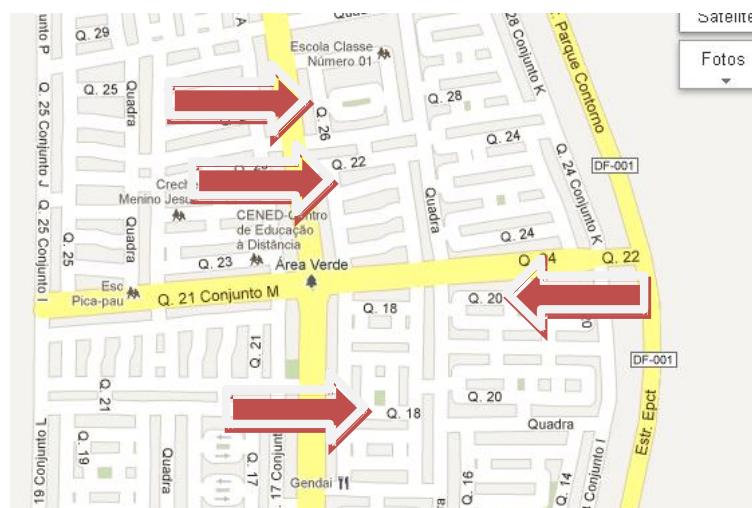
Primeiramente foram determinadas as áreas de coleta de dados, conforme as figuras 1 e 2, aonde se situavam as residências dos idosos inscritos. Para isso, foi necessário o auxílio da ES para que nos fornecesse o mapa de atuação.

Figura 1 - Localização da Unidade Básica de Saúde da quadra 18 do Paranoá, DF.



Fonte: *Googlemaps*

Figura 2 - Localização das quadras com cobertura da ES da Unidade da quadra 18.



Fonte: *Googlemaps*

As quatro quadras apontadas abrangem cinco microáreas, cada uma coberta pela ação de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), responsável por listar cada idoso participante do programa.

Contribuíram para a coleta de dados alunos inscritos no Programa PET e em disciplinas específicas da graduação em Medicina e Enfermagem, que atuavam nesta região, de acordo com o convênio estabelecido entre a Universidade de Brasília e a Secretaria Estadual de Saúde do DF. Ainda, discentes do Centro Universitário Unieuro, matriculados na disciplina de Fisioterapia Geriátrica, ministrada pelo próprio autor.

Três reuniões foram necessárias para a devida explicação aos discentes da aplicação dos instrumentos selecionados, bem como a estratégia de abordagem dos idosos. Além disso, preceptores dos programas, profissionais da própria secretaria de saúde, ficavam responsáveis por guiar pequenos grupos de alunos (normalmente 3 ou 4 pessoas) para facilitar o acesso às residências.

Cada idoso foi selecionado aleatoriamente por técnica de sorteio. Havia o cadastro deles na Unidade Básica de Saúde (UBS) e, por meio desta listagem, foi possível sortear as residências a serem visitadas. Caso o idoso não estivesse presente ou não aceitasse participar, a residência mais próxima era eleita como substituta.

A problemática da pesquisa era sempre elucidada antes de qualquer argumentação específica, permitindo ao voluntário uma interação acerca do tema. Em sequência, os aspectos éticos, esclarecendo a confidencialidade dos dados pessoais e o respeito de exposição apenas daquilo que era relacionado à (in)capacidade funcional.

Para o início do diálogo específico, foram coletados os dados sociodemográficos seguidos da aplicação das escalas funcionais.

### 2.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após descrever os entrevistados, coube verificar se alguns desses sintomas socioeconômicos e demográficos se relacionaram com as medidas de capacidade funcional dos indivíduos (Escala de Lawton e Índice de Katz). Para tal análise, foi utilizado o software SPSS (versão 17.0 para Windows). O teste utilizado foi o qui-quadrado e o teste exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 0,05.

### 2.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), com o protocolo nº 149/2011 (Anexo 3). Os entrevistados foram convidados a participarem da pesquisa, sendo esclarecidos sobre o projeto acerca de seus objetivos e justificativa por meio da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e, nos casos de analfabetos, por uma explicação detalhada fornecida pelo pesquisador responsável.

Só participaram aqueles que concordaram em contribuir com as informações solicitadas, assinando o TCLE. Caso o voluntário não soubesse assinar, algum parente ou responsável foi indicado para a conscientização e assinatura do termo. A qualquer momento o voluntário pôde solicitar a exclusão de seus dados fornecidos, o que não ocorreu.

O termo foi fornecido em duas vias, sendo que uma ficou com o pesquisador (Anexo 4).

### 3 RESULTADOS

Para identificar o perfil socioeconômico e demográfico dos idosos atendidos pela ESF no Paranoá, Distrito Federal, além de avaliar fatores relativos à saúde e às relações sociais, pesquisou-se determinadas características em uma amostra de 93 pacientes atendidos pelo programa, de um total de 289 inscritos na Unidade Básica específica, equivalente a pouco mais de 32% dos cadastrados; sendo que houve 4 recusas de participação e 15 não se encontravam em suas residências.

Além da descrição dos dados, buscou-se avaliar a existência de associação entre as características do grupo e a Escala de Lawton, que mensura o nível de dependência nas Atividades Instrumentais da Vida Diária e o Índice de Katz, que mensura o nível de dependência nas Atividades da Vida Diária.

Acerca dos aspectos socioeconômicos e demográficos, nenhuma associação foi encontrada para a distribuição de medidas de capacidade funcional, já que a maioria se encontrou independente tanto para ABVD quanto para AIVD, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Resultados das medidas de capacidade funcional dos idosos.

	Escala de Lawton		Índice de Katz		
	Frequência	%	Frequência	%	
AIVD Dependente	12	12,9	ABVD Dependente	4	4,3
AIVD Independente	70	75,3	ABVD Independente	89	95,7
AIVD Parcialmente Dependente	11	11,8	ABVD Parcialmente Dependente	0	0,0
Total	93	100,0	Total	93	100,0

De acordo com os resultados da avaliação socioeconômica e demográfica, é possível destacar os itens que mais chamaram a atenção, que são referentes à predominância do sexo feminino, do número de aposentados e pensionistas, e da faixa de renda dos entrevistados, os quais não ganham mais que um salário mínimo, considerando o valor de R\$ 545,00, vigente na época da coleta de dados. Mais detalhadamente, visualizam-se os dados socioeconômicos e demográficos a seguir, na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos segundo os dados socioeconômicos e demográficos.

Variáveis	Categorias	Frequência	%	Total
Sexo	Masculino	38	35	93 (100%)
	Feminino	55	65	
Faixa etária	60-69	51	54	93 (100%)
	70-79	32	34	
	80 ou mais	11	12	
Estado civil	Casado(a)	44	47,3	93 (100%)
	Separado(a)	9	9,7	
	Solteiro(a)	6	6,5	
	Viúvo(a)	34	36,6	
Escolaridade	Analfabeto(a)	28	30,1	93 (100%)
	Até ens fund comp.	60	64,5	
	Até ens médio comp.	5	5,4	
Situação ocupacional	Aposentado	43	46,2	93 (100%)
	Dona de casa	10	10,8	
	Pensionista	30	32,3	
	Aposent./trabalha	10	10,8	
Faixa de renda	Até 1 salário min.	50	53,8	93 (100%)
	De 1 a 2 salários min.	26	28	
	> 2 salários min.	11	11,8	
	Sem renda	6	6,5	
Composição familiar	Apenas cônjuge	11	11,8	93 (100%)
	Cônjuge e filhos	30	32,3	
	Cônjuge e netos	2	2,2	
	Cônjuge, filhos e netos	5	5,4	
	Filhos e netos	22	23,7	
	Mora só	6	6,5	
	Netos	3	3,2	
	Outros	2	2,2	
Situação de moradia	Do entrevistado(a)	75	80,6	93 (100%)
	Do cônjuge/filhos	12	12,9	
	Outra situação	4	4,3	
	Alugado	2	2,2	

Outros aspectos avaliados, relacionados à saúde, podem ser observados na Tabela 4. Destaca-se, neste contexto, o alto índice de idosos com HAS, com histórico de quedas e/ou que já foram hospitalizados. Em contrapartida, houve uma baixa prevalência de voluntários que sofreram infarto agudo do miocárdio, asma, bronquite e/ou acidente vascular encefálico. As outras doenças investigadas tiveram um índice praticamente pareado no que diz respeito a quem as apresenta ou não.

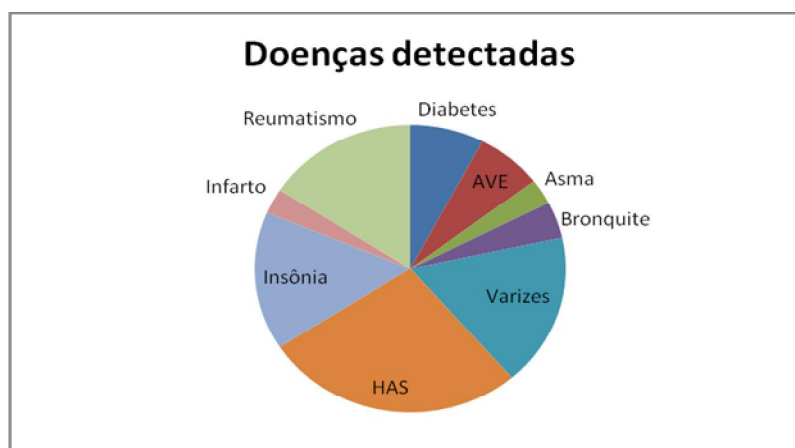


Tabela 4 - Condições de saúde dos idosos entrevistados.

Variáveis	Categorias	Frequência	%	Total
Diabetes	Sim	19	20,4	93(100%)
	Não	74	79,6	
Acidente vascular encefálico	Sim	17	18,3	93(100%)
	Não	76	81,7	
Asma	Sim	7	7,5	93(100%)
	Não	86	92,5	
Bronquite	Sim	10	10,8	93(100%)
	Não	83	89,2	
Hipertensão arterial sistêmica	Sim	67	72	93(100%)
	Não	26	28	
Insônia	Sim	38	40,9	93(100%)
	Não	55	59,1	
Reumatismo	Sim	39	41,9	93(100%)
	Não	54	58,1	
Varizes	Sim	42	45,2	93(100%)
	Não	51	54,8	
Infarto do miocárdio	Sim	7	7,5	93(100%)
	Não	86	92,5	
Histórico de quedas	Sim	47	50,5	93(100%)
	Não	46	49,5	
Hospitalizado	Sim	54	58,1	93(100%)
	Não	39	41,9	

O gráfico a seguir ainda ilustra a proporção das doenças investigadas, de acordo com o objetivo de determinar o perfil dos idosos.

Gráfico 2 – Distribuição das doenças investigadas.



Quanto à análise da associação entre as medidas de capacidade funcional do indivíduo, detalhadas na Tabela 2, e os fatores relativos à saúde, só se observou significância entre o índice de Katz e o Histórico de Quedas, cujo p-valor do teste exato de Fisher foi 0,05. Ainda, observa-se a seguinte tendência: quem tem histórico de quedas possui maior dependência nas ABVD.

A autopercepção da saúde, identificada nos dados da Tabela 5, foi um fator que teve uma influência determinante da saúde mental, visto o alto índice de idosos com a condição de “não caso”, o que representa aqueles que não possuem distúrbios cognitivos que interferissem nas respostas. Diante disso, podemos destacar o item “como percebe sua saúde”, em que a maioria relatou estar regular ou boa/ótima. No item “saúde comparada aos seus pares”, onde se lê “mais ou menos” como resposta, interpreta-se a condição de que o voluntário percebe uma similaridade de sua saúde com a de seus pares. Esta resposta obteve um índice pouco inferior à predominante: “muito melhor/melhor”.

Tabela 5 - Autopercepção da saúde dos idosos entrevistados.

Variáveis	Categorias	Frequência	%	Total
Saúde mental	Caso	8	8,6	93(100%)
	Não caso	85	91,4	
Como está a visão	Ótima/boa	36	38,7	93(100%)
	Regular	32	34,4	
	Ruim/péssima	25	26,9	
Como está a audição	Ótima/boa	58	62,4	93(100%)
	Regular	22	23,7	
	Ruim/péssima	13	14	
Como percebe sua saúde	Ótima/boa	48	51,6	93(100%)
	Regular	34	36,6	
	Ruim/péssima	11	11,8	
Saúde comparada aos pares	Muito melhor/melhor	36	38,7	93(100%)
	Mais ou menos	28	30,1	
	Muito pior/pior	25	26,9	
	Não se aplica	4	4,3	

E quanto às relações entre as medidas de capacidade funcional do indivíduo e os fatores relativos às relações sociais, só se observou significância entre o índice de Katz e a Visita a Amigos, cujo p-valor do teste exato de Fisher foi também 0,05. Ademais, observa-se a seguinte tendência: quem visita os amigos possui maior

independência nas Atividades da Vida Diária. A tabela 6 a seguir apresenta os resultados da avaliação das relações sociais.

Tabela 6 - Relações sociais dos idosos entrevistados.

Relações Sociais	Não	Sim	% Sim
Visita a Amigos	74	19	20,4%
Visita a Parentes	76	17	18,3%
Recebe Visitas	86	7	7,5%
Vai ao Cinema	83	10	10,8%
Participa de Obras Religiosas	26	67	72,0%
Gostaria de trabalhar	55	38	40,9%
Atividade física	54	39	41,9%

#### 4. DISCUSSÃO

Ao longo do tempo, diversas especialidades em ciências da saúde foram surgindo, subdividindo as avaliações de acordo com a formação profissional. Assim, é possível que se faça diagnósticos físicos e clínicos também individualizados, caracterizando o modelo biomédico. Mas o ser humano é formado por sistemas que se interagem e se interferem à medida que surgem reações e ações diante do cotidiano. Em algumas regiões do país a avaliação da funcionalidade vem sendo adotada, especialmente acerca das condições de saúde do idoso. Já foi identificado como uma das atribuições e compromissos das Equipes Saúde da família a necessidade de se observar os fatores que podem interferir na autonomia resgatam a importância de se observar o contexto, tanto quanto aos aspectos físicos, patológicos, mas também da possível associação entre a saúde do ser humano com o meio em que vive<sup>(39)</sup>.

Destaca-se a importância de se avaliar a capacidade funcional (CF) dos idosos de acordo com a região, município ou comunidade. As diversidades culturais, sociais e demográficas do Brasil nos permitem refletir o que o campo da Bioética vem discutindo, conforme Fortes (2010): “tratar desigualmente os desiguais conforme as suas necessidades”, validando o princípio da equidade<sup>(40)</sup>. Diante deste conceito, reforça-se o pensamento de que a avaliação direcionada pode contribuir com ações objetivas e mais eficientes.

Em sua análise, Fortes (2010) ainda traz a representação de um discurso relacionado ao tema, o qual menciona que o sistema de saúde deveria ser pautado no princípio da equidade, avaliando cada indivíduo, independente da condição econômica, racial ou de crença, valorizando o contexto em que o ser humano se insere socialmente<sup>(40)</sup>. Faz-se, portanto, uma reflexão com base nessa afirmação, de que não é suficiente avaliar o ser humano apenas quanto as suas queixas físicas, fisiológicas, já que algumas das reações palpáveis, mensuráveis do corpo humano são psicossomáticas.

No cenário da ESF é esperado que se encontrem idosos de baixa renda, visto que o programa é implementado em comunidades carentes para que se atenda a uma demanda com restrições de acesso ao serviço, com dificuldade de locomoção, entre outros, além de se tentar estabelecer uma comunicação diferenciada, como já

foi citado, visando a educação em saúde da população, portanto uma ação preventiva.

Contudo, na presente pesquisa, foi possível detectar que a renda não interferiu na autonomia dos voluntários, fator este que, contrariamente a nós, pôde ser comprovado quanto à sua relação com a funcionalidade na pesquisa de Thumé et al (2010)<sup>(41)</sup>. Provavelmente, o que interfere na diferença entre os estudos seja a amostra, uma vez que neste, houve a limitação de idosos inscritos em uma unidade básica de saúde, e no artigo referido houve uma abordagem nacional. Porém, a não correlação entre esses fatores por nós observada, pode se fundamentar também na condição de que a maior parte da população pesquisada vive em situação de pobreza (mais de 53% com renda de até 1 salário mínimo e 28% com renda de até 2 salários mínimos mensais, somando 81,8% da amostra), indicando uma homogeneidade do grupo. Fato que corrobora com os resultados da pesquisa desenvolvida por Virtuoso Junior e Guerra (2008) na região nordeste do país, os quais não identificaram relação entre os fatores destacados por afirmarem situação de pobreza do grupo estudado, caracterizando também uma uniformidade acerca da renda<sup>(42)</sup>.

De acordo com o censo de 2010 do IBGE, mais de 60 milhões de brasileiros não possuem renda, e mais de 44 milhões são portadores de uma renda mensal de até 1 salário mínimo. Isso representa mais de 64% da população com mais de 10 anos de idade. Pouco mais de 270 mil habitantes apresentam uma renda superior a 30 salários mínimos, representando 0,15% da população acima de 10 anos, confirmando a concentração de renda e sua desigual distribuição<sup>(43)</sup>.

Para a realidade brasileira, em que há uma política de planos de saúde para atender a um déficit do serviço público, é válido salientar que a parcela de baixa renda da população não consegue ter acesso a este serviço, o que também pode influenciar nos resultados finais das condições gerais de saúde. Ainda mais em se tratando dos idosos, maior parcela dos associados aos planos, dentre os que detêm maior riqueza e maior nível de escolaridade. Já foi identificado que, quando comparado aos não beneficiários dos planos de saúde, os beneficiários apresentam maior diagnóstico de dislipidemia e osteoporose, provavelmente pela melhor condição da realização dos exames específicos, e menor de HAS e de estado de saúde avaliado ruim, além de uma maior realização de exames de mamografia e citologia oncótica<sup>(44,45)</sup>. Esses dados confirmam a desigualdade social em saúde no

país e estabelecem uma condição de necessidade de ampliação de programas como a ESF para tentarem cobrir os déficits que o próprio Estado proporciona.

Na Argentina, em Cuba e no Uruguai, aonde os indicadores sociais são melhores, as desigualdades sociais em saúde são menores, havendo uma participação relativamente estável dos idosos na população. Essas informações parecem refletir na desigualdade de renda, nas diferenças no nível de desenvolvimento e no processo de transição demográfico sobre as desigualdades sociais em saúde<sup>(31)</sup>.

Já em outra esfera analítica, níveis educacionais parecem apresentar correlação direta com o de saúde, como maior incidência de aterosclerose da carótida e de AVE. Isso se justifica pelo déficit de informações sobre aspectos preventivos acerca dos hábitos e comportamentos de risco à saúde por parte desta população de baixa renda<sup>(28)</sup>. De acordo com os nossos resultados, pouco mais de 18% da amostra relataram ter sofrido AVE. Isso é um dado que contraria as evidências ao que se pode observar sobre o nível educacional dos voluntários, o qual se mostrou baixo. Tal fato pode ser um resultado da promoção de saúde desenvolvida pela ES local, a qual tem, entre outras obrigações, educar as famílias quanto aos hábitos de vida.

Contudo, na cidade do México, idosos com mais de 7 anos de estudo apresentam uma chance de relatar um estado de saúde excelente 4,4 vezes maior que os que possuem menor grau de instrução. Fato também evidente na cidade de São Paulo e Santiago, no Chile. Ainda nestas cidades, é confirmado que o nível de instrução influencia positivamente na capacidade de desenvolver uma ABVD<sup>(31)</sup>.

Nas quadras visitadas do Paranoá, não houve relação do nível de escolaridade dos idosos com a funcionalidade, apesar da grande maioria (94,6%) ser composta de analfabetos ou apresentar nível básico de formação. Muitos deles relataram ser naturais de outros municípios onde a oportunidade de educação é precária e era necessário trabalhar desde a infância ou adolescência para poderem auxiliar no sustento do lar. Parte foi trazida para a cidade pela família, para que se pudesse haver um maior cuidado do idoso, outra parte veio em busca de trabalho e melhores condições de vida do que em sua cidade de origem.

Mas o nível de escolaridade pode influenciar em outras doenças que, conseqüentemente, podem gerar graus de morbidade e incapacidade funcional: HAS e Diabetes Mellitus. Fato confirmado em uma pesquisa realizada no Município

de Teixeira (Minas Gerais), na qual 150 idosos Hipertensos e Diabéticos foram entrevistados e foi demonstrado que 89,4% apresentavam baixo nível educacional, levando a uma baixa adesão ao tratamento das doenças, tanto pelas menores condições financeiras (outra característica do grupo estudado) quanto pela falta de conhecimento<sup>(30)</sup>. Confirmando esta correlação, Banhato e Guedes (2011) concluíram, em seu estudo, a influência da escolaridade na associação negativa entre cognição e hipertensão com voluntários idosos. Houve diferença de desempenho cognitivo entre entrevistados com alta escolaridade (média de 10 anos) e de baixa escolaridade (média de 2 anos), bem como a condição de ser hipertenso ou normotenso<sup>(46)</sup>. Este é um fato que se confirma com os idosos avaliados no Paranoá, uma vez que a maioria possui baixa escolaridade e 72% apresentam HAS. Apesar de não haver comprometimento funcional deste grupo no momento, é preciso que haja atenção quanto a esta doença por parte da ES e dos próprios voluntários, para que no futuro haja manutenção da independência.

Todos esses dados corroboram com uma pesquisa do tipo transversal realizada com acompanhamento de 3890 moradores de Boston, EUA, por 30 anos. Objetivou-se estabelecer a possível correlação entre o baixo nível de estudo com o aumento da pressão arterial. Em conclusão, os autores confirmaram essa hipótese e ainda foi possível detectar que as mulheres foram mais vulneráveis que os homens. Eles afirmaram, por consequência, que o baixo nível educacional pode ser um elevado fator de risco para a HAS ao longo da vida<sup>(47)</sup>.

Em outra pesquisa realizada com indivíduos de faixa etária de 60 a 90 anos, objetivou-se verificar a relação entre sexo e grau de escolaridade com níveis de demência, de pacientes de uma clínica em Niterói, Rio de Janeiro. Houve apenas relação do nível de formação escolar com os diferentes graus de demência na amostra em questão, demonstrando que quanto maior o déficit educacional, maior o nível de demência<sup>(48)</sup>.

Portanto, no Brasil, onde a oportunidade de educação é desigual, é importante que se adotem medidas diferenciadas de acesso a esse serviço para que a saúde do idoso possa apresentar uma condição positiva da influência da escolaridade.

No intuito de identificar os fatores associados à CF de idosos longevos (80 anos ou mais), autores encontraram funcionalidade ruim entre as mulheres do Município de São Geraldo (Minas Gerais)<sup>(49)</sup>, resultado que corrobora os achados de

uma análise baseada em dados nacionais<sup>(50)</sup>. Indicando, assim, que o sexo feminino é mais vulnerável para o declínio funcional que o masculino. Mas em outros estudos em que houve predominância do sexo feminino entre os fatores analisados, esta variável não foi correlacionada com o desempenho funcional<sup>(51-54)</sup>. Assim como a presente pesquisa, em que houve predominância do sexo feminino (65%), mas não se correlacionou o sexo com o status funcional. Poucos foram os idosos longevos aqui identificados, apenas 12%, mas nessa estratificação também houve predomínio feminino e a maioria era dependente parcial ou totalmente nas AIVD. Isto nos revela que, como a ABVD estava praticamente preservada, o comprometimento principal era o da interação do ser com o ambiente externo, social.

Já a associação entre a funcionalidade e a opinião do idoso de que sua saúde é pior do que a de seus pares, defendida por alguns autores<sup>(50)</sup>, não foi um fator determinante para outros<sup>(49)</sup>, bem como nesta pesquisa. Em uma revisão da literatura foi debatido que a autoeficácia (AE), podendo ser definida como crença das pessoas em uma capacidade de execução de uma tarefa futura para alcançar com sucesso determinados resultados, ou seja, um positivismo acerca de seus pensamentos quanto à sua produtividade, é influente no status funcional de idosos, como uma condição psicossocial<sup>(55)</sup>. Isso pode explicar os nossos resultados acerca deste contexto, uma vez que 88,2% indicaram um estado regular ou bom/ótimo de saúde, mesmo inseridos num contexto desfavorável acerca das condições socioeconômicas. Outro fator identificado em nossos resultados é o de a maior parte não relatar quadros depressivos, indicando, provavelmente, que é possível desenvolver a AE. De acordo com Salvetti e Pimenta (2007)<sup>(56)</sup>, a motivação influencia na escolha do comportamento:

Uma fonte de motivação é a representação cognitiva de resultados futuros, isto é, a antecipação de que comportar-se de um determinado modo resultará em benefícios ou evitará dificuldades.

As autoras descrevem em seu artigo que a expectativa da autoeficácia é oriunda de quatro elementos básicos: realizações pessoais, em que as pessoas com um histórico de sucesso apresentam melhores condições de autoeficácia do que as que apresentam fracasso; observação de experiências, em que observar os outros desempenhando tarefas sem conseqüências adversas também pode contribuir para



a AE, apesar de ser o elemento mais fraco da tese; persuasão verbal, pois fundamenta-se no argumento de que o estímulo verbal pode influenciar positivamente no enfrentamento de situações difíceis; e respostas emocionais, as quais podem ser exteriorizadas pelo corpo humano como ansiedade, medo e mal-estar, por exemplo. Portanto, o alívio destes sintomas pode melhorar a AE<sup>(56)</sup>.

Em outra situação de análise, é comum observar idosos que moram com filhos, netos e/ou acompanhantes, por isso, alguns pesquisadores incluem em suas metodologias a análise disso. Nestes termos, há evidências da relação entre a situação conjugal e a CF, sendo melhor entre os casados<sup>(52,53)</sup> ou viúvos<sup>(51,54)</sup>, e pior entre separados ou solteiros. Dos voluntários do Paranoá, 83,9% somam casados ou viúvos, muito embora isto também não tenha sido determinante para a manutenção funcional. Mas há evidências que indicam a viuvez como característica negativa na condição funcional, diante da influência psicológica da perda familiar, além da redução da condição financeira, como hipóteses que justifiquem tal comprometimento em idosos do Município de Jequié, Bahia<sup>(57)</sup>. Para os idosos desta pesquisa é muito mais provável que a situação conjugal influencie positivamente na CF do que negativamente, já que houve manutenção desse desempenho.

A funcionalidade familiar pode interferir na CF de idosos dependentes quanto à relação de adaptação, companheirismo, desenvolvimento e afetividade da família uma vez que 73,5% dos idosos de um estudo relataram comprometimento da dinâmica familiar, sendo que 46% apresentavam CF moderada e 27% apresentavam alta disfuncionalidade<sup>(51)</sup>. O conhecimento da dinâmica familiar pode favorecer o entendimento dos mecanismos e recursos de assistência aos idosos, principalmente daqueles mais velhos. Pudemos observar, durante a coleta de dados, que principalmente os indivíduos acima de 80 anos desta pesquisa necessitavam de maior atenção da família do que os mais novos. E na situação econômica em destaque, em que é praticamente impossível contratar um cuidador profissional, a família é de fundamental importância para a manutenção e estímulo da CF. Conseguimos identificar a participação de netos, filhos e cônjuges nesse contexto de responsabilidade. Isso também foi demonstrado por Gonçalves (2011) na cidade de Porto, Portugal, uma vez que se confirmou maior contribuição de netos, sobrinhos e irmãos, além também de um maior cuidado por parte dos homens da família<sup>(58)</sup>. Não foi objetivo do nosso estudo avaliar a dinâmica familiar, mas é possível interpretar que os familiares têm auxiliado no cuidado do idoso diante dos resultados obtidos.

O tema em questão evidencia a necessidade de se analisar também como os fatores intrínsecos podem interferir no desempenho diário das pessoas, como as doenças que podem afetar os mais velhos. Algumas doenças foram mais prevalentes, destacando-se a HAS, seguida de Varizes, Reumatismo e Insônia. As evidências científicas apontam para uma realidade populacional semelhante, uma vez que a HAS também foi diagnosticada como doença mais prevalente em outras pesquisas, assim como sua interferência na funcionalidade dos idosos<sup>(50-53,59)</sup>.

A artrose e a artrite, por exemplo, podem interferir na mobilidade do idoso, limitando-os quanto ao desempenho de atividades diárias, devido o próprio processo degenerativo patológico, bem como o quadro álgico que elas proporcionam. Em um estudo realizado com 75 idosos residentes em Goiânia (GO)<sup>(59)</sup>, 44% apresentavam limitação para andar, caracterizando interferência na AIVD, 28% apresentaram déficit no autocuidado para alimentação, 25,35% déficit no autocuidado para higiene, e 18,6% déficit no autocuidado para vestir-se e arrumar-se, sendo que essas tarefas caracterizam ABVD<sup>(23)</sup>. Em um estudo comparando as PNAD de 2003 e 2008, foi possível confirmar a alta prevalência de HAS, seguida de doença de coluna, artrite/reumatismo, depressão e bronquite/asma, todas com índice mais alto em mulheres. Ainda revelou-se que a distribuição de prevalência de uma doença crônica, ao menos, considerando-se idade e sexo, aumenta intensamente até os 70 anos de idade<sup>(60)</sup>.

Em nossa pesquisa, apresentar varizes não foi um fator determinante de interferência na funcionalidade, muito embora haja evidências de que essa alteração vascular pode afetar o segmento com o quadro de edema e até mesmo hemorragia, além do fato de acometer mais as mulheres, o que corrobora com nossos dados, e de não ser considerado apenas uma alteração estética, mas de redução da qualidade de vida<sup>(61)</sup>. O que nos chamou a atenção é que algumas idosas entrevistadas com varizes apresentavam edema de extremidades inferiores e relatavam incômodo ao permanecerem em ortostatismo ou ao deambular. Todavia, segundo seus discursos, era preciso ignorar a dor para desempenhar as tarefas diárias de casa ou na rua, principalmente pelo fato de não haver quem as substituísse nas atividades.

Acerca da insônia, de acordo com um estudo realizado por Yokoyama et al no Japão (2010), foi determinante a relação entre este distúrbio e a depressão nos idosos. Mas os autores analisaram a interferência entre os fatores levando em

consideração a subdivisão da insônia, caracterizando-a em três tipos: Dificuldade de Iniciar o Sono (DIS), Acordar Muito Cedo (AMC) e Dificuldade de Manter o Sono (DMS). Dos três, apenas a DIS apresentou a relação estatisticamente significativa com o diagnóstico de depressão, após três anos da alteração<sup>(62)</sup>. Apesar de não apontarmos nos resultados desta dissertação o quadro de depressão, era possível perceber no discurso dos idosos quando a doença era mencionada. E poucas foram as vezes em que isso foi detectável, muito embora seja um dado subjetivo. Em Dourados, MS, os idosos atendidos pelas ESF que autoavaliaram sua saúde como ruim ou muito ruim, apresentaram algum grau de dependência, déficits cognitivos e sintomas depressivos, havendo, portanto, a relação entre depressão e CF<sup>(63)</sup>.

Mas o fato é que, em se tratando da funcionalidade dos voluntários do Paranoá, isso não teve interferência do quadro de insônia, mesmo com o alto índice revelado (40,9%). Contudo, é válido salientar que não avaliamos o subtipo de insônia, como o fizeram Yokoyama et al<sup>(62)</sup>, e isso pode ter influenciado no resultado final do status funcional. O índice de insônia da presente pesquisa se aproxima de outras evidências apontadas em Bambuí, Minas Gerais, 36,7%<sup>(64)</sup>. Nesse estudo mais de 1600 idosos foram acompanhados por 10 anos, e de acordo com o objetivo das autoras de determinar a incidência e os determinantes de eventos em saúde da população destacada, com baixo nível socioeconômico, a conclusão foi de que a condição de saúde mais freqüente foi HAS e, em quinta colocação, foi a insônia. Isso também se aproxima com os dados obtidos por nós, em que a HAS foi a mais prevalente e a insônia a quarta mais prevalente.

Outros autores demonstraram que 94,2% de sua amostra de idosos encontravam-se com prejuízos na mobilidade física e apresentavam sintomas como desconforto, dor, prejuízos sensório-perceptivos, musculoesqueléticos e neuromusculares, falta de condicionamento físico e resistência cardiovascular prejudicada<sup>(65)</sup>. São alterações físicas e fisiológicas que interferem, por conseqüência, no desempenho funcional. Incontinência urinária (IU) e problemas de memória também foram considerados como fatores interferentes nas atividades diárias<sup>(54)</sup>. Além do impacto econômico que a IU pode gerar à família, desde gastos com tratamento conservador até cirurgias, é preciso ressaltar a restrição social que isso leva ao idoso<sup>(66,67)</sup>, portanto comprometer as AIVD. Silva e D'Elboux (2011)<sup>(66)</sup> afirmam ainda, o grau de prejuízo que a alteração física determina sobre a continência, em que idosos com lentidão e exaustão apresentam cinco vezes mais

chance de sofrerem IU quando comparados aos que não apresentam esses critérios. Grande parte dos nossos entrevistados relatou apresentar continência preservada, condição identificada no índice de Katz, em contrapartida às evidências de que aproximadamente 30% dos idosos da comunidade apresentam IU<sup>(68)</sup>.

O número de medicamentos tomados diariamente já foi analisado como fator influente na CF dos idosos. Mais de cinco remédios por dia determinavam uma relação de pior condição funcional dos voluntários de uma pesquisa, os quais eram mais limitados e dependentes<sup>(49)</sup>. A quantidade de remédios não foi um item avaliado por nós, mas vale o destaque, visto que a população idosa é vulnerável, alvo de várias doenças associadas, sendo necessária a administração de medicamentos para combatê-las ou minimizar seus efeitos. Foi comum identificar pessoas com acometimentos cardiovasculares associados a metabólicos e respiratórios, por exemplo, e apesar disso, não houve correlação direta da funcionalidade com as doenças em questão.

Neste estudo observou-se uma relação entre histórico de quedas com um maior comprometimento funcional. Cabe, então, salientar que o controle postural é mantido diante da interação dos sistemas sensoriais e neuromotores, permitindo a adaptação diante de uma situação estática, permanecendo parado em pé com ambos os pés apoiados (ortostatismo), ou dinâmica (caminhando ou correndo)<sup>(69)</sup>. Mas o próprio processo de envelhecimento leva a uma alteração da integridade dos sistemas e da interação entre eles, favorecendo a ocorrência de quedas. As alterações visuais, fraqueza muscular, comprometimento do sistema vestibular são fatores intrínsecos de risco de quedas, por exemplo<sup>(70,71)</sup>. Os fatores extrínsecos não serão discutidos, uma vez que não foram objetos de investigação nesta dissertação.

Na presente pesquisa 61,3% dos voluntários relataram apresentar uma visão regular ou ruim/péssima, corroborando com o que a literatura evidencia, lembrando que mais de 50% dos entrevistados relataram já ter caído. As conseqüências normalmente são relacionadas aos vários graus de morbidade, e as fraturas são comumente diagnosticadas. A limitação funcional conseqüente pode ser na atitude de caminhar fora de casa, se restringir do uso de transporte público, realizar a higiene pessoal ou até mesmo se agachar, entre outros<sup>(72)</sup>.

Christofolleti et al (2006) concluiu em seu estudo que indivíduos que sofrem de Doença de Alzheimer tem maior risco de quedas do que indivíduos com Mal de Parkinson, apesar de ser uma doença que compromete predominantemente a

capacidade motora. Assim, então, exemplifica-se que as doenças também são fatores intrínsecos de risco de quedas<sup>(73)</sup>. Na população aqui estudada, houve uma predominância de idosos sem comprometimento cognitivo, o que pode ser observado na tabela 4. A saúde mental foi um dos itens investigados que nos mostra que mais de 91% não se enquadram neste aspecto como fator de risco. Porém, é possível identificar, com isso, uma limitação desta pesquisa acerca das doenças investigadas. Não foram pré-selecionadas no questionário socioeconômico, demográfico e de saúde, perguntas relacionadas a doenças mentais ou que pudessem levar a um grau de demência, visto que são condições cognitivas que comprometem a capacidade funcional do ser humano, independente da idade.

As conseqüências apontadas nos permitem observar que as limitações não só se evidenciam dentro de casa, nas atividades básicas, mas na relação do ser com a sociedade, nas atividades instrumentais. E isto também pôde ser comprovado neste estudo, uma vez que houve relação entre visitar os amigos e o melhor desempenho funcional, conforme já explicitado nos resultados, apesar da baixa porcentagem dos que visitam.

A prática regular de atividade física é comprovadamente um fator contribuinte para a manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas. Isso, por conseqüência, pode evitar hospitalizações e diferentes graus de morbidade. Idosos com histórico de internações hospitalares apresentam maior vulnerabilidade ao declínio funcional do que os que não foram<sup>(74,75)</sup>. Mais de 58% da amostra apresentam histórico de hospitalizações e aproximadamente 39% praticam atividade física. Foram considerados ativos fisicamente, apenas aqueles idosos que fizessem uma prática regular quanto à freqüência semanal de, pelo menos, duas vezes por semana. São informações que, de acordo com a literatura, seriam suficientes para se determinar uma população mais vulnerável ou dependente funcionalmente. O que não pôde ser observado, uma vez que a maioria é independente e uma porcentagem pequena é parcial ou totalmente dependente, tanto para ABVD quanto para as AIVD. Contudo, o que se observou durante as entrevistas foi que os voluntários realizavam atividades dentro de casa, como a alimentação, manutenção e limpeza do lar, por exemplo, caracterizando o estímulo à mobilidade deles. A mobilidade corporal é fundamental para que se mantenham as ABVD, pelo menos.

Das relações sociais aqui investigadas, podemos destacar que a maioria não realiza ou recebe visitas, assim como não vai ao cinema, provavelmente pela

relação do alto custo de vida que a cidade apresenta com o baixo nível econômico da população em questão. Neste contexto social, ainda é possível discutir a participação do idoso no mercado de trabalho. Do total, 89,3% da amostra não atuam em trabalhos ou ocupações fora de casa e 40,9% relataram ter vontade de trabalhar. A informação destacada pode representar o potencial desperdiçado no mercado em destaque e, além disso, reforça-se a idéia de que a participação social dos idosos influencia positivamente em sua saúde<sup>(31)</sup>. Os resultados da pesquisa da Fundação Perseu Abramo mostram que a grande maioria dos idosos brasileiros, entre homens e mulheres, não trabalha, afirmando, com isso, que o mercado de trabalho é seletivo para jovens e adultos jovens<sup>(76)</sup>.

Várias são as evidências que determinam o grau de relação do contexto social, econômico e demográfico, além dos de saúde, com o desempenho funcional dos idosos no Brasil, porém, o que se pôde perceber neste estudo, é que não houve a detecção dos mesmos fatores determinantes no desenvolvimento das atividades diárias em consideração ao número de idosos da amostra. Isto revela um potencial limitador da dissertação, possibilitando a continuação desta linha de pesquisa não apenas na própria região Administrativa do Paranoá, mas em outras do Distrito Federal.

E para que outros estudos se desenvolvam de forma mais eficaz, um sistema de informação disponível para cada agente de saúde, capaz de armazenar os dados de forma integrada, como vem fazendo o sistema de saúde do Canadá<sup>(77)</sup>, poderia otimizar o tempo de coleta para este tipo de pesquisa de campo, uma vez que poderíamos acessar os registros de cada paciente com a ES responsável e questionar os voluntários de forma mais rápida.

Diante de todo o exposto, ainda cabe chamar a atenção para a inserção do fisioterapeuta na ESF. As políticas de estruturação do sistema de saúde permitiram a participação deste profissional na área de reabilitação, juntamente com o psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e assistente social, na ampliação da Atenção à Saúde da Família, desde 2005, pelo Ministério da Saúde<sup>(78)</sup>. Mas a observação da restrição de atuação destes profissionais gerou a oportunidade da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assim é possível, portanto, que o fisioterapeuta, integrante dos NASF, contribua com práticas de prevenção e promoção de saúde, não havendo restrição para a reabilitação como antes previsto<sup>(79)</sup>.

Ressaltada a participação do fisioterapeuta na promoção de saúde, no cenário Saúde da Família, como profissional capaz de avaliar as condições funcionais dos indivíduos e o contexto do que pode estar associado aos fatores limitadores da funcionalidade, dentre outras contribuições, faz-se uma ressalva de que pode haver uma inserção deste profissional ainda maior na ESF e NASF do Distrito Federal. A contribuição ainda é ínfima diante de poucos fisioterapeutas integrantes das equipes, e quem perde qualidade de vida, com isso, é a família, principal foco das estratégias.

O valor do fisioterapeuta na ESF é destacado por Aveiro et al (2011)<sup>(80)</sup>:

No que se refere à prevenção de agravos e promoção da saúde, de um modo geral, o fisioterapeuta pode estar contribuindo na identificação de grupos vulneráveis da área de atuação e de fatores de risco para doenças crônicas; [...] na oferta de suporte e orientações a familiares e cuidadores na prevenção de quedas, incapacidades e deformidades; na capacitação da Equipe de Saúde da Família, [...] e fortalecimento de ações para um estilo de vida saudável [...].



## 5 CONCLUSÃO

É possível concluir então, que os únicos fatores de influência na funcionalidade dos idosos da região específica do Paranoá foram o histórico de quedas, diante das conseqüências que a situação pode trazer ao ser humano, e o de visitar os amigos, pois aqueles que relataram fazer isso apresentaram maior sociabilidade, indicando a relação com as AIVD.

Também como ponto marcante do perfil dos voluntários, destaca-se o predomínio do sexo feminino, de casados, que moram com cônjuges e filhos, de moradia própria, com renda de até 1 salário mínimo, aposentados, com formação educacional até o ensino fundamental completo, e de faixa etária de 60-69 anos.

E ainda, é importante salientar que a maior parte dos entrevistados apresenta HAS, o que pode representar futura complicação funcional de acordo com os achados científicos, pois se sabe que é uma doença que pode levar a sérias conseqüências físicas e fisiológicas e até mesmo a outras doenças, conseqüentemente, gerando limitação funcional.

O comprometimento maior daqueles parcial ou totalmente dependentes foi relativo às AIVD, com maior preservação das ABVD, indicando maior tempo de atividades em suas residências, com menor participação social.



## 6 REFERÊNCIAS

1. Feeny D, Kaplan MS, Huguet N, McFarland BH. Comparing population health in the United States and Canada. *Population Health Metrics* 2010; 8(8): 1-11.
2. Talbot Y, Takeda S, Riutort M, Bhattacharyya OK. Capacity building in family health – innovate in-service training program for teams in Latin America. *Can Fam Physician* 2009; 55:613.e1-6.
3. Alger J, Becerra-Posada F, Kennedy A, Martinelli E, Cuervo LG, Grupo Colaborativo de la Primera Conferencia Latinoamericana de Investigación e Innovación para la Salud. Sistemas nacionales de investigación para la salud en América Latina: una revisión de 14 países. *Rev Panam Salud Publica* 2009;26(5):447–57.
4. Farinasso ALC, Marques S, Rodrigues RAP, Haas VJ. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)* 2006 mar; 27(1):45-52.
5. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm, Brasília (DF)* 2008 mar-abr; 61(2): 153-8.
6. Vasconcelos CM, Pache DF in: Campos GWS. *Tratado de Saúde Coletiva*. Hucitec, São Paulo, 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.925 de 13 de Novembro de 1998, que aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 1998 13 nov.
8. Hildebrand SM. O modelo político tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal: de 1997 a 2006. [Tese de Doutorado – Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2008.
9. Araújo LAO, Bachion MM. Programa Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. *Rev Bras Enferm, Brasília (DF)* 2004 set/out;57(5):586-90.
10. Copque HLF, Trad LAB. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. *Epidemiologia e serviços de saúde* 2005; 14(4): 223-233.
11. Garcia ESS, Saintrain MVL. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo Programa Saúde da Família. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro*, 2009 jan/mar; 17(1):18-23.

12. Linhares CRC, Coelho VLD, Guimarães RM, Campos APM, Carvalho NT. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2003; 16(2): 319-26.
13. Camarano AA. Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); textos para discussão. Abril, 2006.
14. Rosa TEJR, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, 2003; 37(1):40-8.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE: Brasil. 2010; acessível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores\\_sociais\\_municipais/tabelas\\_pdf/tab28.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/tabelas_pdf/tab28.pdf) [15 dez 2011].
16. Conselho dos direitos do idoso do Distrito Federal (CDI/DF). Idoso: informações sobre os direitos, políticas públicas e guias de serviços e benefícios sociais. Brasília: CDI/DF; 2009.
17. Companhia de Planejamento do Distrito Federal/CODEPLAN: Brasil. 2010; acessível em: [www.codeplan.df.gov.br](http://www.codeplan.df.gov.br) [14 out 2010].
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE: Brasil. 2010; acessível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/tabelas\\_pdf/tab1.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/tabelas_pdf/tab1.pdf) [15 dez 2011].
19. Ministério da Saúde: Brasil. 2010; acessível em: [www.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/df](http://www.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/df) [07 nov 2010].
20. Governo do Distrito Federal/GDF: Brasil. 2010; acessível em: [www.gdf.df.gov.br](http://www.gdf.df.gov.br) [14 out 2010].
21. Administração Regional do Paranoá/GDF: Brasil. 2010; acessível em: [www.paranoa.df.gov.br](http://www.paranoa.df.gov.br) [14 out 2010].
22. Marra TA, Pereira LSM, Faria CDCM, Pereira DS, Martins MAA, Tirado MGA. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos, 2007 jul./ago; 11(4): 267-273.
23. Rebelatto JR, Morelli JGS. Fisioterapia geriátrica – a prática de assistência ao idoso. Barueri, São Paulo: Manole; 2007, 95-97.
24. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson N BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. *Journal of the American Medical Society*, 1963; 185(12): 914-21.
25. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 1969; 9(3):179-86.

26. Nunes LM, Portella MR. O idoso fragilizado em domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, 2003 jul/dez; 17(2): 109-121.
27. Araújo LAO, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem do padrão mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(1):53-61.
28. Pereira ABCNG, Alvarenga H, Pereira Junior RS, Barbosa MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009 set; 25(9):1929-1936.
29. Floriano PJ, Dalgarrondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*, 2007; 56(3): 162-170.
30. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa Saúde da Família do município de Teixeira, MG. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14(4): 1251-1260.
31. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços em saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):410–8.
32. Ortiz-Hernández L, López-Moreno S, Borges G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde Pub*, Rio de Janeiro, 2007 jun; 23(6):1255-1272.
33. Parahyba MI. Desigualdade de renda e funcionalidade de idosos no Brasil. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP); Caxambú – MG, Setembro de 2004.
34. Rikli RE, Jones CJ. Teste de aptidão física para idosos. Barueri: São Paulo, Manole; 2008, 14-15.
35. Dölken M. Fisioterapia em ortopedia. São Paulo: São Paulo, Editora Santos; 2008, 3.
36. Vasconcelos KSS, Dias JMD, Dias RC. Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho. *Rev. bras. fisioter.* 2006; 10(2): 213-18.
37. Pereira MG. Epidemiologia – teoria e prática. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995, 63, 271-272.

38. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP, 2007; 41(2):317-25.
39. Silvestre JA, Costa Neto MM. Approach to the elderly in Family Health Programs. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2003, mai/jun; 19(3): 839-47.
40. Fortes PAC. A equidade no sistema de saúde na visão dos bioeticistas brasileiros. Rev Assoc Med Bras, 2010; 56(1): 47-50.
41. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. Rev Saúde Pública, 2010; 44(6): 1102-11.
42. Virtusoso Junior JS, Guerra RO, Fatores associados às limitações funcionais em idosos de baixa renda. Rev Assoc Med Bras, 2008; 54(5): 430-5.
43. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Brasil; 2010, acessível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/tabelas\\_pdf/tab8.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/tabelas_pdf/tab8.pdf) > [15 dez 2011].
44. Malta DC, Moura EC, Oliveira M, Santos FP. Usuários de planos de saúde: morbidade referida e uso de exames preventivos, por inquérito telefônico, Brasil, 2008. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jan 2011; 27(1): 57-66.
45. Santos IS, Uga MAD, Porto SM. O *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro, oferta e utilização dos serviços de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, 2008; 13(5): 1431-40.
46. Banhato EFC, Guedes DV. Cognição e hipertensão: influência da escolaridade. Estud. Psicol., abr/jun 2011; 28(2): 143-51.
47. Loucks EB, Abrahamowicz M, Xiao Y, Lynch JW. Associations of education with 30 year life course blood pressure trajectories: Framingham Offspring Study. BMC Public Health. 2011; 11: 139-48.
48. Coelho CLM, Bastos CL, Câmara FP, Landeira-Fernandez J. A influência do gênero e da escolaridade no diagnóstico de demência. Estud. Psicol., 2010; 27(4): 448-56.
49. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franseschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Determinant factors of functional status among the oldest old. Rev Bras Fisioter., 2010; 14(4): 322-9.
50. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis. Rev Saúde Pública, 2010; 44(3): 1-11.

51. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Xavier TT. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). *Revista Baiana de Saúde Pública*, jan/mar. 2010; 34(1): 19-30.
52. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(6): 1102-11.
53. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Elder's community capacity to develop daily life activities and daily instrumental life activities. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(1): 35-43.
54. Ursine PGS, Cordeiro HÁ, Moraes CL. Prevalence of housebound elderly people in the urban region of Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6): 2953-62.
55. Rabelo DF, Cardoso CM. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico-USF*, jan/jun 2007; 12(1): 75-81.
56. Salvetti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev Esc Enferm USP*, 2007; 41(1): 135-40.
57. Virtusoso Junior JS, Guerra RO, Fatores associados às limitações funcionais em idosos de baixa renda. *Rev Assoc Med Bras*, 2008; 54(5): 430-5.
58. Gonçalves LHT. A dinâmica na família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. *Rev Lat-Am Enfermagem*, 2011; 19(3): 458-66.
59. Araújo LAO, Bachion MM. Nursing diagnoses of the pattern of mobility in the elderly attended by the Family Health Program . *Rev Esc Enferm, USP*. 2005; 39(1): 53-61.
60. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro set 2011; 16(9): 3755-68.
61. DuniæI, Medenica L, BobiæB, DjurkoviæDjakoviæO. Patient's reported quality of life in chronic venous disease in an outpatient service in Belgrade, Serbia. *Eur J Dermatol*, 2009; 19 (6): 616-20.
62. Yokoyama E, Kaneita Y, Saito Y, Uchiyama M, Matsuzaki Y, Tamaki T et al. Association between depression and insomnia subtypes: a longitudinal study on the elderly in Japan. *Sleep*, 2010; 33(12): 1693-1702.

63. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Souza RA. Perfil social e funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm.*, 2011; 16(3): 478-85.
64. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. The Bambuí cohort study of aging: methodology and health profile of participants at baseline. *Cad. Saúde Pública*, 2011; 27(3): S327-35.
65. Marin MJS, Cecílio LCO, Rodrigues LCR, Ricci FA, Druzian S. Nursing diagnoses of pauper elderly women of Family Health Program (FHP). *Esc Anna Nery Rev Enferm.*, jun 2008;12(2): 278-84.
66. Silva VA, Souza KL, D'Elboux MJ. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP*, 2011; 45(3): 672-8.
67. Roe B, Flanagan L, Jack B, Barret J, Chung A, Chaw C et al. Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. *Journal of Advanced Nursing*, 2010; 67(2): 228-50.
68. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swit SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *NeurourolUrodyn*, 2010; 29(1):4-20.
69. Schumway-Cook A, Woollacott MH. Controle postural. In:Schumway-Cook A, Woollacott MH, editores. *Controle Motor: teoria e aplicações práticas*. 2a ed. Barueri: Manole; 2003. p.153-178.
70. Pinho L, Dias RC, Souza TR, Freire MTF, Tavares CF e Dias JMD. Avaliação isocinética da função muscular do quadril e tornozelo em idosos que sofrem quedas. *Rev. bras. fisioter.*, 2005; 9(1): 93-9.
71. Ribeiro ASB, Pereira JS. Melhora do equilíbrio e redução da possibilidade de queda em idosas após os exercícios de Cawthorne e Cooksey. *Rev Bras otorrinolaringol.*, jan/fev 2005; 71(1):38-46.
72. Coelho FCS, Partezani RRA. Causas e conseqüências de quedas em idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública*, 2005; 38(1): 93-9.
73. Christofolleti G, Oliani MM, Gobi LTB, Stella F. Risco de quedas em idosos com Doença de Parkinson e Demência de Alzheimer: um estudo transversal. *Rev. bras. fisioter.*, out/dez 2006; 10(4): 429-33.

74. Araújo LAO, Bachion MM. Nursing diagnoses of the pattern of mobility in the elderly attended by the Family Health Program . Rev Esc Enferm USP, 2005; 39(1): 53-61.
75. Silva TO, Freitas RS, Monteiro MR, Borges SM. Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. Rev Bras Clin Med., set/out 2010; 8(5): 392-8.
76. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Painel de indicadores do SUS nº3.
77. Rozenblum R; Jang Y; Zimlichman E; Salzberg C; Tamblyn M; Buckeridge D et al. A qualitative study of Canada's experience with the implementation of electronic health information technology. CMAJ, mar 2011; 183(5): E281-8.
78. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.065 de 4 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. Diário Oficial da União 2005; 5 jul.
79. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial da União* 2008; 4 mar.
80. Aveiro MC, Aciole GG, Driusso P, Oishi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. Cienc. Saúde Coletiva, 2011; 16(s1): 1467-78.

## ANEXO 1 - ESCALA DE LAWTON

Atividades	Itens	Pontos
Você pode preparar suas refeições por conta própria?	Com independência;	2
	com algum auxílio;	1
	completamente inábil.	0
Você pode realizar suas tarefas de casa ou seus trabalhos manuais por conta própria?	Com independência;	2
	com algum auxílio;	1
	completamente inábil.	0
Você consegue lavar suas roupas?	Com independência;	2
	com algum auxílio;	1
	completamente inábil.	0
Você consegue tomar medicamentos prescritos pelo médico por conta própria?	Com independência;	2
	com algum auxílio;	1
	completamente inábil.	0
Você consegue chegar a locais nos quais é necessário caminhar para cobrir a distância?	Com independência;	2
	com algum auxílio;	1
	completamente inábil.	0
Você consegue ir à padaria?	Com independência;	2
	com algum auxílio;	1
	completamente inábil.	0
Você consegue manusear seu dinheiro?	Com independência;	2
	com algum auxílio;	1
	completamente inábil.	0
Você consegue usar o telefone?	Com independência;	2
	com algum auxílio;	1
	completamente inábil.	0



## ANEXO 2 – ÍNDICE DE KATZ

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada.	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho.
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos.	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido.
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda.	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre.
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira.
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar).	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga.
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral.

## ANEXO 3 – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0149/2011

PROCOLO Nº DO PROJETO: 042/2011 – FATORES DE INFLUÊNCIA NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS ATENDIDOS PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 16/05/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 18 de maio de 2011.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br  
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-907  
BRASILIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE

## ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: Fatores de influência na capacidade funcional de idosos de um PSF do Distrito Federal. O nosso objetivo é identificar os fatores que podem interferir na funcionalidade do idoso, ou seja, a capacidade de ser independente.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder no Centro de Saúde – Paranoá ou em casa, na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de 30 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Setor de Enfermagem do Centro de Saúde e na Universidade de Brasília (UnB), podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Adriano Drummond nos telefones: 9221 9953 ou 8221 0304, no horário: 09h às 12h, e 14h às 17h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura:

---

Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura:

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## ANEXO 5 - TERMO DE CONCORDÂNCIA

O Senhor Diretor do Centro de Saúde – Paranoá, Dr. Marcelo Benites Monteiro, está de acordo com a realização, neste Serviço, da pesquisa “Fatores de influência na capacidade funcional de idosos atendidos pelo Programa Saúde da Família no Distrito Federal”, de responsabilidade do(a) pesquisador(a) Dr. Elioenai Dornelles Alves, para Dissertação de Mestrado do Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

O estudo envolve a realização de entrevistas de aproximadamente 30 minutos com pacientes idosos inscritos no Programa Saúde da Família. Tem duração de 5 a 6 meses, com previsão de início para Fevereiro de 2011.

Brasília, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Diretor (Chefe): \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora Responsável: \_\_\_\_\_



## APÊNDICE 1 – FICHA DE DADOS POPULACIONAIS

## FICHA DE DADOS SOCIOENÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino

Faixa etária

( ) 60-64 anos ( ) 65-69 anos ( ) 70-74 anos ( ) 75-79 anos ( ) 80 anos ou mais

Estado civil

Solteiro(a)( ) Casado(a)( ) Separado(a)( ) Divorciado(a)( )  
Viúvo(a)( )

Escolaridade

( ) Analfabeto

( ) Ensino fundamental incompleto

( ) Ensino fundamental completo (do 1º ao 9º ano)

( ) Ensino médio incompleto

( ) Ensino médio completo (do 1º ao 3º ano)

( ) Graduação

Situação ocupacional

( ) Dona de casa ( ) Pensionista ( ) Aposentado(a) ( ) Trabalha/trabalha +  
aposentadoria

Renda mensal

( ) até 1 salário mínimo

( ) de 1 a 2 salários mínimos

Local onde reside

( ) Central ( ) Intermediário ( ) Periférico

Composição familiar

( ) Apenas cônjuge ( ) Cônjuge + filho(s) ( ) Filho(s) ( ) Neto(s) ( ) Mora só

Situação de moradia

( ) Do entrevistado ( ) Do cônjuge/filhos ( ) Alugado ( ) Outra situação

## FATORES RELATIVOS À SAÚDE E AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA SAÚDE

Diabetes ( ) sim ( ) não

Teve AVE ( ) sim ( ) não

Asma ( ) sim ( ) não

Bronquite ( ) sim ( ) não

Hipertensão arterial ( ) sim ( ) não

Insônia ( ) sim ( ) não

Reumatismo ( ) sim ( ) não

Varizes ( ) sim ( ) não

Histórico de quedas ( ) sim ( ) não

Esteve hospitalizado ( ) sim ( ) não

Esteve infarto ag. Miocárdio ( ) sim ( ) não

Saúde mental  caso  não-caso

Como está a visão

Ótima/boa  Regular  Ruim/péssima/cego

Como está a audição

Ótima/boa  Regular  Ruim/péssima/surdo

Como percebe sua saúde

Ótima/boa  Regular  Má/péssima

Sua saúde se compara com seus pares:

Muito pior/pior  Mais ou menos  Muito melhor/melhor

#### FATORES RELATIVOS A RELAÇÕES SOCIAIS

Visita amigos  sim  não

Visita parentes  sim  não

Recebe visitas  sim  não

Vai ao cinema  sim  não

Participa de obras religiosas  sim  não

Gostaria de trabalhar  sim  não

Atividade física  sim  não

## APÊNDICE 2 – ARTIGO CIENTÍFICO DE REVISÃO

DETERMINANTES NA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA – REVISÃO INTEGRATIVA<sup>1</sup>DETERMINANTS ON ELDERLY FUNCTIONALITY OF THE FAMILY HEALTH  
STRATEGY – INTEGRATIVE REVIEWDETERMINANTES EN LA FUNCIONALIDAD DE ANCIANOS DE LA ESTRATEGIA  
SALUD DE LA FAMILIA – REVISIÓN INTEGRADORAAdriano Drummond<sup>I</sup>, Elíoenai Dornelles Alves<sup>II</sup>

## RESUMO

O envelhecimento pode ser acompanhado de alterações funcionais, e a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um programa que atende a uma grande demanda de idosos da comunidade. Objetivo: descrever quais os fatores determinantes na funcionalidade de idosos atendidos pela ESF. Metodologia: trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de artigos publicados em três (3) bancos de dados, de 2001 a 2011, de acordo com os descritores *idoso*, *Programa Saúde da Família*, *aptidão física* e *funcionalidade*. Resultados: fatores intrínsecos como idade avançada, o sexo feminino e apresentar doenças, como diabetes, hipertensão arterial e outras reumáticas e neurológicas, influenciam tanto quanto fatores extrínsecos ou socioeconômicos e demográficos, como o baixo nível de renda e de escolaridade. Conclusão: a dependência funcional variou entre 4,2 a 55%, com vários fatores de influência, os quais devem ser avaliados por cada equipe Saúde da Família para uma proposta de intervenção mais eficaz.

Descritores: idoso, Programa Saúde da Família, aptidão física, funcionalidade.

## ABSTRACT

---

<sup>1</sup> Artigo originário da Dissertação de Mestrado intitulada *Fatores de influência na capacidade funcional de idosos inscritos no Programa Saúde da Família no Distrito Federal*, produzido no Grupo de Pesquisa do NESPROM – UnB.

<sup>I</sup>Fisioterapeuta, Discente do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB; email: [pos.adriano.unb@gmail.com](mailto:pos.adriano.unb@gmail.com); end: SHIN QL 01 Conj 03 Casa 17, Lago Norte, Brasília, DF; CEP 71.505-035; Tel (61) 3468 3399.

<sup>II</sup>Enfermeiro, Doutor, Professor Titular e Coordenador do Núcleo de Estudos em Educação, Promoção de Saúde e Projetos Inclusivos – NESPROM, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM, Universidade de Brasília – UnB; email: [elioenai@unb.br](mailto:elioenai@unb.br)

Aging can be accompanied by functional changes, and the Family Health Strategy (FHS) is a program that meets a growing demand of elders from community. Objective: to describe which determining factors influences the functionality of the elderly people assisted by FHS. Methodology: this is a integrative literature review based on articles published in three (3) databases, from 2001 to 2011, according to the keywords *aged, Family Health Program, physical fitness and functionality*. Results: intrinsic factors such as age, female and present diseases such as diabetes, hypertension and others rheumatic and neurological diseases, influence as well as extrinsic factors or social-economic and demographic, such as low income and education levels. Conclusion: the functional dependence ranged from 4,2 to 55% and presents several influencing factors, which need to be evaluated for each Family Health Team so it can be done a more effective intervention.

Keywords: aged, Family Health Program, physical fitness, functionality.

## RESUMEN

El envejecimiento puede ser acompañado por cambios funcionales, y la Estrategia Salud Familiar (ESF) e un programa que responde a una demanda creciente de ancianos de la comunidad. Objetivo: describir los factores que determinan la funcionalidad de las personas de edad acompañados por el ESF. Metodología: se trata de una revisión integradora de la literatura de los artículos publicados en tres (3) bases de datos, de 2001 a 2011, según los descriptores *anciano, Programa de Salud Familiar, acondicionamiento físico y funcionalidad*. Resultados: los factores intrínsecos como la edad, el sexo femenino y las enfermedades actuales, como la diabetes, la hipertensión y otras enfermedades reumáticas y neurológicas, influyen así como factores extrínsecos o socio-económicos y demográficos, como los bajos ingresos y niveles educativos. Conclusión: la dependencia funcional vario entre 4,2 y 55%, con varios factores de influencia, que deben ser evaluados para cada propuesta del Equipo Familiar de Salud para una intervención más eficaz.

Descriptores: anciano, Programa de Salud Familiar, acondicionamiento físico, funcionalidad.

## INTRODUÇÃO



Em vista de uma sociedade que apresenta vários grupos vulneráveis, o de idosos vem sendo alvo de pesquisas em diversas áreas e temáticas multidisciplinares. Um dos focos de estudo é a capacidade de um idoso ser independente, uma vez que a partir dos 60 anos de idade a atenção voltada à funcionalidade é fundamental para se evitar a sobrecarga da família, principalmente, e do Estado, em se tratando das constantes hospitalizações e procedimentos curativos e de reabilitação que poderiam ser evitados caso houvesse um investimento adequado nas ações preventivas. Outra preocupação constantemente investigada é a identificação do perfil desta população, na tentativa de se registrar suas características de acordo com cada região do país e, a partir daí, se traçar uma ação interventiva mais eficaz para a saúde <sup>(1)</sup>.

Investigações de dados populacionais envolvendo os aspectos socioeconômicos, demográficos e, principalmente, de saúde, são estratégias adotadas por vários países. No Canadá os indicadores de doenças crônicas, bem como de condições sociais como pobreza, o colocam em melhores condições que os Estados Unidos da América (EUA), em virtude da diferente condição de acesso às estratégias de saúde entre estes dois países. O Canadá, assim como Brasil e Cuba, possui uma política de acesso à saúde universal, e ainda conta com o serviço de atenção primária, diferentemente dos EUA, em que este acesso é baseado na empregabilidade ou idade do cidadão, não sendo universal <sup>(2,3)</sup>.

Ainda há um apoio estruturado de modo fragmentado e ações individualizadas, acerca das políticas sociais, de forma geral, sem considerar o meio familiar e da comunidade <sup>(1)</sup>. Embora desde a década de 1980, a Reforma Sanitária tenha trazido à tona importantes fatores que necessitavam serem revistos e discutidos pela sociedade e governo para se reestruturar o sistema vigente de saúde brasileiro.

Após a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi possível a criação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje nomeado Estratégia Saúde da Família (ESF), criado em Março de 1994, como uma estratégia de ações de atenção básica no que diz respeito à organização do Sistema de Saúde <sup>(4)</sup>. Esta estratégia evidencia uma forma de se estabelecer uma comunicação diferenciada com a população, uma vez que preconiza a promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação. Sua ação se dá não somente no âmbito individual e familiar, mas também em um contexto comunitário, sendo assim, coletivo. Desta

forma, as ações são desenvolvidas de acordo com os problemas e características de cada localidade <sup>(5)</sup>.

Essa atuação regional dos profissionais da ESF permite a identificação e intervenção mais específica sobre os fatores mais freqüentes que afetam a saúde das pessoas. Porém, desde que foi implementado, o programa não tem conseguido alcançar êxito total acerca de seus objetivos. A literatura tem relatado um insucesso de equipes de saúde que não têm conseguido acompanhar as necessidades locais, restringindo-se a demandas elementares, como consultas básicas e imunizações <sup>(6)</sup>.

Na tentativa de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, estudos vêm sendo realizados no intuito de identificar as características dos usuários que procuram pelas ações promovidas pelas ESF, sendo possível orientar, a partir de então, decisões relativas às prioridades de intervenção <sup>(7)</sup>.

Diante do estudo do perfil da população idosa, é possível identificar a prevalência de algumas doenças crônico-degenerativas relacionadas ao processo de envelhecimento, as quais preocupam quem os atende e são foco nos três níveis de atenção. São estas doenças que, frequentemente, causam as diversas limitações funcionais, o que pode levar a uma sobrecarga da família e do sistema de saúde <sup>(5, 7-10)</sup>.

O número de comorbidades associado às incapacidades funcionais são, por conseqüência, determinantes no grau de dependência do idoso <sup>(10)</sup>, apesar de haver evidências na região norte do Paraná que demonstram a não correlação entre estes fatores <sup>(3)</sup>.

A incapacidade funcional é caracterizada pela dificuldade ou impossibilidade de desenvolver gestos e atividades da vida cotidiana <sup>(10)</sup>. Didaticamente as atividades funcionais podem ser divididas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), como a capacidade tomar banho sozinho ou com auxílio, vestir-se ou alimentar-se; e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que incluem a capacidade de se comunicar por telefone, tomar seus remédios, preparar sua comida, entre outros <sup>(11)</sup>. Há instrumentos validados para a avaliação de ABVD e AIVD que usualmente são utilizados em pesquisas no intuito de se diagnosticar estes déficits desta população <sup>(12-14)</sup>.

Além dos fatores intrínsecos, fatores extrínsecos como o cultural, socioeconômico e demográfico podem interferir na funcionalidade. Hábitos comportamentais como alimentação, fumo, ingestão de bebida alcoólica e outros

relacionados ao estilo de vida estão inseridos neste contexto<sup>(10)</sup>. Estudos realizados por meio dos censos demográficos e Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNAD) têm confirmado a falta de autonomia para o desempenho das AVD e ausência de renda, além do nível de escolaridade<sup>(15)</sup> como fatores que influenciam o grau de dependência dos idosos.

Neste contexto, o objetivo deste estudo é descrever quais os fatores determinantes na funcionalidade de idosos atendidos pela ESF, segundo a literatura nacional.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que percorreu as seguintes etapas: elaboração da questão norteadora, busca dos estudos e amostragem, coleta dos dados por meio de resumo crítico, apresentação e análise dos resultados. Neste sentido, a busca pelos resultados baseou-se na questão norteadora: *“Quais são os fatores determinantes na funcionalidade de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família segundo a literatura nacional?”*.

Para tanto realizou-se uma busca a artigos publicados nas línguas português ou espanhol, publicados no período de 2001 a Junho de 2011 nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline, utilizando-se os descritores controlados “funcionalidade”, “Programa Saúde da Família”, “idoso” e “aptidão física”.

Foram considerados como critérios de inclusão: estudos realizados por meio de metodologia descritiva, no cenário Estratégia Saúde da Família, com sujeitos idosos, tendo como objetivo a avaliação da capacidade funcional. Revisões de literatura bem como estudos identificados em mais de uma base de dados foram excluídos. Para a inclusão de estudos com citações repetidas consideramos a ordem em que foram identificados na busca às bases de dados, a saber: Scielo (1ª), Lilacs (2ª), Medline (3ª).

Uma vez identificados os estudos nas bases de dados, procedeu-se a leitura dos títulos e resumos para a seleção dos estudos que atendessem aos critérios de inclusão, os quais foram selecionados para a leitura na íntegra. Após a leitura na íntegra os estudos foram considerados adequados ou não para a inclusão na amostra. Os selecionados para compor a amostra desta revisão foram analisados por meio de resumo crítico<sup>(16)</sup> com o propósito de sintetizar as informações obtidas. A análise dos resultados foi feita considerando-se as variáveis: região do país onde

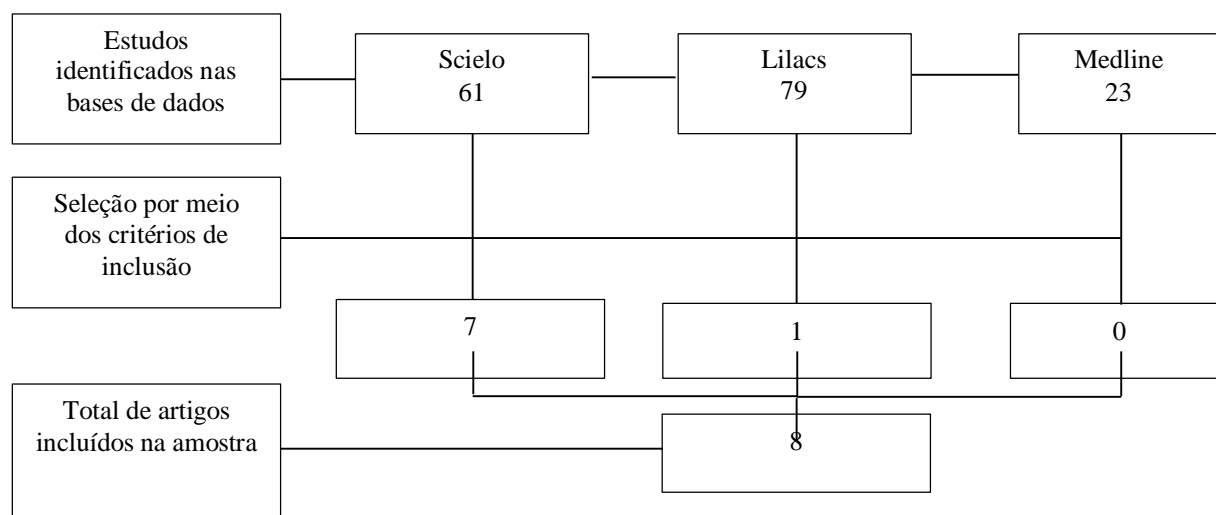
se encontra a ESF, fatores intrínsecos e extrínsecos de influência na capacidade funcional e a natureza do estudo.

## RESULTADOS

A presente Revisão Integrativa teve como objetivo identificar, na literatura nacional, quais os fatores determinantes na funcionalidade de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família.

O Fluxograma 1 apresenta os estudos que foram identificados e selecionados segundo a base de dados.

Fluxograma 1: Apresentação dos estudos selecionados segundo a bases de dados.



A Tabela 1 apresenta os estudos incluídos na presente revisão, segundo os objetivos e resultados.

Tabela 1. Distribuição dos estudos selecionados sobre determinantes da funcionalidade de idosos atendidos em ESF no Brasil, segundo autoria, objetivos e resultados. Distrito Federal, 2011.

Autoria, ano	Objetivos	Resultados
Nogueira et al, 2010 <sup>(18)</sup>	Investigar fatores socioeconômicos, demográficos, biológicos, nutricionais, relações sociais e auto avaliação da saúde sobre a capacidade funcional de idosos longevos (80 anos e mais).	Idade (ter 85 anos ou mais), gênero feminino, uso contínuo de 5 ou mais medicamentos, não visitar parentes ou amigos pelo menos uma vez por semana e considerar a própria saúde pior que a de seus pares foram os fatores mais impactantes na incapacidade funcional.
Alves et al, 2010 <sup>(19)</sup>	Analisar a influência dos fatores demográficos, socioeconômicos, condições de saúde e contexto das unidades da federação, na incapacidade funcional dos idosos.	A auto percepção da saúde, doenças crônicas, sexo, ocupação, escolaridade e renda foram os fatores mais relacionados com a incapacidade funcional.
Torres et al, 2010 <sup>(20)</sup>	Analisar a relação entre dinâmica	Não foi encontrada significância

	familiar quanto à adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e a capacidade funcional de idosos dependentes.	estatística na relação entre a dinâmica familiar e as variáveis relacionadas à capacidade funcional do idoso dependente.
Thumé et al, 2010 <sup>(21)</sup>	Analisar fatores associados à assistência domiciliar à população idosa e suas características, nas áreas cobertas por Estratégia Saúde da Família (ESF) e onde predomina o modelo tradicional de atenção.	A assistência domiciliar esteve associada à história prévia de acidente vascular cerebral, à presença de sinais de demência e à incapacidade para as atividades da vida diária.
Costa et al, 2006 <sup>(22)</sup>	Identificar características sociais e demográficas dos idosos, avaliar sua capacidade para as atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida.	Predomínio de idosos do sexo feminino, faixa etária de 60-69 anos, casados, católicos, renda menor ou igual a 1 salário mínimo e moradia própria, sendo a maioria independente para atividades no domicílio e dependentes para as atividades fora dele.
Ursine et al, 2011 <sup>(23)</sup>	Estimar a prevalência, perfil sócio demográfico e de saúde de idosos restritos ao domicílio adscritos a uma unidade de saúde da família da região metropolitana de Belo Horizonte (MG).	Maior prevalência de idosos restritos ao domicílio do sexo feminino, com idade de 80 anos ou mais e entre aqueles com suspeita de déficit cognitivo ( $p < 0,05$ ). Renda inferior a um salário mínimo, relatava história de queda, com suspeita de depressão e motivos físicos para a restrição.
Araújo; Bachion, 2005 <sup>(24)</sup>	Verificar a ocorrência de Diagnósticos de Enfermagem do Padrão Mover em idosos cadastrados por uma equipe do Programa Saúde da Família de Goiânia (GO).	Os diagnósticos mais frequentes foram mobilidade física prejudicada (90,7%), padrão do sono perturbado (89,4%) e manutenção ineficaz da saúde (75,9%).
Marin et al, 2008 <sup>(25)</sup>	Identificar os diagnósticos de enfermagem de um grupo de idosas consideradas muito pobres.	Entre os diagnósticos mais frequentes destacam-se “Mobilidade física prejudicada”, “Dor crônica”, “Manutenção do lar prejudicada”, “Percepção sensorial visual perturbada”, “Conhecimento deficiente” e “Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais”. Os resultados indicam a demanda por intervenções sociais, funcionais, emocionais e ambientais.

Com relação aos delineamentos, todos os estudos eram descritivos, com avaliações qualitativas ou quali-quantitativas.

## DISCUSSÃO

A análise do conteúdo dos estudos permitiu identificar que entre as atribuições comuns de uma equipe Saúde da Família estão a identificação das reais necessidades das famílias pelas quais as equipes são responsáveis, enfatizando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, pontuando o que pode afetar a saúde do idoso, assim como as situações de risco mais comuns. Segundo os autores, cabe ao médico e ao enfermeiro compreender a

influência da família, instituições, comunidade e valores culturais e sociais na manutenção funcional e de autonomia do idoso <sup>(17)</sup>.

Dos oito estudos analisados, sete exibiram resultados regionais, sendo que os estados brasileiros onde se desenvolveram as pesquisas foram Minas Gerais <sup>(18,23)</sup>, Bahia <sup>(20)</sup>, Rio Grande do Sul <sup>(21)</sup>, Goiás <sup>(22, 24)</sup> e São Paulo <sup>(25)</sup>. Um estudo apresentou resultados nacionais <sup>(19)</sup>.

Pudemos identificar um conjunto de fatores que interferem na autonomia do idoso, tanto de cunho individual, social, demográfico e econômico, quanto aos relacionados ao estado físico, envolvendo as doenças mais comuns para esta população, as relações familiares e os diversos graus de mobilidade.

No intuito de identificar os fatores associados à Capacidade Funcional (CF) de idosos longevos (80 anos ou mais), os autores encontraram CF ruim entre as mulheres do Município de São Geraldo (Minas Gerais) <sup>(18)</sup> resultado que corrobora os achados de uma análise baseada em dados populacionais brasileiros <sup>(19)</sup>. Em outros estudos onde houve predominância do sexo feminino entre os fatores analisados, esta variável não foi correlacionada com o desempenho funcional <sup>(20-23)</sup>.

Algumas doenças foram identificadas como mais prevalentes, sendo a hipertensão arterial a de maior destaque. Outras doenças como diabetes, acidente vascular encefálico, artrose de coluna e joelhos, artrite, osteoporose, labirintite e depressão foram relacionadas a diferentes graus de alterações funcionais <sup>(19-22,24)</sup>.

Doenças como a artrose e artrite podem interferir na mobilidade do idoso, limitando-os quanto ao desempenho de atividades diárias. Em um estudo realizado com 75 idosos residentes em Goiânia (GO) <sup>(24)</sup>, 44% apresentavam limitação para andar, caracterizando interferência na AIVD, 28% apresentaram déficit no autocuidado para alimentação, 25,35% déficit no autocuidado para higiene, e 18,6% déficit no autocuidado para vestir-se e arrumar-se, sendo que essas tarefas caracterizam ABVD <sup>(11)</sup>. Outros autores encontraram que 94,2% de sua amostra encontravam-se com prejuízos na mobilidade física e apresentavam sintomas como desconforto, dor, prejuízos sensório-perceptivos, musculoesqueléticos e neuromusculares, falta de condicionamento físico e resistência cardiovascular prejudicada <sup>(25)</sup>. Incontinência urinária e problemas de memória também foram considerados como fatores que interferem nas atividades diárias dos idosos <sup>(23)</sup>.

O fator idade é destacado como de influência negativa na autonomia dos idosos, sobretudo entre aqueles com idade maior que 85 anos de idade <sup>(18)</sup>, além da

polifarmácia, uma vez que idosos que tomavam mais de cinco medicamentos por dia eram mais limitados e dependentes, e, portanto, apresentavam pior capacidade funcional <sup>(18)</sup>.

Outros resultados foram importantes para a compreensão da necessidade do ser humano de convívio social, com seus elementos culturais e econômicos, além da influência de fatores como a auto percepção, para a qualidade de vida e autonomia dos idosos.

A renda familiar e a escolaridade do idoso foram considerados como fatores determinantes da CF<sup>(18,20-23)</sup>. Neste sentido, quanto maiores os níveis destes indicadores menores as chances dos idosos reportarem pior funcionalidade<sup>(18)</sup>. Tal situação justifica-se pela já reconhecida vantagem proporcionada pela educação sobre a saúde, influenciando tanto fatores A justificativa é fortalecida psicossociais como de comportamento.

Vale destacar que a predominância de idoso de baixa renda nos estudos realizados em cenários de Estratégia Saúde da Família é esperada uma vez que a estratégia é implementado preferencialmente em regiões de comunidades carentes.

Já a associação entre a capacidade funcional e a opinião do idoso de que sua saúde é pior do que a de seus pares defendida por alguns autores <sup>(19)</sup>, não foi um fator determinante para outros <sup>(18)</sup>. É comum observar idosos que moram com filhos, netos e/ou acompanhantes, por isso, alguns pesquisadores incluem em suas metodologias a análise desta situação. Ainda relacionado ao convívio, estudos demonstraram a relação entre a situação conjugal e a capacidade funcional, sendo melhor entre os casados <sup>(21, 22)</sup> ou viúvos <sup>(20, 23)</sup>, e pior entre separados ou solteiros. A funcionalidade familiar pode interferir na CF de idosos dependentes quanto à relação de adaptação, companheirismo, desenvolvimento e afetividade da família<sup>(20)</sup> uma vez que 73,5% dos idoso estudados relataram comprometimento da dinâmica familiar, sendo que 46% apresentavam CF moderada e 27% apresentavam alta disfuncionalidade.

Quanto aos fatores tidos como protetores, embora considere-se a ocupação nesta categoria, uma vez que o idoso ocupado tem menor probabilidade de apresentar pior CF <sup>(19)</sup>, os artigos por nós analisados não avaliaram esta correlação diretamente, ainda que um deles tenha objetivado estimar a prevalência e o perfil sociodemográfico e de saúde de idosos restritos ao domicílio, e tenha encontrado que 55% eram gravemente dependentes e 42% moderadamente dependentes<sup>(23)</sup>.



A prática de atividade física figurou como fator contribuinte para a manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas, o que, por consequência, pode evitar hospitalizações e diferentes graus de morbidade <sup>(26)</sup>. Idosos com histórico de internações hospitalares se tornam mais vulneráveis ao declínio funcional e à dependência quando comparados aos que não foram <sup>(24)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa permitiu identificar uma série de fatores que foram considerados como influentes sobre a capacidade funcional de idosos atendidos em Estratégias de Saúde da Família segundo a literatura nacional.

De um modo geral, é possível destacar que o índice de dependência funcional grave variou entre 4,2% a 55%, demonstrando que ainda há uma boa parcela de idosos com moderada e leve dependência, com capacidade de produção e desenvolvimento de atividades da vida diária e também laborais.

Observamos que existem poucas pesquisas relacionadas ao tema funcionalidade do idoso realizados especificamente no cenário da Estratégia Saúde da Família, embora haja maior número de estudos sobre esse tem em outros cenários.

Faz-se necessário que outros estudos sejam realizados nos diversos municípios brasileiros a fim de se ampliar a compreensão das necessidades locais. Sendo este um dos papéis de cada equipe de saúde da família é fundamental o diagnóstico preciso, focando os aspectos socioeconômicos, demográficos e culturais de cada região a fim de favorecer uma intervenção direcionada às reais necessidades dos idosos, com menor desperdício de tempo, recursos humanos, financeiros e materiais.

## REFERÊNCIAS

1. Farinasso ALC, Marques S, Rodrigues RAP, Haas VJ. Functional capacity and referred morbidity of elderly in na area covered by the Family Health Program. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS). 2006 mar; 27(1): 45-52.
2. Feeny D, Kaplan MS, Hugué N, McFarland BH. Comparing population health in the United States and Canada. Population Health Metrics. 2010; 8(8): 1-11.



3. Talbot Y, Takeda S, Riutort M, Bhattacharyya OK. Capacity building in family health – innovate in-service training program for teams in Latin America. *Can Fam Physician*. 2009; 55: 613-16.
4. Sousa MF. The Family Health Program in Brazil: analysis of access to basic care. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF). 2008 mar-abr; 61(2): 153-8.
5. Araújo LAO, Bachion MM. Health Family Program: profile of elderly people assisted by a team. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF). 2004 set/out; 57(5): 586-90.
6. Copque HLF, Trad LAB. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. *Epidemiologia e serviços de saúde*. 2005; 14(4): 223-33.
7. Garcia ESS, Saintrain MVL. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo Programa Saúde da Família. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. 2009 jan/mar; 17(1): 18-23.
8. Linhares CRC, Coelho VLD, Guimarães RM, Campos APM, Carvalho NT. Patient's profile at a geriatric outpatient service in Federal District, Brazil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2003; 16(2): 319-26.
9. Camarano AA. Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA): textos para discussão. Abril, 2006.
10. Rosa TECR, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Determinant factors at functional status among the elderly . *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(1): 40-8.
11. Shiguemoto GE. Avaliação do idoso: anamnese e avaliação da performance física. In: Rebelatto JR, Morelli JGS. *Fisioterapia geriátrica – a prática de assistência ao idoso*. Barueri, São Paulo: Manole; 2007. p. 95-7.
12. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson N BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. *Journal of the American Medical Society*. 1963; 185(12): 914-21.
13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9(3): 179-86.
14. Nunes LM, Portella MR. O idoso fragilizado em domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre. 2003 jul/dez; 17(2): 109-21.
15. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF et al. Social-sanitary and lifestyle profile of hypertense and/or diabetics users of the Family Health Program in the city of Teixeiras, Minas Gerais State. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(4): 1251-60.

16. Sampaio RF e Mancini MC. Systematic review studies: a guide for careful synthesis of the scientific evidences. *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos. 2007 jan/fev; 11(1): 83-9.
17. Silvestre JA, Costa Neto MM. Approach to the elderly in Family Health Programs. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2003, mai/jun; 19(3): 839-47.
18. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franseschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Determinant factors of functional status among the oldest old. *Rev Bras Fisioter.* 2010; 14(4): 322-9.
19. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(3): 1-11.
20. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Xavier TT. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). *Revista Baiana de Saúde Pública*, jan/mar. 2010; 34(1): 19-30.
21. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(6): 1102-11.
22. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Elder's community capacity to develop daily life activities and daily instrumental life activities. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(1): 35-43.
23. Ursine PGS, Cordeiro HÁ, Moraes CL. Prevalence of housebound elderly people in the urban region of Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(6): 2953-62.
24. Araújo LAO, Bachion MM. Nursing diagnoses of the pattern of mobility in the elderly attended by the Family Health Program . *Rev Esc Enferm, USP.* 2005; 39(1): 53-61.
25. Marin MJS, Cecílio LCO, Rodrigues LCR, Ricci FA, Druzian S. Nursing diagnoses of pauper elderly women of Family Health Program (FHP). *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008, jun; 12(2): 278-84.
26. Silva TO, Freitas RS, Monteiro MR, Borges SM. Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. *Rev Bras Clin Med.*, São Paulo. 2010, set/out; 8(5): 392-8.

APÊNDICE 3 – ARTIGO CIENTÍFICO PUBLICADO NA REVISTA ELETRÔNICA GESTÃO & SAÚDE (UnB).

*Ensaio*

O PERFIL E A FUNCIONALIDADE DE IDOSOS INSCRITOS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA<sup>2</sup>

FEATURES AND PROFILE OF ENROLLED IN ELDERLY FAMILY HEALTH PROGRAM

CARACTERÍSTICAS Y PERFIL DE LOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA MAYORES DE SALUD FAMILIAR

Adriano Drummond<sup>3</sup>

RESUMO

O presente ensaio tem como objetivo fornecer breves informações sobre aspectos do envelhecimento acerca de sua influência sobre a capacidade funcional, não só quanto aos fatores intrínsecos, como as respostas fisiológicas e doenças, mas quanto aos fatores extrínsecos, como a diversidade socioeconômica e demográfica. E ainda dialogar quanto à necessidade de investigação do perfil de idosos inscritos em Programas Saúde da Família, como na região administrativa do Paranoá, Distrito Federal.

Palavras chave: gerontologia, envelhecimento, idoso, perfil sócio-demográfico

ABSTRACT

This essay aims to provide brief information about aspects of aging on their influence on functional capacity, not only on the intrinsic factors, such as physiological and disease, but as to extrinsic factors such as socioeconomic and demographic diversity. And talk about the need to investigate the profile of seniors enrolled in Family Health Programs, as in the administrative region of Paranoá, Distrito Federal.

Keywords: gerontology, aging, elderly, socio-demographic profile

RESUMEN

Este ensayo tiene como objetivo proporcionar una breve información sobre los aspectos del envejecimiento de su influencia en la capacidad funcional, no sólo en los factores intrínsecos, como fisiológicos y enfermedades, pero en cuanto a factores extrínsecos tales como la diversidad socioeconómica y demográfica. Y si hablamos de la necesidad de investigar el perfil de los adultos mayores inscritos en los programas de salud de la familia, como en la región administrativa de Paranoá, Distrito Federal.

---

<sup>2</sup> Este ensaio compõe parte de minha dissertação de mestrado sobre envelhecimento no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde orientado pelo Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Discente do programa de Mestrado em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Palabras clave: gerontología, el envejecimiento, las personas mayores, perfil sociodemográfico

### Introdução

Há uma grande demanda de pesquisas que têm sido realizadas para a investigação dos aspectos gerais que interferem na qualidade de vida e na funcionalidade do idoso. Não é uma preocupação que se restringe a pesquisadores de instituições de ensino superior privadas ou públicas, mas também a órgãos governamentais como a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O censo demográfico de 2000, por exemplo, apresentou informações sobre o declínio funcional, o qual é avaliado por meio da declaração da habilidade ou inabilidade de desenvolver atividades básicas e instrumentais de vida diária, como se vestir, tomar banho, manusear os remédios e várias outras.<sup>(1)</sup>

Dados como demografia, educação, rendimento, ocupação e saúde surgem à medida que são concluídos os censos no Brasil. Isto permite agregar as informações do Ministério da Saúde, como o número de internações hospitalares, para se cruzar os dados e analisar a possível correlação entre eles.

O presente artigo tem como objetivo fornecer breves informações sobre aspectos do envelhecimento acerca de sua influência sobre a capacidade funcional, não só quanto aos fatores intrínsecos, como as respostas fisiológicas e doenças, mas quanto aos fatores extrínsecos, como a diversidade socioeconômica e demográfica. E ainda dialogar quanto à necessidade de investigação do perfil de idosos inscritos em Programas Saúde da Família, como na região administrativa do Paranoá, Distrito Federal.

### O processo de envelhecimento e a sociedade

Envelhecer não significa ficar incapaz. O processo natural de envelhecimento das células dos diversos tecidos do corpo humano não implica, necessariamente, em incapacidade de trabalhar, raciocinar, participar de atividades comunitárias, realizar atividades físicas ou gerir uma equipe qualquer. Mas isso requer um preparo da sociedade para permitir esta participação ativa.

No mercado de trabalho, por exemplo, valoriza-se adultos jovens para a ocupação das vagas, o que é compreensível, mas descarta-se, em muitos casos, a possibilidade de contratação de pessoas com idade superior a 60 anos. O que nos remete a pensar se toda a experiência adquirida em suas carreiras não poderia ser explorada para o benefício do grupo ou empresa. O gráfico seguinte permite uma visualização da ocupação de idosos, de acordo com a pesquisa da Fundação Perseu de Abramo.<sup>(2)</sup>

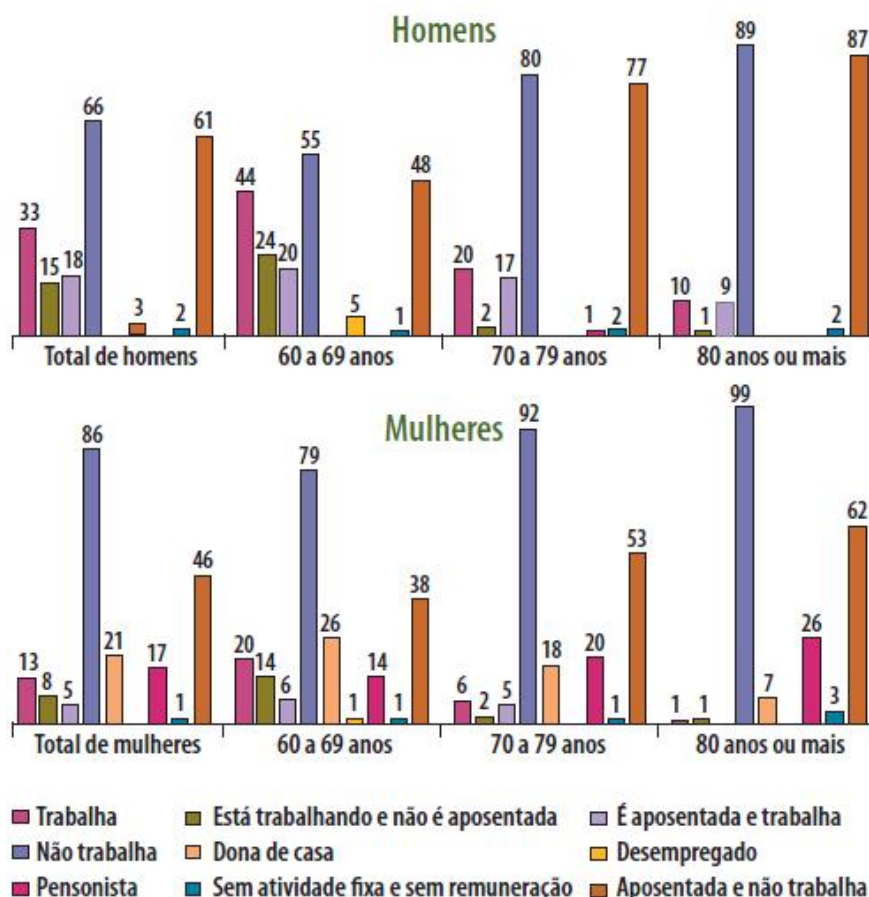


Gráfico 1 - ocupação de homens e mulheres acima de 60 anos de idade; fonte: Fundação Perseu Abramo - pesquisa "Idosos no Brasil – vivências, desafios e expectativas na terceira idade" in: indicadores de saúde do SUS.

Envelhecer significa compartilhar experiências sociais e culturais, não precisa ser uma forma de punição ou discriminação social, ato que permitiria debates suficientes para outros artigos, assim como o tema violência.

Pode-se citar também outros indicadores que interferem na qualidade de vida desta população positiva ou negativamente, como o nível de escolaridade. O Distrito Federal é representado pelo maior quantitativo de idosos alfabetizados do país.<sup>(3)</sup> Isto pode auxiliar no processo de informação e educação, principalmente no tocante à saúde. Em uma pesquisa realizada no Município de Teixeira (Minas Gerais), na qual 150 idosos hipertensos e diabéticos foram entrevistados, foi demonstrado que 89,4% apresentava baixo nível educacional, levando a uma baixa adesão ao tratamento das doenças, tanto pelas menores condições financeiras (outra característica do grupo estudado) quanto pela falta de conhecimento.<sup>(4)</sup>

Tanto a melhoria dos aspectos socioeconômicos quanto os avanços da área da saúde permitiram aos brasileiros um aumento da expectativa de vida, conforme o gráfico 2. Mas isso obriga o governo e todas as organizações e instituições que estudam ou zelam direta ou indiretamente pela saúde dos idosos a criarem um olhar mais criterioso para suas necessidades, permitindo a eles uma participação mais efetiva na sociedade.

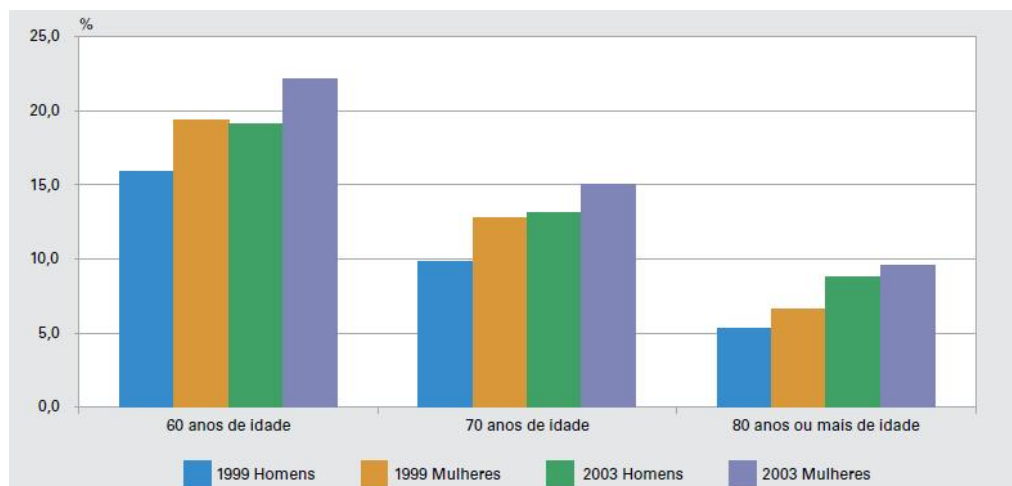


Gráfico 2 - expectativa de vida dos idosos de 60, 70 e 80 anos ou mais de idade segundo o sexo; Brasil – 1999/2003; fonte: IBGE.

### O Programa Saúde da Família e o perfil de idosos

Diante da criação do Programa Saúde da Família (PSF), como componente do Sistema Único de Saúde (SUS), foi possível perceber mais de perto quais as demandas que uma determinada comunidade carece de maior atenção. Portanto, atuar pontualmente nas reais necessidades, evitando um gasto financeiro, de tempo e de recurso humano em intervenções desnecessárias. Sua estratégia se dá não somente no âmbito individual e familiar, mas também em um contexto comunitário, sendo assim, coletivo. Porém, desde que foi implementado, o programa não tem conseguido alcançar êxito total acerca de seus objetivos. Há evidências que demonstram um insucesso de equipes de saúde (ES) que não têm conseguido acompanhar as necessidades locais, restringindo-se a demandas elementares, como consultas básicas e imunizações.<sup>(5,6)</sup>

Para grupos vulneráveis como o de idosos, a estratégia deste programa pode promover ações nos três níveis de saúde. Por muito tempo o Brasil vivenciou ações estritamente curativas, baseadas em hospitalizações, o que sobrecarrega o sistema e não contribui para a educação em saúde da população em geral. Mas para se educar uma comunidade específica, é importante conhecê-la antes, inclusive para um diálogo nivelado à cultura local. Por isso, várias pesquisas estão sendo realizadas para a identificação do perfil dos idosos inscritos nos PSF espalhados pelo país, caracterizando-os de acordo com cada região.

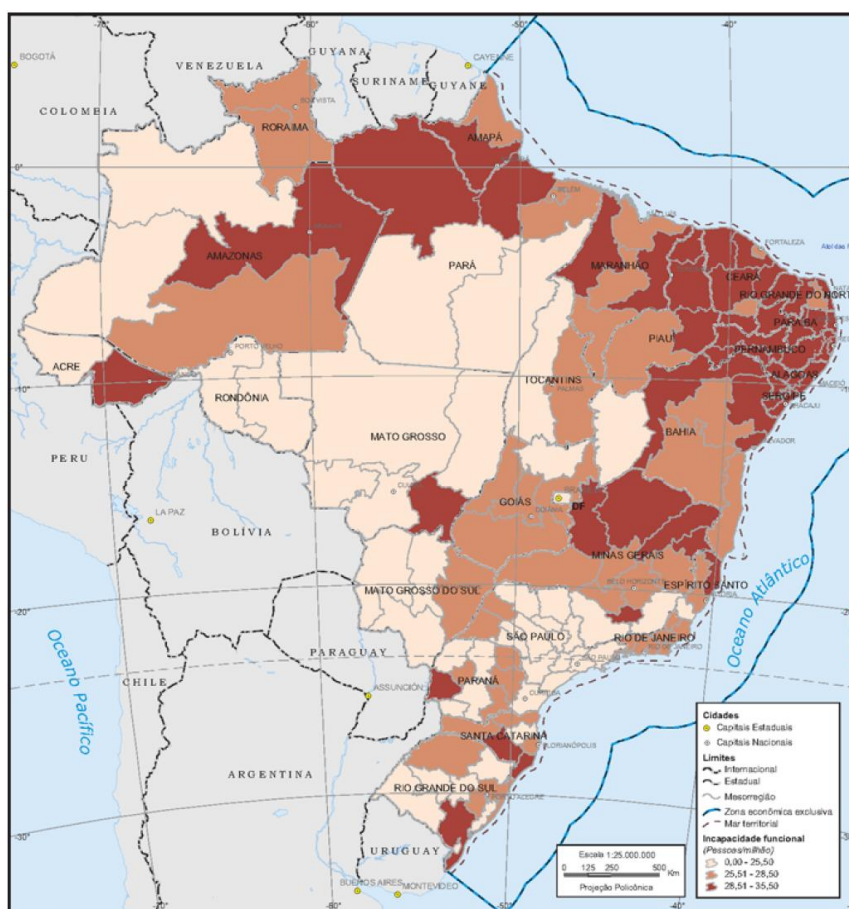
### Fatores de influência na capacidade funcional

O foco das políticas públicas de saúde não está voltado exclusivamente para os níveis de mortalidade ou seus fatores causais, mas para os dados epidemiológicos que informam sobre condições de morbidade. No que se refere à incapacidade humana, doenças crônicas com início insidioso que atingem a população idosa são motivos de atenção especial para as ES. Ser independente, parcial ou totalmente dependente sofre influência direta de fatores intrínsecos, como a presença de doenças, podendo citar diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, artrose, artrite, seqüelas de AVE, entre outras.<sup>(7,8)</sup> Segundo a pesquisa da Fundação Perseu Abramo (“Idosos no Brasil – Vivências, desafios e expectativas na terceira idade”) 81% dos idosos se queixam de alguma doença e 19% não. Praticar atividades físicas é fundamental para a manutenção da funcionalidade e prevenir doenças relacionadas à inatividade, como a obesidade. Dados do Ministério da



Saúde informam que 43,4% da população brasileira apresentam excesso de peso e 29,2% afirmam ser fisicamente inativos. Dos homens, 12,9% já estão obesos e são significativamente mais sedentários do que as mulheres. <sup>(2)</sup> Contudo, no Brasil, uma linha de pesquisa vem sendo desenvolvida em vários estados para evidenciar que outros motivos, os fatores socioeconômicos e demográficos, influenciam na capacidade funcional também. Podemos citar estados da região sul, sudeste, nordeste e centro-oeste, sendo que neste último, apenas Goiânia apresenta um estudo com tais características. <sup>(9-11)</sup> Os autores destas pesquisas adotaram o padrão de avaliação exclusivamente de idosos inscritos nos PSF, o que indica que no Distrito Federal ainda não há pesquisas com metodologias semelhantes.

Receber a visita de alguém pode ser fundamental para um idoso se sentir bem sob o ponto de vista psicológico, lembrando sempre que somos seres de reações psicossomáticas. Mas não receber esta visita pode ser motivo para desencadear um processo depressivo, como ocorre com vários internos de Instituições de Longa Permanência. Os aspectos sociais, de convívio ou não com a família, de contato com o mundo ou o isolamento são fatores que têm sido constantemente evidenciados como influentes na qualidade de vida e, inclusive, na capacidade funcional dessa população. <sup>(7)</sup> São dados relevantes para que o programa de atenção básica à saúde procure fazer um diagnóstico dos principais problemas encontrados em cada região administrativa que contenha uma equipe Saúde da Família. A figura a seguir mostra um panorama quanto à prevalência de incapacidade funcional no Brasil.



Cartograma 1 - prevalência de incapacidade funcional em mobilidade física das pessoas de 60 anos ou mais idade segundo as mesorregiões de residência; fonte: IBGE.

Ressalta-se ainda que, segundo o IBGE, há diferenças observadas na capacidade funcional entre gêneros, o que pode ser observado na tabela 1.

Municípios das capitais	Prevalência de incapacidade funcional em mobilidade dos idosos de 60 anos ou mais de idade, por sexo, em ordem crescente (%)	Municípios das capitais	Prevalência de incapacidade funcional em mobilidade dos idosos de 60 anos ou mais de idade, por sexo, em ordem crescente (%)
	Mulheres		Homens
São Paulo	20,1	São Paulo	15,8
Curitiba	24,9	Rio de Janeiro	19,0
Florianópolis	25,4	Florianópolis	19,3
Cuiabá	26,6	Belo Horizonte	19,5
Rio de Janeiro	26,7	Curitiba	20,0
Porto Velho	27,2	Palmas	20,1
Campo Grande	27,3	Vitória	20,4
Belo Horizonte	27,4	Porto Alegre	20,6
Porto Alegre	28,2	Brasília	20,9
Vitória	28,2	Porto Velho	21,1
Brasília	29,1	Salvador	21,4
Boa Vista	29,1	Campo Grande	21,8
Goiânia	29,3	Goiânia	22,4
São Luís	29,6	Belém	22,7
Fortaleza	30,5	São Luís	22,7
Belém	30,5	Fortaleza	22,7
Manaus	31,9	Boa Vista	23,0
Salvador	32,4	Recife	23,3
Natal	33,3	Cuiabá	23,5
Recife	33,9	Aracaju	23,8
João Pessoa	34,7	Macapá	25,2
Rio Branco	35,2	Natal	25,8
Macapá	35,7	João Pessoa	25,9
Teresina	36,2	Manaus	25,9
Aracaju	37,3	Rio Branco	26,4
Maceió	37,3	Teresina	27,2
Palmas	38,5	Maceió	28,2

Tabela 1 - prevalência de incapacidade funcional em mobilidade dos idosos de 60 anos ou mais de idade, por sexo, em ordem crescente, segundo os municípios das capitais; fonte: IBGE.

Os distúrbios de saúde e problemas político-sociais encontrados em uma comunidade provavelmente são diferentes dos de outra de uma mesma cidade ou município. Portanto, o diagnóstico precisa ser pontual, possibilitando que cada equipe de saúde programe suas intervenções curativas e, principalmente, preventivas, educativas para mudar o quadro presente.

No Distrito Federal a região administrativa do Paranoá, com mais de 65 mil habitantes, apresenta uma projeção de população idosa de 3.426 pessoas.<sup>(12)</sup> Vale destacar que apenas parte deste total está inscrito no PSF local. A escolha desta região se deveu à parceria existente entre a Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB). E quais as características socioeconômicas, demográficas e de saúde desses idosos? Qual o perfil evidente? A resposta, iminente com a pesquisa *Fatores de influência na (in)capacidade funcional de idosos inscritos no Programa Saúde no Distrito Federal*, poderá contribuir com futuras ações de intervenções mais eficazes, por parte da equipe de saúde local, ou minimamente servir como fonte de alguns dados que possam contribuir com outras pesquisas de interesses semelhantes.

#### Considerações finais

Evidências estão surgindo sobre como o processo de envelhecimento pode ser melhor elucidado, principalmente acerca dos fatores que influenciam na capacidade funcional, os quais são caracterizados como intrínsecos e extrínsecos.



Apesar disso, ainda é fundamental que esta linha pesquisa seja ampliada para cada PSF, contribuindo para um diagnóstico local mais preciso, favorecendo ações primárias básicas de saúde, priorizando a prevenção de doenças e morbidades, como preconiza um dos princípios básicos do SUS.

#### Referências bibliográficas

1. Brasil. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil, 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Painel de indicadores do SUS nº3.
3. Conselho dos direitos do idoso do Distrito Federal (CDI/DF). Idoso: informações sobre os direitos, políticas públicas e guias de serviços e benefícios sociais. Brasília: CDI/DF; 2009.
4. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa Saúde da Família do município de Teixeira, MG. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14(4): 1251-1260.
5. Araújo LAO, Bachion MM. Programa Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):586-90.
6. Copque HLF, Trad LAB. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. *Epidemiologia e serviços de saúde* 2005; 14(4): 223-233.
7. Rosa TECR, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(1):40-8.
8. Nunes LM, Portella MR. O idoso fragilizado em domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, 2003 jul/dez; 17(2): 109-121.
9. Garcia ESS, Saintrain MVL. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo Programa Saúde da Família. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):18-23.
10. Floriano PJ, Dalgalarrodo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*, 2007; 56(3): 162-170.
11. Araújo LAO, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem do padrão mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(1):53-61.
12. Administração Regional do Paranoá/GDF: Brasil. 2010; acessível em: <[www.paranoa.df.gov.br](http://www.paranoa.df.gov.br)> [14 out 2010].