



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM**

**HOZANA GOMES DE SOUSA**

**FATORES CONDICIONANTES E DETERMINANTES DA CAPACIDADE  
FUNCIONAL EM IDOSOS**

**CAJAZEIRAS – PB**  
**2016**

**HOZANA GOMES DE SOUSA**

**FATORES CONDICIONANTES E DETERMINANTES DA CAPACIDADE  
FUNCIONAL EM IDOSOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de Campina  
Grande como pré-requisito parcial para a obtenção do  
título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup> Ms. Cícera Renata Diniz Vieira Silva

**CAJAZEIRAS – PB  
2016**

S725f      Sousa, Hozana Gomes de.  
Fatores condicionantes e determinantes da capacidade funcional em  
idosos / Hozana Gomes de Sousa. - Cajazeiras, 2016.

56f.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Cícera Renata Diniz Vieira Silva.  
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)  
UFCG/CFP, 2016.

1. Envelhecimento. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde do idoso.  
I. Silva, Cícera Renata Diniz Vieira. II. Universidade Federal de  
Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

BS/CFP/UFCG      CDU – 613.98

**HOZANA GOMES DE SOUSA**

**FATORES CONDICIONANTES E DETERMINANTES DA CAPACIDADE  
FUNCIONAL EM IDOSOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de Campina  
Grande como pré-requisito parcial para a obtenção do  
título de Bacharel em Enfermagem.

**Aprovada em 07/10/16**

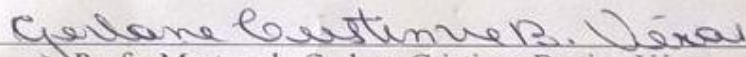
**Banca Examinadora:**



Presidente Prof<sup>ª</sup>. Ms. Cícera Renata Diniz Vieira Silva  
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG  
Orientadora



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Anubes Pereira de Castro  
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG  
Examinadora



Prof<sup>ª</sup>. Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras  
Escola Técnica de Saúde/CFP/UFCG  
Examinadora

**CAJAZEIRAS – PB  
2016**

*À minha querida professora Cícera Renata, pela dedicação e compromisso durante a realização do trabalho, assim como a paciência e amizade demonstradas em todos os momentos.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por permanecer ao meu lado durante todos os momentos que eu precisei de ajuda, proteção e compreensão. Agradeço a minha família e meus amigos que sempre torceram por mim e me apoiaram durante minha caminhada. Agradeço o carinho de todas as pessoas que mesmo sem me conhecer me ajudaram de alguma maneira.

A minha querida e amada filha Vitória quero me desculpar por tantos dias de abandono, de pouca atenção e carinho em alguns momentos do curso, principalmente na reta final, agradeço por cada sorriso e apoio que não me deixou pensar em desistir. Também agradeço ao meu amor pela parceria e compreensão durante essa jornada.

Quero agradecer aos meus amigos Francisca, Gilvania, Janaina e Tadeu, que mais parecem irmãos de outras mães, pessoas que surgiram durante o curso e se tornaram pessoas indispensáveis na minha vida, que o Senhor meu Deus abençoe e torne eterna nossa amizade, agradeço por terem me adotado e me ajudarem durante o curso e agora para o resto da vida.

Sou grata a todos os professores da UFCG e a Coordenação do Curso de Enfermagem que me direcionaram durante todos esses anos de academia. Em especial agradeço a professora Renata, minha orientadora, pessoa espetacular que felizmente Deus colocou em meu caminho, agradeço por seus ensinamentos e compromisso para comigo, bem como sua paciência.

Agradeço a todas as pessoas que confiaram em mim, mesmo sendo amadora, para realizar procedimentos nos mesmos, agradeço pelo carinho que demonstraram e o respeito para comigo.

Quero agradecer mesmo aqueles que não acreditaram em mim, dessa forma me impulsionaram a ser melhor e vencer todos os obstáculos que surgiram durante minha caminhada.

SOUSA, H. G. **Fatores condicionantes e determinantes da capacidade funcional em idosos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba: 2016. 56 p.

## RESUMO

O envelhecimento trata-se de um processo universal, não reversível, associado à perda gradativa das funções fisiológicas e psicológicas. Atualmente, 13% da população brasileira é composta por idosos, projeções indicam que para o ano de 2025 o país ocupará o sexto lugar no ranking de países com maior número destes. A mudança ocorrida na pirâmide etária mundial sugere que os profissionais de saúde elaborem estratégias que permitam a preservação da capacidade funcional dos idosos, garantindo dessa forma uma maior autonomia e melhor perspectiva de vida. Dessa forma, o presente estudo buscou investigar a influência de fatores socioeconômicos, demográficos, relativos à saúde e auto-avaliação da saúde sobre a capacidade funcional de idosos. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e de abordagem descritiva e analítica, realizada com 172 idosos com faixa etária  $\geq 60$  anos, de ambos os sexos, na cidade de São José da Lagoa Tapada – PB. Foi utilizado um instrumento para a coleta de dados, onde foram abordadas questões objetivas baseados no índice de Katz e escala de Lawton e Brody adaptada para avaliação da capacidade funcional e o SPMQS para avaliação das funções cognitivas. A análise dos dados foi realizada com auxílio do software SPSS® e para verificar associação entre as variáveis foi utilizado o teste Qui-Quadrado, onde aceitou-se a hipótese de dependência das variáveis com  $p \leq 0,01$ . Sobre os graus de dependência avaliados por meio das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's), (96,6%) foram considerados independentes e das Atividades Institucionais de Vida Diária (AIVD's) foram considerados independentes (55,2%), quanto ao Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMQS) (49,4%) possuem as funções cognitivas preservadas. Quanto a relação entre as variáveis nota-se significância entre a presença de doenças e as ABVD's e AIVD's, uso de medicações e as ABVD's e AIVD's e sobre o acometimento intelectual e AIVD's. Os resultados mostram que a maioria dos idosos entrevistados durante o estudo apresentam-se independentes para realização de atividades do dia a dia, assim como nota-se grande parte do público avaliado apresenta as funções cognitivas preservadas, observa-se uma forte relação entre a o declínio da capacidade funcional dos idosos que estão em condições desfavoráveis à saúde, acometidos por doenças, em uso de medicações, com diminuição das funções cognitivas e que não adotam hábitos de vida saudáveis contribuem negativamente para um processo de envelhecimento saudável.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento. Qualidade de Vida. Saúde do Idoso.

SOUSA, H. G. **Factors conditioning and capacity determining functional in elderly**. Final Paper (Bachelor's degree in nursing) – Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba: 2016. 56 p.

### **ABSTRACT**

The aging it is a universal process, not reversible, associated with the gradual loss of the physiological and psychological functions. Currently, 13% of the population consists of elderly, projections indicate that by the year 2025 the country will occupy the sixth place in the ranking of countries with the highest number of these. The change occurred in the age pyramid suggests that health professionals develop strategies to enable the preservation of functional capacity of the elderly, thereby ensuring greater autonomy and better outlook on life. Thus, this study aimed to investigate the influence of socioeconomic, demographic of health and self-rated health on the functional capacity of the elderly. This is a quantitative, transversal, descriptive and analytical approach survey conducted with 172 elderly aged  $\geq 60$  years, of both sexes, in the city of São José da Lagoa Tapada - PB. An instrument for data collection, which were addressed objective questions based on the Katz index and scale Lawton and Brody adapted to evaluate functional capacity and SPMQS for evaluation of cognitive functions was used. Data analysis was performed using the SPSS software and to verify the association between variables we used the chi-square test, where he accepted the hypothesis of dependence of variables  $p \leq 0,01$ . Of the degrees of dependency assessed by Daily Life Basic Activities (ABVD's) (96.6%) were considered independent and Daily Life Institutional Activities (AIVD's) were considered independent (55.2%), and the Short Portable Mental Status Questionnaire Pfeifer (SPMQS) (49.4%) possess the cognitive functions preserved. As the relationship between the variables is noted significance of the presence of diseases and ABVD's and IADL's, use of medications and ABVD's and IADL's and the intellectual and IADL's involvement. The results show that most seniors interviewed during the study are presented independent to perform day to day activities, as is noted much of the assessed public displays preserved cognitive functions, we observed a strong correlation between the decline the functional capacity of older people who are in unfavorable conditions to health, affected by diseases, use of medications with decreased cognitive functions and which do not adopt healthy lifestyle habits negatively contribute to a healthy aging process.

**Keywords:** Aging. Quality of life. Health of the Elderly.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Dados sóciodemográficos dos idosos entrevistados. São José da Lagoa Tapada, PB, 2016.....	25
<b>Tabela 2:</b> Avaliação da capacidade funcional dos idosos segundo às ABVD's. São José da Lagoa Tapada, PB, 2016.....	26
<b>Tabela 3:</b> Avaliação da Capacidade Funcional dos idosos segundo as AIVD's. São José da Lagoa Tapada-PB, 2016.....	27
<b>Tabela 4:</b> Avaliação da função cognitiva dos idosos medida pelo Short Portable Mental Status Questionare de Pfeifer (SPMQS). São José da Lagoa Tapada – PB, 2016.....	27
<b>Tabela 5:</b> Dados relativos à saúde e hábitos de vida entre os idosos entrevistados. São José da lagoa Tapada – PB, 2016.....	30
<b>Tabela 6</b> – Correlação entre variáveis de estilo de vida e saúde e idosos com algum grau de dependência nas ABVD's e AIVD's, de acordo com teste qui-quadrado e razão de chances (OR). São José da Lagoa Tapada – PB, 2016.....	32

## LISTA DE SIGLAS

**ABVD** - ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

**AIVD** - ATIVIDADE INSTRUMENTAL DE VIDA DIÁRIA

**AVD** - ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA

**CNS** - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

**(OR)** - CÁLCULO DOS ODDS RATIOS

**(X<sup>2</sup>)** - TESTE DO QUI-QUADRADO DE PEARSON

**CIF** - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

**DCNT** - PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRETAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

**DP** - DESVIO PADRÃO

**ESF** - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**IBGE** - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

**MS** - MINISTÉRIO DA SAÚDE

**OMS** - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

**PNAD** - PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS

**PNSPI** - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

**PSF** - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

**SPMQS** - SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONARE DE PFEIFER

**SPSS®** - STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES

**SUS** - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**TCLE** – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

**USF** - UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>12</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Senescência e senilidade: os processos de envelhecimento saudável e patológico .....</b>	<b>13</b>
<b>3.2 A epidemiologia do envelhecimento e políticas públicas.....</b>	<b>15</b>
<b>3.3 Capacidade funcional e envelhecimento .....</b>	<b>17</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Tipo de pesquisa .....</b>	<b>20</b>
<b>4.2 Local do estudo .....</b>	<b>20</b>
<b>4.3 População e amostra.....</b>	<b>21</b>
<b>4.5 Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>21</b>
<b>4.6 Procedimento de coleta de dados .....</b>	<b>22</b>
<b>4.7 Processamento e análise dos dados .....</b>	<b>23</b>
<b>4.8 Aspectos éticos .....</b>	<b>23</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>33</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>37</b>
<b>8 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>39</b>
<b>APENDICE .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>50</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional trata-se de um tema de repercussão mundial, pois nota-se um crescente número de idosos não só nos países desenvolvidos, mas também naqueles em desenvolvimento, a exemplo o Brasil. Para 2025, estima-se que o Brasil ocupe a sexta posição como país com maior número de idosos (FREITAS et al., 2013).

O processo de envelhecimento traz consigo algumas mudanças e limitações, que podem alterar a capacidade funcional do indivíduo, sendo esta uma condição complexa que recebe influência de vários domínios da saúde. A capacidade funcional é composta pela estrutura e função corporal, atividade e participação. A incapacidade é encontrada a partir da dificuldade em realizar qualquer atividade rotineira (ORTIZ, 2014).

Deste modo, o Ministério da Saúde (MS) começou a dar maior importância para a saúde do idoso, e inseri-lo nas políticas e programas de saúde. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como principal objetivo a recuperação, preservação e a promoção da autonomia e independência da pessoa idosa. Tal política procurava direcionar medidas individuais e em conjunto de saúde que corroborassem com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

A rápida e progressiva mudança na pirâmide etária mundial põem o processo de envelhecimento e a velhice no centro das discussões em saúde, desencadeando a execução de ações por meio das autoridades sócio governamentais, bem como a contribuição dos profissionais de saúde para garantir uma qualidade de vida satisfatória para este público (MOURÃO et al., 2013).

A partir do crescente aumento da população idosa no Brasil e a escassez de estudos que abordem essa temática na região, torna-se indispensável conhecer os fatores que colaboram para a diminuição da funcionalidade do sujeito, assim como conhecer os idosos que já estão ou não acometidos por alguma incapacidade.

O presente estudo buscou conhecer os fatores que influenciam na preservação ou redução da capacidade funcional de idosos em uma cidade do Sertão paraibano, abrangendo os aspectos sociais, demográficos, econômicos e relativos à saúde dos idosos. Buscando propor medidas que sensibilizem os idosos para a adoção de hábitos saudáveis de vida, visando um envelhecimento saudável e maior longevidade aos mesmos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Investigar a influência de fatores socioeconômicos, demográficos, relativos à saúde e auto-avaliação da saúde sobre a capacidade funcional de idosos do município de São José da Lagoa Tapada – PB.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Analisar o grau de independência funcional dos idosos;
- Conhecer os fatores de risco e proteção para a capacidade funcional e perda desta função;
- Propor ações que visem minimizar os fatores que interferem na capacidade funcional dos idosos.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Senescência e senilidade: Os processos de envelhecimento saudável e patológico**

Envelhecer não se trata de um processo unitário, não ocorre simultaneamente em todos os sistemas nem tampouco se associa a doença. Dessa forma, pode-se atribuir diversos fatores ao processo de envelhecimento tanto interno quanto externos, devendo ser considerados em conjunto, abordando os aspectos ambientais, psicológicos e socioeconômicos (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

O processo de envelhecimento deve ser visto em sua totalidade, pois é um fenômeno biológico que traz mudanças psicológicas, onde alguns comportamentos são associados à velhice em si. O envelhecer possui uma dimensão existencial, que altera a relação entre o indivíduo e o tempo, causando mudanças tanto relacionadas com o espaço em que vive quanto com sua história (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

O processo de envelhecimento é considerado universal e que não pode ser revertido, causando uma perda no funcionamento do organismo gradativamente. Caracteriza-se pelas diversas alterações que ocorrem no organismo, incluindo a diminuição do equilíbrio e da mobilidade, da mesma forma que a redução das funções fisiológicas e alterações psicológicas (PONTE; CUNHA, 2013).

Sendo assim, existe uma dificuldade em definir o envelhecimento, em especial quando existe a expectativa de um envelhecimento saudável, difícil e almejada por muitos na atualidade. Dessa forma, devemos buscar entender esse processo de modo integral, abrangendo seus múltiplos fatores, já que é parte do processo biológico do desenvolvimento humano, embora não deixe de ser considerado o lado sociocultural. Envelhecer é entendido como uma fase da vida onde ocorrem modificações no contexto pessoal e social, influenciando na relação entre homem e sociedade, decorrente do avanço da idade cronológica (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

O indivíduo pode envelhecer de modo que preserve sua capacidade funcional ou pode ter um envelhecimento patológico. O envelhecimento natural, que ocorre concomitantemente com a perda gradativa de funções, mas que não causa mudanças bruscas na vida do idoso é considerado senescência. Já o processo de envelhecimento que segue um percurso anormal, por meio de alguma doença que afete negativamente a vida desse idoso, fazendo com que o mesmo

torne-se dependente e não mantenha uma vida ativa é considerado senilidade (CIOSAK et al., 2011).

Considera-se saudável aquele idoso que possui manutenção da capacidade funcional, assim como a capacidade de reabilitação, é capaz de exercer sua autonomia, encontra-se ativo e contribui para sociedade, mesmo que esteja acometido por doenças crônicas (MONTEIRO; NERI; CEOLIM, 2014).

Apesar de ser caracterizado por uma diminuição gradativa das funções biológicas e também psicológicas, o envelhecimento deve ser encarado como um processo constante de crescimento intelectual. Em relação ao sistema biológico algumas dificuldades são encontradas, a exemplo podemos destacar alterações corporais, ressecamento da pele, aparecimento de rugas e linhas de expressões, manchas na pele entre outros, além da perda de massa óssea e tônus muscular. Quanto às mudanças psicológicas podemos destacar a perda de memória, crises depressivas, ansiedade, alterações no sono, autoestima reduzida e demais alterações (RIBEIRO, 2010).

As alterações musculoesqueléticas decorrentes do processo de envelhecimento comprometem o desempenho físico/motor e a capacidade funcional do indivíduo. Sendo assim, é importante que haja uma maior atenção, pois tanto essas alterações do sistema motor quanto a senescência favorecem para o aumento dos riscos para quedas durante a terceira idade (FREITAS et al., 2013).

Segundo Fachine; Trompieri (2012) outros aspectos biológicos podem ser notados durante o processo de envelhecimento, por exemplo, com o passar dos anos o indivíduo vai perdendo algumas funções e outras vão ficando debilitadas. O sistema cardiovascular é um dos mais acometidos, com o passar dos anos, ocorre à diminuição da frequência cardíaca, aumento dos níveis de colesterol, elevação da resistência vascular, levando ao aumento da pressão arterial. O músculo cardíaco sofre alterações quanto à estrutura e função, reduzindo sua capacidade de contração do coração e aparecimento de fibrose no miocárdio.

Quanto às mudanças no sistema respiratório também ocorrem durante o envelhecimento, como a redução da função pulmonar, rigidez da caixa torácica e diminuição na elasticidade pulmonar. A musculatura envolvida no processo respiratório começa a ficar enfraquecida e a redução do número de alvéolos todos esses fatores colabora para redução da capacidade respiratória dos pulmões (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Não há uma definição sobre saúde mental. Alguns fatores contribuem para isso, a exemplo, as diferentes culturas, a subjetividade empregada sobre o assunto e as teorias relacionadas acaba dificultando a definição de saúde mental. Considera saúde mental um termo que é utilizado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. Assim como saúde não se resume a ausência de doença, a saúde mental também recebe um conceito ampliado, sendo bem mais do que ausência de transtornos mentais, dessa forma podemos dizer que saúde mental é a capacidade de contemplar a vida procurando equilibrar as ações e os interesses para alcançar a recuperação psicológica (RESENDE et al., 2011).

As condições psíquicas e emocionais são afetadas devido à perda gradativa de memória, alterações no sono e repouso, depressão e ansiedade, autoestima reduzida, perda da identidade e demais fatores associados. Embora que a maioria dos idosos ainda preserve um nível fundamental de suas faculdades mentais. Apesar de estarmos vulneráveis a morte em qualquer época da vida, é na velhice que se agrupa maior quantidade de perdas. Devido à morte de familiares e pessoas mais próximas, os idosos costumam associar a ideia de morte com a velhice, sendo importante essa associação, pois aquele que não é capaz de aceitar o fim da vida pode desenvolver sentimentos de frustração e desespero (RIBEIRO, 2010).

### **3.2 A epidemiologia do envelhecimento e políticas públicas**

O envelhecimento populacional é tema de grande repercussão em todo o mundo, pois a população idosa está aumentando consideravelmente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso aquele indivíduo a partir dos 60 anos nos países em desenvolvimento e nos países desenvolvidos com faixa etária igual ou superior a 65 anos. (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

A partir do século XX, em especial depois do ano 1950, ocorreu uma mudança na pirâmide que aborda a faixa etária mundial. Uma grande novidade, pois o processo de envelhecimento ganhou destaque nos países em desenvolvimento, antes tal aumento estava restrito as grandes potências. O Brasil encontra-se entre os países em desenvolvimento com maior taxa de crescimento da população idosa (MONTEIRO; NERI; CEOLIM, 2014).

O Brasil ocupará em 2025 o sexto lugar entre os países em desenvolvimento com maior quantidade de idosos, isso ocorrerá em virtude do aumento da expectativa de vida, antes de 43 anos em 1950, para 71,9 anos no ano de 2005 (OLIVEIRA et al, 2010). Dados do Instituto



Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostraram que a expectativa média de vida no Brasil em 2012 chegou a 74,6 anos, onde as mulheres alcançaram a expectativa de 77,7 anos e os homens 70,6 anos (IBGE, 2012).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no ano de 2013, a população brasileira era formada por 201,5 milhões de pessoas, destes 26 milhões são idosos, isso equivale a 13% da população total.

O aumento da população idosa vem promovendo mudanças em todo o contexto da saúde, levando em conta os aspectos fisiológicos e vulnerabilidades que acometem este grupo, ficando clara a necessidade de novas estratégias que promovam a melhoria dos serviços de saúde para esses indivíduos, além da qualificação de profissionais que atendam às necessidades dos idosos (VENDITES; ALMADA-FILHO; MINOSSI, 2010).

Cerca de 69 % da população idosa brasileira é acometida por uma doenças. Das doenças prevalentes nesse público, destacam-se a hipertensão arterial (53%), doenças cardíacas (17%), Diabetes Mellitus (16%), Transtorno depressivo (12%). (IBGE, 2009).

A Lei 218 de 21 de dezembro de 1991 implantou o Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal, esse órgão tinha como finalidade criar a Política da Terceira Idade. Trabalhando com o objetivo de fornecer uma maior qualidade de vida no processo de envelhecimento da população brasileira (BRASIL, 2003).

A saúde do idoso passou a receber maior atenção, principalmente após a criação do Pacto pela Saúde no ano de 2006, que veio reafirmar e fortalecer os princípios do SUS. A saúde do idoso ganhou espaço e passou a ser um assunto amplamente abordado nos serviços de atenção à saúde. No mesmo ano foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI (BRASIL, 2006), tendo como objetivos recuperar, manter e promover a autonomia e da independência da população idosa, elaborando e intervindo por meio de ações em saúde para alcançar as metas propostas pela política (BRASIL, 2010).

Dados do IBGE (2008) revelam que 74% da população idosa brasileira dependem do SUS e cerca de 70% são cadastrados no Programa Saúde da Família (PSF), atualmente conhecida como ESF, esses dados podem variar de acordo com as regiões (IBGE, 2009).

A Implementação de políticas públicas voltadas para o público idoso enfrenta alguns entraves, por exemplo, o preconceito com relação à velhice e o não aceitação da velhice pela sociedade não colaboram para a criação das políticas. Algumas pessoas ainda acreditam que o que é investido na infância é gasto no período da velhice. Nesse caso, é importante que os

gestores em saúde estejam conscientes da relevância de se investir nesse público idoso, mesmo com os elevado custo das internações hospitalares e cuidados prolongados (BRASIL, 2010).

A população idosa é uma das principais consumidoras dos serviços de saúde, devido ao elevado número de internações hospitalares, assim como sua permanência prolongada nos leitos hospitalares (CASTRO et al., 2013). Gastos relacionados aos cuidados médicos e também com internações hospitalares. Sabendo que os idosos são acometidos por um maior número de doenças e incapacidades, além da precariedade, ineficiência e altos custos das estratégias e programas relacionados à saúde do idoso (SILVEIRA et al., 2013).

Diante do contexto vivenciado pela população brasileira com relação ao aumento excessivo de pessoas acometidas por algum tipo de doença crônica, o MS lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), esse plano iria favorecer os grupos mais carentes e vulneráveis. A partir disso, o Brasil começou a investir em políticas públicas que atuassem na promoção da saúde e desenvolvimento de várias ações, inclusive a atividade física com um dos focos. Com isso, em 2011 foi criado o Programa Academia da Saúde, essa ação buscou promover e incentivar a prática de atividade física pela população, para isso foi necessário investir na construção de espaços agradáveis para a realização de exercícios físicos, favorecendo para um envelhecimento ativo (MOURÃO et al., 2013).

### **3.3 Capacidade funcional e envelhecimento**

A capacidade funcional do idoso caracteriza-se pelo controle que o mesmo exerce sob sua vida, nas competências apresentadas para decidir e atuar em sua vida de modo independente. Em contrapartida, a incapacidade funcional é definida pela dependência ou dificuldades encontradas para a realização das atividades rotineiras pelos indivíduos (FERREIRA et al., 2012).

Mahoney; Barthel (1965), Lawton ; Brody (1969), em seus estudos dividiram atividades desempenhadas no cotidiano em dois tipos: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), também criaram escalas que possibilitam a classificação das ações do dia a dia de acordo com o grau de complexidade (BARBOSA et al., 2014).

Sidney Katz, em 1963, criou um instrumento que permite avaliar a capacidade funcional do idoso, Katz estabeleceu uma lista de seis itens, que correspondiam as ABVD, que seriam: alimentar-se, vestir-se, cuidar da higiene pessoal, andar, transferir-se, banhar-se, ir ao banheiro, subir/descer escadas e controlar esfíncteres. Lawton e Brody (1969) criaram um instrumento que permitiu avaliar as AIVD, no total são oito ações: fazer as refeições, realizar trabalho doméstico, lavar roupas, utilizar dinheiro, manusear telefone, tomar medicações, fazer compras e usar os meios de transporte.

A OMS (2003) propôs a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), com intuito de facilitar o entendimento sobre o que é funcionalidade e incapacidade no âmbito da saúde. Dessa forma, o conceito de incapacidade está interligado com o contexto social do indivíduo, de modo que pode ocorrer diferença na prevalência de incapacidades. Isso vai depender da perspectiva adotada para a avaliação do nível de incapacidade. Segundo a CIF, o nível de incapacidade e funcionalidade de um sujeito depende das condições de saúde e o contexto biopsicossocial (ORTIZ, 2014).

O envelhecimento vivenciado por cada pessoa é resultante de atitudes tomadas no ciclo de vida. A experiência de viver traz consigo alguns obstáculos a serem enfrentados e a maneira que cada um escolhe para resolver essas dificuldades irá contribuir diretamente no percurso do envelhecimento (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011).

São inúmeras definições para o termo qualidade de vida, já que tal termo é de natureza subjetiva, ainda não há consenso sobre sua definição, tornando-o um sentido amplo. Desse modo, alguns autores seguem a mesma linha de pensamento e acabam sendo complementares com relação ao significado de qualidade de vida. A OMS define qualidade de vida como uma visão do sujeito sobre sua posição na vida, envolvendo o contexto social no qual o indivíduo está inserido e sistema de valor que convive também relacionado aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1995, apud LENARDT et al., 2016).

Estudos apontam que a maior parte das comorbidades e incapacidades que acometem a pessoa idosa são preveníveis ou adiadas, frequentemente o tratamento se dá de forma adequada (SILVEIRA; FARO; OLIVEIRA, 2011).

A adoção de um estilo de vida sedentário, geralmente, acompanha o processo de senescência, sendo um fator de risco considerável para o desenvolvimento de doenças crônicas e degenerativas (NASCIMENTO et al., 2013).

No campo da saúde do idoso, torna-se necessário a utilização de instrumentos que possibilitem a avaliação da capacidade funcional e os fatores que indicam a qualidade de vida da população geriátrica. A avaliação da capacidade funcional por meio das ABVD's é considerado um método aceito e confiável, utilizado por diversos profissionais da saúde, inclusive, os enfermeiros. Esses instrumentos permitem que esses profissionais possam mensurar o grau de dependência dessa população. Desse modo, entende-se que a avaliação funcional se dá a partir do desempenho dos idosos durante a realização de atividades básicas do dia a dia (MACHADO et al., 2014).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e de abordagem descritiva e analítica. A abordagem quantitativa é caracterizada pelo uso de técnicas estatísticas que possibilitem a mensuração de dados tanto para a realização de coleta de informações como para a análise dos dados. Com isso, tal método permite que sejam realizadas projeções para a população por meio de instrumentos de medidas que sejam utilizáveis e confiáveis, que garantam a obtenção de dados precisos e com credibilidade (RICHARDSON, 2011).

O corte transversal permite produzir características situacionais de saúde de determinado grupo ou população, baseando-se na avaliação do sujeito individualmente e possibilitando indicadores globais de saúde investigado (GIL, 2008).

Para Gil (2008), a abordagem descritiva traz como objetivo primordial a descrição das características de uma população, um fenômeno ocorrido ou mesmo a relação estabelecida entre variáveis. Para Hair Jr et al., (2005), os estudos descritivos foram criados para mensurar as características descritas em um questionamento, nessa abordagem é imprescindível o uso de instrumentos estruturados para coleta de dados, seja entrevista ou questionários.

Quanto às pesquisas analíticas, Thomas; Nelson (1996) as descrevem como métodos que envolvem o estudo e avaliação minuciosa das informações ofertadas, com intuito de explicar o contexto de um fenômeno.

### **4.2 Local do estudo**

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de São José da Lagoa Tapada, que possui 7.564 habitantes, localizado na mesorregião do Sertão Paraibano e na microrregião de Sousa. O município tem uma área territorial de 304 km<sup>2</sup> e sua economia está baseada na agricultura, pecuária e comércio (IBGE, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família no município está estruturada com três Unidades de Saúde da Família (USF's), uma urbana, uma rural e outra mista.

### **4.3 População e amostra**

A população do estudo foi composta pelos idosos (60 anos ou mais), residentes no município, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, que totalizam 1.275, sendo 523 na zona urbana e 752 na rural (BRASIL, 1016).

Uma amostra representativa da população foi calculada, considerando uma prevalência de incapacidade funcional de 15% (ORTIZ, 2014), intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 5% e considerando 10% de perdas, o que totalizou uma amostra de 172 indivíduos, esses valores foram utilizados pelo motivo do estudo ser atual.

As ESF's disponibilizaram o quantitativo de idosos cadastrados e em seguida a pesquisadora saiu em busca dos idosos em suas residências, independentemente de qualquer condição física ou mental do idoso.

Este número total foi estratificado entre a zona urbana e rural, de modo proporcional, sendo a amostra de idosos na zona urbana 70 e na zona rural, 102 a serem entrevistados. Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos aleatoriamente, nas três USF's, e convidados a participar do estudo.

### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos na pesquisa idosos a partir de 60 anos de idade, de ambos os sexos, residentes no município de São José da Lagoa Tapada – PB e cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.

Por buscar conhecer os fatores que impliquem na manutenção ou diminuição da capacidade funcional, foram entrevistados os 172 calculados na amostra, independentemente da sua condição física ou mental.

### **4.5 Instrumento de coleta de dados**

Os dados foram coletados através de um instrumento elaborado a partir de outros modelos, contemplando questões objetivas, que foi adaptado para a realização desta pesquisa (ANEXO A).

Para avaliação da capacidade funcional, foram utilizadas duas escalas de avaliação das atividades da vida diária (AVD's):

- Índice de Katz (1963) para atividades básicas da vida diária (ABVD's): alimentar-se, vestir-se, cuidar da higiene pessoal, andar, transferir-se, banhar-se, ir ao banheiro, subir/descer escadas e controlar esfíncteres;
- Índice de Lawton e Brody (1969) para atividades instrumentais da vida diária (AIVD's): usar o telefone, fazer compras, executar atividades domésticas, usar transporte, tomar seus medicamentos, controlar finanças, preparar refeições e andar fora de casa.

Para avaliação das funções cognitivas nos apoiamos no SPMQS, esse teste possibilita que o pesquisador avalie os níveis de deficiência intelectual:

- Aspectos neuropsiquiátricos: função cognitiva medida pelo Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMQS) (1975).

Para avaliação dos aspectos sociais, demográficos, econômicos e de saúde, foi elaborado um questionário, contendo os seguintes itens:

- Aspectos sociodemográficos: zona do domicílio, idade, sexo, escolaridade, estado civil, atividade laboral, ocorrência de atividades nas horas livres (interação social) e tamanho da família.
- Aspectos biológicos e de saúde física: Presença de patologias (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doenças pulmonares, fratura de quadril, reumatismo, déficit visual e auditivo, câncer e outras), medicamentos em uso contínuo, quedas nos últimos três meses, prática de atividades físicas, número de internações hospitalares no último ano.
- Auto-avaliação da saúde: saúde autorreferida e saúde em comparação com seus pares.

#### **4.6 Procedimento de coleta de dados**

Os dados foram coletados após apreciação favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, nos meses de agosto e setembro de 2016. A abordagem aos idosos ocorreu em suas residências, com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde.

Participaram da pesquisa aqueles que estiverem entre os critérios de inclusão e aceitarem participar. Os questionários foram preenchidos pela pesquisadora, que fez as perguntas diretamente ao idoso. Em alguns casos em que houve necessidade, um parente próximo ou cuidador, que convivia com o idoso, auxiliou nas respostas.

#### **4.7 Processamento e análise dos dados**

Os resultados foram analisados nos âmbitos descritivo e analítico. Na abordagem descritiva foi realizada a distribuição das frequências absolutas das variáveis do estudo.

Na abordagem analítica foi realizada análise bivariada utilizando-se o Teste do Qui-quadrado de Pearson, para se observar as possíveis associações existentes entre as variáveis independentes e as dependentes, com cálculo dos odds ratios (OR) ajustado, com auxílio do software SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.

#### **4.8 Aspectos éticos**

O estudo garantiu aos participantes todos os direitos éticos presentes na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que conceitua pesquisa com seres humanos como aquela que, seja individual ou coletivamente, englobe o ser humano direta ou indiretamente, em sua integralidade ou em segmentos, inclusive a manipulação de informações ou materiais (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde estabelece que os indivíduos utilizem de seu poder de escolha entre participar ou não de pesquisas, também dispõe sobre o direito a desistência em qualquer momento, os mesmos deve ter a consciência de integrante e do objetivo da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre- TCLE. Esse termo deve ser apresentado aos sujeitos a serem pesquisados, evidenciando de forma clara o objetivo da pesquisa, sua necessidade e importância da assinatura do participante (BRASIL, 2012).

É considerado risco o reconhecimento da possibilidade de um evento não planejado ocorrer, sem que aja alguma intenção. A Resolução 466/12, considera que toda e qualquer pesquisa que envolva seres humanos pode produzir riscos. Sendo assim, essa pesquisa pode causar constrangimentos, estresse emocional, medo, angústia ou omissão de resposta devido à delicadeza dos assuntos ou mesmo pela entrevista em si (VAN NESS, 2001).

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Rua Sérgio Moreira de Figueirêdo s/n - Casas Populares - telefone (83) 3532-2000, CEP 58900-000 - Cajazeiras – PB no dia 9 de Agosto de 2016 e recebeu aprovação, com número de 1.703.210.



## 5 RESULTADOS

Foram entrevistados 172 idosos, destes 57,6% pertencem ao sexo feminino. A idade dos idosos variou de 60 a 100 anos, onde a maioria encontra-se na faixa etária dos 60 aos 70 anos (51,8%). Quanto ao estado civil dos participantes a maioria são casados (70,3%). Quanto à religião, observa-se um predomínio do catolicismo (91,8%). Com relação a renda familiar mensal dos idosos, existe uma variação de menos de 1 a 4 salários, sendo que a maioria possui renda familiar entre 2 e 3 salários (75,6%). Do quantitativo de indivíduos que contribuem para a renda familiar, observamos maior frequência de 2 (DP= 0,621) indivíduos contribuintes (58,1%). Analisando as ocupações dos mesmos, podemos destacar o predomínio dos aposentados (99,4%).

Acerca do grau de escolaridade dos entrevistados, nota-se que a maioria são analfabetos (72,1%). Maior parte dos idosos possuem residência própria (89,0%). Analisando com quem os entrevistados residem, percebe-se que o maior número mora com o companheiro (55,8%). O número de cômodos das residências variam de 1 a 9, com uma média de 5,77 cômodos. A variação do número de moradores na residência onde vivem os avaliados variam de 1 a 8 (DP=1,269), a média atinge 2,80 indivíduos.

O local de moradia dos idosos foi pré-selecionado durante a elaboração da pesquisa, sendo que a maioria corresponde a Zona Rural (60,0%) e a Zona Urbana (40,0%). Quanto a presença de saneamento básico a maioria dos idosos não possuem (61,6%), visto que a maior parte dos participantes residem na Zona Rural, local onde o saneamento básico é precário, já na Zona Urbana (38,4%) das moradias possuem saneamento básico.

A tabela a seguir apresenta as características sócio-demográficas dos idosos entrevistados.

**Tabela 1:** Dados sóciodemográficos dos idosos entrevistados. São José da Lagoa Tapada, PB, 2016.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	99	57,6
Masculino	73	42,4
<b>Total</b>	172	100
<b>Idade</b>		
60 a 65	51	29,6
66 a 70	38	22,1
71 a 75	34	19,8
76 a 80	22	12,8
81 a 85	12	7,0
86 a 90	5	2,9
> 90	10	5,8
<b>Total</b>	172	100
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro (a)	8	4,7
Casado (a)	121	70,3
Viúvo (a)	43	25,0
<b>Total</b>	172	100
<b>Religião</b>		
Católico (a)	158	91,8
Evangélico (a)	13	7,6
Espírita	1	0,6
<b>Total</b>	172	100
<b>Renda Familiar</b>		
< 1	1	0,6
Entre 1 e 2	21	12,2
Entre 2 e 3	130	75,6
Entre 3 e 4	20	11,6
<b>Total</b>	172	100
<b>Ocupação</b>		
Aposentado (a)	171	99,4
Empregada doméstica	1	0,6
<b>Total</b>	172	100
<b>Residência</b>		
Própria	153	89,0
Alugada	7	4,0
Cedida	12	7,0
<b>Total</b>	172	100
<b>Reside com quem</b>		
Sozinho (a)	16	9,3
Companheiro (a)	96	55,8
Familiares	57	33,1
Outros	3	1,8
<b>Total</b>	172	100
<b>Local de moradia</b>		
Zona rural	102	60
Zona urbana	70	40
<b>Total</b>	172	100

Das ABVD's que podem ser ou não desenvolvidas pelos idosos, seja sem ou com ajuda, podemos destacar a capacidade de tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deitar, sentar, levantar da cama ou da cadeira, o controle das eliminações fisiológicas e alimentar-se. Das atividades desempenhadas pelos idosos nota-se um maior nível de dependência para tomar banho, vestir-se e ir ao banheiro. A maioria dos idosos apresentaram-se independentes para a realização das ABVD's, principalmente, nas atividades de deitar-se, sentar-se ou levantar-se da cama ou cadeira, controle das eliminações fisiológicas e capacidade de alimentar-se cada um dos quesitos apresentando (97,7%).

A tabela 2 expressa a capacidade funcional dos idosos do município de São José da Lagoa Tapada, segundo as ABVD's. Pode-se notar que a maioria dos idosos foi classificado como independente (96,6%) e dos que possuem dependência moderada, 1,7% e os muito dependentes totalizaram igualmente 1,7%.

**Tabela 2:** Avaliação da capacidade funcional dos idosos segundo às ABVD's. São José da Lagoa Tapada, PB, 2016.

<b>Capacidade Funcional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Independente	166	96,6
Dependência Moderada	3	1,7
Muito Dependente	3	1,7
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

De acordo com os critérios de avaliação da capacidade funcional de idosos segundo as AIVD's os idosos apresentaram maior dificuldade em usar o telefone (37,2%), seguido de lavar roupas (30,8%) e arrumar a casa (26,7%). Sobre as atividades desempenhadas sem nenhum auxílio pelos idosos, notamos que preparar as refeições totalizam 75,6% seguido de tomar os medicamentos no horário e dose corretos e utilizar os meios de transportes (69,2%). Dos que necessitam de ajuda parcial para realizar as atividades notamos percentuais para utilização de meios transportes alcançando 23,3% seguido de usar o telefone (20,3%), fazer compras e cuidar das finanças ambos com 15,1%.

A tabela 3 mostra a avaliação da capacidade funcional dos idosos levando em conta as AIVD's, sendo os independentes correspondendo a 55,3% dos indivíduos, quanto aos parcialmente dependentes totalizam 42,4%, já os dependentes chegaram à 2,3%.

**Tabela 3:** Avaliação da Capacidade Funcional dos idosos segundo as AIVD's. São José da Lagoa Tapada-PB, 2016.

<b>Capacidade Funcional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Dependente	4	2,3
Parcialmente dependente	73	42,4
Independente	95	55,3
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

Os resultados de acordo com os questionamentos abordados no teste SPMQS, que avalia as funções cognitivas dos indivíduos, a maior proporção de acertos estão relacionado ao questionamento sobre o nome da mãe (95,3%), nome do lugar onde mora e o endereço, ambos com 93,0%, o dia da semana e a data de nascimento aparecem cada um com 86,0%. Os principais erros nas respostas foram sobre o número de telefone (86,2%), o nome do atual presidente do Brasil (55,2) e os cálculos de subtração (54,1%).

A tabela 4 apresenta a classificação dos entrevistados quanto as suas funções cognitivas a partir da utilização do SPMQS, trazendo também a frequência e porcentagem dos que possuem ou não alguma deficiência. A maioria apresentaram bom funcionamento intelectual (49,4%). Os que apresentaram algum grau de deficiência intelectual, esta foi, na maior parte, deficiência leve (29,7%).

**Tabela 4:** Avaliação da função cognitiva dos idosos medida pelo Short Portable Mental Status Questionare de Pfeifer (SPMQS). São José da Lagoa Tapada – PB, 2016.

<b>Capacidade Funcional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Funcionamento intelectual intacto	85	49,4
Deficiência intelectual leve	51	29,7
Deficiência intelectual moderada	25	14,5
Deficiência intelectual severa	11	6,4
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

A maioria dos idosos relataram apresentar alguma doença (84,9%). Dentre elas, podemos destacar: problemas cardiovasculares (arritmias, sopros cardíacos, cirurgias prévias

no coração), reumatismo, osteoporose, artrite, artrose, Acidente Vascular Encefálico (AVE), distúrbios tireoidianos, problemas gástricos, neoplasias, distúrbios psicológicos, problemas de visão, audição e coluna vertebral, além das queixas de dores crônicas. Dos entrevistados, 133 usam medicações com frequência, equivalendo a 77,3%. Das medicações utilizadas, podemos correlacioná-las às doenças citadas acima.

Com relação ao número de internações e as principais causas, a maioria dos idosos relataram não passar por nenhuma internação nos últimos três meses (95,9%), dos que relataram internação nesse período observamos que as principais causas foram: problemas respiratórios, acidente com material perfurocortante, dor pélvica, fratura no braço, infecção no trato urinário e pico hipertensivo.

Dos que já foram ou são fumantes (69,8%), 54 ainda fazem uso do tabaco e 66 abandonaram o vício. Quanto ao tempo de consumo do tabaco, ocorreu uma variância de no mínimo 2 e no máximo 80 anos (DP=16,382) com média de tempo de utilização do tabaco pelos que ainda fumam totalizam 46,89. Dos 66 idosos que não utilizam o fumo atualmente, notamos uma variação de no mínimo 1 e no máximo 80 anos (DP=16,708) com média de tempo de utilização do fumo de 37,05.

Os participantes que consomem ou já consumiram bebidas alcoólicas totalizaram 37,2%, desse total apenas 22 idosos ainda fazem uso de bebidas alcoólicas. Com relação ao tempo de utilização, notamos uma variação de no mínimo 2 e no máximo 60 anos (DP=16,670) e média de 31,50 anos. O restante atualmente não consomem álcool. Quanto ao tempo de utilização, ocorreu uma variação de no mínimo 3 e no máximo 70 anos (DP=16,759) e 32,31 anos em média.

A maioria dos idosos (80,2%) relataram estarem bem quando questionados sobre a sua situação de saúde, o principal motivo para essa boa auto-avaliação se dá pela ausência dos sintomas das doenças e ou apenas algum incômodo (82,6%). Dos que relataram estarem mal de saúde a principal queixa foi com relação às doenças as quais são acometidos ou dores crônicas.

Quando questionados sobre a sua saúde com relação a outras pessoas de sua idade a maioria dos idosos (72,7%) relataram estarem melhor do que seus pares, 14,5% se dizem iguais em comparação com outros de sua idade, (9,9%) consideravam-se piores que outros de mesma faixa etária e o restante não souberam responder (2,9%).

Dos entrevistados, 81,4% não realizam nenhuma atividade física e quando questionados sobre o motivo para não realizá-la, a maioria relatou não gostar (61,6%) o restante, (19,8%) relataram não poder realizar nenhum exercício físico devido algumas limitações. Os que fazem alguma atividade física (18,6%), destaca-se a caminhada, tal atividade é considerada benéfica para a saúde dos mesmos. Em média, os idosos fazem caminhada há 6,2413 anos, com duração média de 34,84 minutos.

A tabela a seguir apresenta alguns fatores relacionados a saúde dos idosos, que foram acima sumarizados.

**Tabela 5:** Dados relativos à saúde e hábitos de vida entre os idosos entrevistados. São José da lagoa Tapada – PB, 2016.

<b>Fatores da saúde</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Possui doença?</b>		
Sim	146	84,9
Não	26	15,1
<b>Total</b>	172	100
<b>Qual doença?</b>		
Hipertensão	105	42,3
Diabetes	25	10,1
Altas taxas de colesterol	18	7,3
Outras	100	40,3
<b>Total</b>	248	100
<b>Usa medicação?</b>		
Sim	133	77,3
Não	39	22,7
<b>Total</b>	172	100
<b>Qual medicação?</b>		
Anti-hipertensivo	107	46,7
Anti-diabético	25	10,9
Antibiótico	2	0,9
Analgésico	13	5,7
Outros	83	36,2
<b>Total</b>		
<b>Internações nos últimos 3 meses</b>		
Sim	7	4,1
Não	165	95,9
<b>Total</b>	172	100
<b>É ou foi tabagista?</b>		
Sim	120	69,8
Não	52	30,2
<b>Total</b>	172	100
<b>É ou foi etilista?</b>		
Sim	64	37,2
Não	108	62,8
<b>Total</b>	172	100
<b>Auto-avaliação da saúde</b>		
Bem	138	80,2
Mal	34	19,8
<b>Total</b>	172	100
<b>Prática de atividade física</b>		
Sim	32	18,6
Não	140	81,4
<b>Total</b>	172	100

A tabela a seguir apresenta a análise estatística associativa entre as variáveis independentes: tabagismo, etilismo, possuir alguma doença, uso de alguma medicação com frequência, internações nos últimos três meses e deficiência intelectual (medida nesta pesquisa) e as variáveis dependentes: capacidade funcional segundo os escores das ABVD's e AIVD's.

Houve significância estatística (com valor de  $p < 0,001$ ) entre as variáveis: possuir alguma doença e ter algum grau de dependência nas ABVD's e nas AIVD's; uso de medicações com frequência e também ter algum grau de dependência em ambas as escalas de atividades da vida diária e possuir deficiência intelectual e ter algum grau de dependência nas AIVD's.

Isso mostra que tais variáveis estão associadas a uma menor capacidade funcional entre os idosos entrevistados.

Da mesma forma, foram calculadas as razões de chance (Odds Ratio) destas variáveis. O que chamou a atenção foi que idosos que possuíam alguma doença apresentaram um risco três vezes maior de terem capacidade funcional diminuída com relação às ABVD's (OR:3,21) e cinco vezes maior com relação às AIVD's (OR: 5,17).

Idosos em uso frequente de medicações apresentaram um risco seis vezes maior de diminuição da capacidade funcional relacionada às ABVD's (OR: 6,97) e duas vezes maior com relação às AIVD's (OR: 2,15).

Os entrevistados que apresentaram deficiência intelectual medida nesta pesquisa, mostraram um risco duas vezes mais elevado de terem prejuízo na capacidade funcional em relação às AIVD's (OR: 2,16).



**Tabela 6** – Correlação entre variáveis de estilo de vida e saúde e idosos com algum grau de dependência nas ABVD's e AIVD's, de acordo com teste qui-quadrado e razão de chances (OR). São José da Lagoa Tapada – PB, 2016.

Variáveis	ABVD			AIVD		
	Algum grau de dependência	OR*	Valor-p	Algum grau de dependência	OR*	Valor-p
<b>Tabagismo</b>	Sim 54 Não 115	1,02	0,010	Sim 19 Não 58	0,71	0,009
<b>Etilismo</b>	Sim 22 Não 147	1,05	0,020	Sim 4 Não 73	0,37	0,008
<b>Possui alguma doença</b>	Sim 144 Não 25	3,21	<0,001**	Sim 73 Não 4	5,17	<0,001**
<b>Uso de medicação com frequência</b>	Sim 130 Não 39	6,97	<0,001**	Sim 65 Não 12	2,15	<0,001**
<b>Internação nos últimos 3 meses</b>	Sim 7 Não 162	1,01	0,006	Sim 4 Não 73	1,29	0,007
<b>Deficiência intelectual (medida nessa pesquisa)</b>	Sim 84 Não 85	0,31	0,003	Sim 48 Não 29	2,16	<0,001**

\*Valores de OR ajustados.

\*\* Variáveis que apresentam significância estatística ( $p < 0,001$ ).

## 6 DISCUSSÃO

A população de idosos no Brasil segundo dados do IBGE totalizam 20.590.599 pessoas, desses (55,5%) pertencem ao sexo feminino, observa-se que o processo de envelhecimento populacional está intimamente relacionado às mulheres. Isso acontece devido a inúmeros fatores que contribuem para a sobrevivência da população feminina, por exemplo, a redução da taxa de natalidade, a maior expectativa de vida de 77 anos para as mulheres e 69,4 para os homens, além da maior atenção dos serviços de saúde prestados a esse grupo, bem como a maior preocupação e procura das mulheres pelos serviços de saúde (IBGE, 2011).

A relação sexo e envelhecimento chama a atenção dos órgãos públicos de saúde, sendo uma temática frequentemente debatida, devido ao fato de existir um maior número de mulheres em comparação ao sexo masculino com idades avançadas, estudos tratam esse aumento do público feminino como feminização da velhice. Muitos estudos tratam desse assunto, desse modo, nota-se a importância dada a essa temática, sabendo que não se pode relacionar a maior longevidade das mulheres com boa qualidade de vida e serviços de saúde adequados. Até então, os estudos apontam que essas duas variáveis não estão associadas positivamente na sobrevivência das mulheres (BERLEZI et al., 2016).

Fialho et al., (2014), realizou um estudo com 1.624 idosos, onde a idade variou de 60 a 97 anos, onde predominantemente (59,6%) da população do estudo pertenciam ao sexo feminino, esses dados estão em concordância com esta pesquisa, ocorrendo uma pequena variação entre as porcentagens. Freitas et al. (2012), em seu estudo, observou que a maioria dos idosos eram analfabetos (66,8%), assim como os achados dessa pesquisa.

No que diz respeito à moradia, a maioria dos idosos possuem residência própria e moravam com os companheiros ou familiares, esses achados condizem com o estudo de Ferreira et al., (2012), onde (88,0%) residiam em casa própria e (75,0%) conviviam com os parceiros e/ou familiares e com renda de um salário mínimo.

O processo de envelhecimento contribui fortemente para o aumento da vulnerabilidade, os riscos de agravos e o maior predomínio de doenças crônicas, fatores que atuam na indução da incapacidade. Assim como a adoção de hábitos de vida inadequados estão associados aos prejuízos funcionais precocemente (ANDRADE et al., 2015).

Os dados com relação às condições de saúde dos idosos de uma pesquisa realizada no município de Santa Cruz no interior nordestino corroboram com esse estudo, o mesmo apontou que 84,3% dos idosos avaliados eram acometidos por algum problema de saúde, das principais

doenças a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a que aparece com maior frequência entre os idosos seguido do diabetes. Dos avaliados na pesquisa no município de Santa Cruz, 77,0% relataram utilizar algum tipo de medicação (NOBRE et al., 2015).

Com relação ao índice de fumantes, no público de 334 idosos, a maioria dos avaliados já foram ou são fumantes, o estudo mostrou também a diferença entre o consumo do tabaco entre homens e mulheres. Pode-se observar a prevalência do tabagismo entre o sexo masculino. Nos países subdesenvolvidos, os tabagistas constituem cerca de 48,0% dos homens e 7,0% das mulheres. O percentual de mortes por tabaco é predominante entre os homens (FREITAS *et al.*, 2010).

A auto-avaliação da saúde está intimamente ligada com o estado de saúde dos idosos, sendo uma maneira precisa que possibilita a avaliação da sobrevivência desse público. Percebe-se a necessidade dos profissionais de saúde reconhecerem as informações prestadas durante a realização de estudos voltados para a saúde, a partir dessas informações promover a implantação de medidas que busquem garantir uma melhoria na saúde dos indivíduos (NOBRE et al., 2015).

Um estudo com idosos da cidade de Juiz de Fora - MG avaliou a percepção dos mesmos com a própria saúde se mostrou valores semelhantes aos desta pesquisa, onde a maioria dos idosos avaliaram a própria saúde como excelente, boa e razoável. Quando comparados com os outros de mesma idade, os avaliados relataram (93,5%) possuírem saúde melhor ou igual (NOVAES et al., 2015).

Embora a ausência de doenças seja um fator de grande importância para que o envelhecimento ocorra de modo desejável, não se pode observar somente essa questão, deve-se analisar outros fatores que envolvam a autonomia do idoso e sua capacidade para desempenhar atividades de controle sob sua própria vida (FERREIRA et al., 2012).

As ABVD's do presente estudo foram avaliadas a partir da utilização do índice de Katz, onde notou-se que a maioria dos idosos conseguiam desempenhar as funções estabelecidas.

Em um estudo sobre a capacidade funcional dos idosos no município de Independência - RS, os dados foram encontrados após a avaliação de 528 idosos sobre a capacidade funcional através do índice de Katz, no estudo (94,1%) dos avaliados eram independentes para tomar banho, (94,7%) independentes para vestir-se, sobre ir ao banheiro e os movimentos de transferência ambos apresentaram (97,0%), no estudo o menor percentual de independência está relacionado ao controle das eliminações fisiológicas (85,0%). O estudo demonstrou que os

idosos são predominantemente independentes, mais de (90,0%) dos avaliados conseguem realizar as ABVD's e uma parcela inferior a (4,0%) dos idosos precisam de algum auxílio para desempenhá-las. Observando os valores da tabela em comparação com os dados da pesquisa de Berlezi, notamos uma concordância com esta pesquisa, principalmente, pela aproximação dos percentuais dos dois estudos, ocorrendo uma diferença mínima entre as porcentagens (BERLEZI et al., 2016).

As AIVD's são ações de alta complexidade e necessitam de uma elevada capacidade de julgamento, raciocínio e planejamento, sendo menos favorecidas ao declínio das funções cognitivas (ANDRADE; NOVELLI, 2015). Novaes et al., em 2015, lançou um estudo que avaliou o perfil de saúde física e capacidade funcional de 956 idosos de uma cidade de Minas Gerais, durante a classificação da capacidade funcional por meio das AIVD observou-se que (57,2%) dos avaliados foram considerados independentes, esse valor está em concordância com os dados desta pesquisa.

As principais AIVD's que os idosos apresentaram maior dependência foram para utilizar o telefone, achado semelhante ao estudo de Freitas et al., em 2012, que apresentou (36,6%) de avaliados dependentes. O maior percentual dependentes de acordo com a escala de Lawton. foram lavar a roupa e arrumar a casa. Esses achados são parecidos com o estudo de Silva-Neto e seus colaboradores, em 2011.

A dificuldade encontrada pelos idosos para desempenhar as ABVD's e as AIVD's acabam causando inúmeros prejuízos para sua vida social, trazendo transtornos tanto para o idosos quanto pra seus familiares, pois dependendo do grau de dependência a família terá que se disponibilizar para suprir a necessidade do idoso, esse fato acaba exigindo maior disponibilidade da família, energia e gastos (SILVA-NETO, et al., 2011).

Esse estudo demonstrou que a maioria dos idosos entrevistados possuem algum déficit cognitivo, fator que pode acarretar inúmeros outros problemas, é fundamental que os mesmos recebam um atenção diferenciada para essa condição, principalmente, para o diagnóstico precoce de alterações neurológicas. Isso é possível devido aos inúmeros instrumentos que possibilitam os profissionais avaliarem essa questão (MACHADO et al., 2011).

Um estudo com idosos intitulado Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos participantes de grupos de convivência apontou a relação que há entre o alto índice de consumo de medicamentos e a redução da capacidade funcional tanto nas ABVD's quanto nas AIVD's,

bem como a relação entre ser portador de alguma doença. Os idosos que possuem algum declínio cognitivo apresentam alguma dificuldade em desenvolver as AIVD's (SILVA, 2016).

Diante do processo de envelhecimento populacional, é notória a importância da atuação prévia dos profissionais de saúde, intervindo de forma que possibilite a redução de problemas cognitivos e também atuando na sensibilização dos idosos para a mudança de hábitos que podem trazer riscos a sua saúde, com isso o profissional se mostrará atuante no processo de envelhecimento da população, garantindo maior autonomia e melhor qualidade de vida para os sujeitos (DOMICIANO et al., 2016).

## 7 CONCLUSÃO

O perfil sócio-demográfico do grupo de idosos entrevistados durante a pesquisa no município de São José da Lagoa Tapada revela o predomínio da população feminina, a maioria dos entrevistados são casados, com idade entre 60 a 70 anos, católicos, analfabetos, com renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos, residentes da zona rural e moram acompanhados.

No que diz respeito a avaliação da capacidade funcional os idosos apresentaram maior grau de independência tanto nas ABVD's e AIVD's, embora os idosos apresentem um percentual maior de deficiência nas AIVD's, isso se dá pela maior complexidade dessas ações em comparação com as ABVD's.

Os principais achados sobre a saúde dos avaliados envolve a questão de auto-percepção sobre a saúde, onde grande parte relatou está bem, além da comparação entre a própria saúde e a dos outros de mesma faixa etária a maioria consideravam-se melhor ou igual. Mesmo com a predominância de idosos acometidos por alguma doença. Ainda com relação a saúde nota-se um índice considerável de idosos que consomem bebidas alcoólicas e tabaco.

A partir da análise dos achados durante a pesquisa e do crescente número da população idosa é possível identificar quais as condições de saúde desse grupo, traçando um perfil sócio-demográfico dos idosos, podendo colaborar na elaboração e implementação de ações voltadas para a preservação da capacidade funcional dos mesmos, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, visando a melhoria da qualidade de saúde dos envolvidos. Estudos como esse mostram a importância de reavaliar o modelo de saúde adotado pelo município, onde sugere-se uma maior atenção dos serviços de saúde no atendimento ao público idoso.

É notória a importância de uma equipe multiprofissional e multidisciplinar atuando junto à comunidade, fortalecendo o elo entre população e os serviços de saúde, o público idoso necessita de uma atenção à saúde qualificada. Investir na contratação de profissionais especialistas em saúde do idoso, colaborando para a redução da qualidade dos serviços de saúde do município.

Torna-se fundamental a atuação das USF's, esses serviços devem contribuir para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e recuperação da saúde de toda comunidade. Principalmente, tratando de um público tão vulnerável como os idosos. Os profissionais de saúde devem conscientizar toda a comunidade sobre a importância da adoção de medidas que possibilitem um envelhecimento bem sucedido.

Estudos como esse colaboram para a elaboração de políticas públicas municipais que visem a melhoria do atendimento para os idosos. Assim como, apoiar ações educativas tanto individuais quanto grupais, fortalecendo o vínculo entre a população e os profissionais. Os gestores poderiam proporcionar aos profissionais de saúde atualizações periódicas sobre a saúde do idoso e suas peculiaridades, abordando a importância do atendimento integral à saúde e sensibilizando os profissionais sobre a importância da humanização em qualquer âmbito da saúde.

O envelhecimento bem sucedido se dá por inúmeros fatores, a partir de um modelo de vida saudável, livre do sedentarismo e doenças do corpo e da mente. Uma boa forma de driblar tais condições seria o incentivo à prática de atividades físicas, criação de grupos de idosos, incentivo a busca pelos serviços de saúde por ambos os sexos, sensibilização quanto o uso indiscriminado de medicamentos e diminuição do consumo de álcool e tabaco.

Um processo de envelhecimento saudável é almejado por muitos, sendo considerado uma grande conquista, pois em meio a hábitos de vida que não colaboram para a preservação da saúde desde a infância é esperado que os futuros idosos apresentem uma saúde debilitada.

## 8 REFERÊNCIAS

ANDRADE, K. R. C. et al. Incapacidade funcional de adultos no Brasil: prevalência e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, 2015;49:89.

ANDRADE, N. B.; NOVELLI, M. M. P. C. Perfil cognitivo e funcional de idosos frequentadores dos Centros de Convivência para idosos da cidade de Santos, SP. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 23, n. 1, p. 143-152, 2015.

BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8):3317-3325, 2014.

BRASIL, **Lei nº 1074/2003**. Estatuto do Idoso. Brasília: DF, Outubro de 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **PORTARIA Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Brasília (DF): Ministério da Saúde: 2006. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 29 de junho de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília (DF): Ministério da Saúde: 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 30 de junho de 2016.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informação da Atenção Básica – Cadastramento familiar, Paraíba, Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFPB.def>>. Acesso em: 27 jul 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_envelhecimento\\_v12.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf)>. Acesso em: 12 de julho de 2016

BERLEZI, E. M. et al. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado? **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2016; 19(4):643-652.

CASTRO, V. C. et al. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do sistema único de saúde. **Revista Rene**, v. 14, n.4, p. 791-800, 2013.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(Esp. 2):1763-8.

DOMICIANO, B. R. et al. Função cognitiva de idosas residentes em instituições de longa permanência: efeitos de um programa de fisioterapia. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2016; 19(1):57-70.



FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. Edição 20, volume 1, artigo nº 7, Janeiro/Março 2012.

FERREIRA, O. G. L. et al. ENVELHECIMENTO ATIVO E SUA RELAÇÃO COM A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 513-8.

FREITAS, E. R. F. S. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos residentes na cidade de Londrina, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** RIO DE JANEIRO, 2010; 13(2):277-287.

\_\_\_\_\_. Prática habitual de atividade física afeta o equilíbrio de idosas?. **Fisioter. Mov.** 2013, set/dez;26(4):página 813-21.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP** 2010; 44(2):407-12.

FREITAS, R. S. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paul Enferm.** 2012;25(6):933-9.

FIALHO, C. B. et al. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(3):599-610, mar, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HAIR JR., J. F. et al. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Tradução Lene Belon Ribeiro. Porto Alegre: Bookman, 2005. 471p.

HIRVENSALO, M.; LINTUNEN, T. Life-course perspective for physical activity and sports participation. **Eur. Rev. Aging Phys Act**, 2011;8(1):13---22.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). IBGE, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/>>. Acesso em: 15 de julho de 2016.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). IBGE, Rio de Janeiro 2008. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/808-sas-raiz/daet-raiz/saude-da-pessoa-idosa/11-saude-da-pessoa-idosa/14895destaques-sp-idosa-41>>. Acesso em: 29 de junho de 2016.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Sinopse do Senso Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000402.pdf>> Acesso em: 22 de Setembro de 2016.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada. IBGE 2010. Disponível em:

<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa\\_tcu.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm)>. Acesso em: 15 de Julho de 2016.

\_\_\_\_\_. Tábua Completa de Mortalidade para o Brasil de 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2012/>>. IBGE, Rio de Janeiro. Acesso em: 15 de Julho de 2016.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA** 1963; 185(12):914-919.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist** 1969; 9:179-186.

LENARDT, M. H. et al. Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. **Rev. Bras. Enferm.** 2016;69(3):448-53.

MACHADO, J. C. et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL. RIO DE JANEIRO**, 2011; 14(1):109-121.

MACHADO, W. C. A. et al. CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS USUÁRIOS DE UNIDADE DIA: RESGATANDO AUTONOMIA ATRAVÉS DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Saúde do Idoso.** Ano 2014 p.3068-86 ISSN: 1982-4785.

MONTEIRO, N. T.; NERI, A. L.; CEOLIM, M. F. Sintomas de insônia, cochilos diurnos e atividades físicas de lazer em idosos: estudo FIBRA Campinas. **Rev. Esc. Enferm. USP** 2014; 48(2):242-9.

MOURÃO, A. R. C. et al. Atividade física de idosos relacionada ao transporte e lazer, Maceió, Brasil. **Rev. Saúde Pública** 2013;47(6):1112-22.

NASCIMENTO, C. M. C. et al. Exercícios físicos generalizados capacidade funcional e sintomas depressivos em idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desenvolvimento Humano.** 2013v15n4p486.

NOBRE, T. T. X. et al. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO NORDESTE/BRASIL. **Revista Baiana de Saúde Pública.** V.39, n.3, p.542-551 jul./set. 2015.

NOVAES, C. O. et al. Perfil de saúde física e capacidade funcional em uma população de idosos residentes na comunidade. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, 2015;14(4):24-34.

OLIVEIRA, C. A. et al. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física – uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2010; 13(2):301-312. Perspectivas de uma década. Einstein. 2013;11(4):514-20.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde

para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

ORTIZ, R. J. F. A incapacidade em idosos na Pesquisa Nacional por Amostragem Domicílios (PNAD): uma aplicação da regressão logística em situação de evento pouco frequente. **Revista da Estatística UFOP**. Vol III (3), 2014, ISSN 2237-8111.

PFEIFFER, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. **J Am Geriatr. Soc.** 1975; 23: 433-41.

PILGER, C. et al. Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um município do Paraná, uma análise dos últimos 5 anos. **Revista de Enfermagem da UFMS**, v.1, n.3, p. 394-402, 2011.

PONTE, M. K. C.; CUNHA, F. M. A M. Nível de atividade física na população idosa e seus benefícios: uma revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, V.12, n.1, p. 71-77, jan./jun. – 2013.

RESENDE, M. C. Saúde mental e envelhecimento. **Psico**, PUCRS, Porto Alegre. v. 42, n. 1, pp. 31-40, jan./mar. 2011.

RIBEIRO, L. F. Qualidade de vida na terceira idade *Ágora*. **R. Divulg. Cient.**, ISSN 2237-9010, Mafra, v. 17, n. 2, 2010.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 2011.

SILVA, L. N. M. Dependência Funcional, Contexto Social E Interação Familiar No Cuidado Ao Idoso. Mossoró, RN, 2016. Disponível em: <[http://www.uern.br/controladepaginas/ppgss-concluidas-turma2014/arquivos/2883dissertaa%C2%A7a%C2%A3o\\_conclua%C2%ADda\\_la%C2%ADvia\\_norny\\_an\\_medeiros\\_silva.pdf](http://www.uern.br/controladepaginas/ppgss-concluidas-turma2014/arquivos/2883dissertaa%C2%A7a%C2%A3o_conclua%C2%ADda_la%C2%ADvia_norny_an_medeiros_silva.pdf)>. Acesso em: 28 de Setembro de 2016.

SILVA-NETO, M. G. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados nas unidades de saúde da família do município de jataí-go. 2011. Disponível em: <[http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pibic/trabalhos/MAUR\\_\\_CI.PDF](http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pibic/trabalhos/MAUR__CI.PDF)>. Acesso em: 30 de junho de 2016.

SILVEIRA, S. C.; FARO, A. C. M.; OLIVEIRA, C. L. A. Atividade física, manutenção da capacidade funcional e da autonomia em idosos: revisão de literatura e interfaces do cuidado. **Estud. interdiscipl. envelhec.** Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 61-77, 2011.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Research methods in physical activity**. 3 ed. Champaign: Human Kinetics (1996).

VAN NESS, P. **The concept of risk in biomedical research involving human subjects**. v. 15, nº 4, p. 364-70, Ago. 2001.

VENDITES, S.; ALMADA-FILHO, C. M.; MINOSSI, J. G. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. **ABCD Arq Bras Cir Dig** 2010;23(3):173-182.

## Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### APENDICE: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com os critérios da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“FATORES CONDICIONANTES E DETERMINANTES DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS EM UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DA PARAÍBA”**, desenvolvida por **Hozana Gomes de Sousa**, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus* Cajazeiras, com a orientação da Profa. Ms. **Cícera Renata Diniz Vieira Silva**. A referida pesquisa apresenta como objetivo geral Investigar a influência de fatores socioeconômicos, demográficos relativos à saúde e auto-avaliação da saúde sobre a capacidade funcional de idosos do município de São José da Lagoa Tapada – PB.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

### **GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO**

O (A) senhor (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa sobre o que desejar. O (A) senhor (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O (s) pesquisador (es) irá (ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

## **PROCEDIMENTOS DETALHADOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA**

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente trinta minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso à pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 05 anos, conforme Resolução 466/12.

## **RISCOS E BENEFÍCIOS**

São riscos pertinentes ao desenvolvimento deste estudo a possibilidade de sofrimento psicoemocional despertado pelos questionamentos referentes à saúde, presença de comorbidades, bem como incapacidades funcionais.

Torna-se importante a identificação dos prováveis fatores de risco associados a perda da capacidade funcional, visando nortear futuras estratégias de intervenção que diminuam o surgimento de complicação e evitem que os idosos sejam levados a adquirir complicações secundárias, que em muitos casos é essencial na melhora das atividades da vida diária.

## **CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POREVENTUAIS DANOS.**

A participação no estudo não acarretará custos para o (a) senhor (a). E o (a) senhor (a) poderá receber ressarcimento ou indenização, segundo as normas legais, para qualquer situação que se sinta lesado.

## **SOBRE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA**

Os resultados serão divulgados em artigos científicos e na dissertação de conclusão do curso.

## **DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Eu declaro que fui informado dos objetivos e finalidade da pesquisa **“Fatores condicionantes e determinantes da capacidade funcional em idosos em um município do interior da Paraíba”** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e alterar a minha decisão, sem que isso venha a prejudicar meu acompanhamento na UBSF. A pesquisadora Hozana Gomes de Sousa certificou-me de que todos

os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo pesquisador responsável. Em caso de dúvidas poderei chamar o pesquisador no telefone (83)98207-8513.

Declaro ainda que concordei em seguir todas as orientações do pesquisador, que concordei em participar desse estudo, que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

**Cícera Renata Diniz Vieira Silva**

Orientadora da Pesquisa. Docente do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

---

**Hozana Gomes de Sousa**

Discente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Cajazeiras.

São José da Lagoa Tapada-PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Assinatura ou impressão datiloscópica do participante da pesquisa

## SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

À Secretaria de Saúde do município de São José da Lagoa Tapada – PB.

Eu, Hozana Gomes de Sousa, aluna do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, com matrícula 212120182, RG: 3.961.806, Fone: (83)98207-8513, venho pelo presente, solicitar autorização da Secretaria de Saúde do município para a realização da pesquisa para a execução do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulada “Fatores condicionantes e determinantes da capacidade funcional em idosos em um município do interior da Paraíba”, com o objetivo de investigar a influência de fatores socioeconômicos, demográficos relativos à saúde e auto-avaliação da saúde sobre a capacidade funcional de idosos do município de São José da Lagoa Tapada – PB. Esta pesquisa está sendo orientada pela professora Me. Cícera Renata Diniz Vieira Silva, RG: 7.615527, Matrícula Siape: 2150403, Fone: (83)99620-7454.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012.

Contando com a autorização desta instituição, colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento.

Cajazeiras, 21 de Julho de 2016.



**Hozana Gomes de Sousa**  
Aluna pesquisadora



**Cícera Renata Diniz Vieira Silva**  
Professora orientadora da pesquisa

## Anexo A – INSTRUMENTO DE PESQUISA

## APÊNDICE A - ENTREVISTA

Instrumento utilizado para coleta de dados da pesquisa intitulada “FATORES CONDICIONANTES E DETERMINANTES DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA PARAÍBA.”

<b>SUJEITO</b>	<b>IDADE</b> 60-65 <input type="radio"/> 66-70 <input type="radio"/> 71-75 <input type="radio"/> 76-80 <input type="radio"/> 81-85 <input type="radio"/> ≥ 90 <input type="radio"/>		
<b>EST. CIVIL</b>	Solteiro (a) <input type="radio"/> Casado (a) <input type="radio"/> Viúvo (a) <input type="radio"/> Divorciado (a) <input type="radio"/> União estável <input type="radio"/>	<b>SEXO</b>	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
<b>RELIGIÃO</b>	Católico (a) <input type="radio"/> Evangélico (a) <input type="radio"/> Espírita <input type="radio"/> Nenhuma <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/>		
<b>RENDA</b>	< 1 salário <input type="radio"/> De 1 a 2 <input type="radio"/> De 3 a 4 <input type="radio"/> ≥ 5 salários <input type="radio"/>		
<b>Ocupação</b>	Quantos contribuem p/ renda? _____		
<b>GRAU DE ESCOLARIDADE</b>	Analfabeto <input type="radio"/> Ensino: _____		
<b>MORADIA</b>	Própria <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Cedida <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/>	<b>Tipo:</b>	_____
<b>Mora</b>	Sozinho (a) <input type="radio"/> Companheiro (a) <input type="radio"/> Familiares <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/>		
<b>Número de cômodos</b>	_____	<b>Número de moradores</b>	_____
<b>Local de Moradia</b>	Zona urbana <input type="radio"/> Zona rural <input type="radio"/>	<b>Saneamento</b>	S <input type="radio"/> N <input type="radio"/>
<b>TABAGISTA</b>	S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> Tempo? _____	<b>ETILISTA</b>	S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> Tempo? _____
<b>FAZ USO DE MEDICAÇÃO?</b>	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<b>Qual?</b>	_____
<b>DOENÇA PREGRESSA?</b>	_____ _____		
<b>QUESTÕES ESPECÍFICAS DO ESTUDO</b>			
<b>ABVDs</b>	<b>INDEPENDÊNCIA</b> (1 ponto)	<b>DEPENDÊNCIA</b> (0 ponto)	<b>P</b>
<b>BANHO</b>	Sem auxílio ou com mínimo de ajuda. <input type="radio"/>	Auxílio moderado ou Total assistência. <input type="radio"/>	( )
<b>VESTIMENTAS</b>	Busca e veste as roupas, pode receber ajuda com sapatos. <input type="radio"/>	Ajuda p/ vestir-se ou é completamente vestido. <input type="radio"/>	( )
<b>BANHEIRO</b>	Vai ao banheiro, arrumar suas roupas e limpa a região íntima sem ajuda. <input type="radio"/>	Precisa de ajuda para ir ao banheiro e limpá-lo ou usa fralda ou comadre. <input type="radio"/>	( )
<b>LOCOMOÇÃO</b>	Senta, deita e levanta de cama ou cadeira sem ajuda ou ajuda de equipamentos mecânicos. <input type="radio"/>	Precisa de ajuda para sentar, deitar e levantar da cama ou cadeira. <input type="radio"/>	( )



<b>CONTROLE</b>	Controla eliminação vesicais e intestinais. <input type="radio"/>	Controle parcial ou inexistente das eliminações vesicais e intestinais. <input type="radio"/>	( )
<b>ALIMENTAÇÃO</b>	Não precisa de ajuda para alimenta-se. <input type="radio"/>	Ajuda parcial ou total com alimentação ou utiliza alimentação parenteral. <input type="radio"/>	( )
<b>Classificação</b>	6 - Independente	4 - Dependência moderada	≤ 2 Muito dependente
			<b>Total:</b> ____
<b>AIVDs</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>		<b>PONTOS</b>
<b>Usar o telefone?</b>	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue		<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1
<b>Se locomover através de meios de transporte sem planejar?</b>	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue		<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1
<b>Consegue fazer compras?</b>	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue		<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1
<b>Preparar refeições?</b>	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue		<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1
<b>Arrumar a casa?</b>	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue		<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1
<b>Lavar roupa?</b>	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue		<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1
<b>Tomar remédios na dose e horário corretos?</b>	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue		<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1
<b>Cuidar de suas finanças?</b>	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue		<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1
<b>Classificação</b>	<b>Dependente – 1</b>	<b>Parcialmente dependente – 2</b>	<b>Independente – 3</b>
<b>REALIZA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA?</b>		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<b>Qual?</b> ____
<b>Por que?</b> _____			
<b>Há quanto tempo?</b>	_____	<b>Qual a duração?</b>	_____
<b>CUIDA DA ALIMENTAÇÃO?</b>	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<b>Sabe a importância?</b>	_____
<b>FOI INTERNADO NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES?</b>	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<b>Por que?</b> _____	
<b>COMO SE SENTI COM RELAÇÃO À SAÚDE?</b>	Bem <input type="radio"/> Mal <input type="radio"/>	<b>Por que?</b> _____	
<b>EM COMPARAÇÃO COM OUTROS DE SUA IDADE?</b>	Melhor <input type="radio"/> Igual <input type="radio"/> Pior <input type="radio"/> Não sabe <input type="radio"/>	<b>Por que?</b> _____	
<b>ASPECTOS MENTAIS</b>			

QUAL É A DATA DE HOJE?	Correto <input type="radio"/> Errado <input type="radio"/>
QUE DIA DA SEMANA É?	Correto <input type="radio"/> Errado <input type="radio"/>
QUAL É O NOME DESTA LUGAR?	Correto <input type="radio"/> Errado <input type="radio"/>
QUAL É O SEU NÚMERO DE TELEFONE?	Correto <input type="radio"/> Errado <input type="radio"/>
QUAL É O SEU ENDEREÇO?	Correto <input type="radio"/> Errado <input type="radio"/>
QUANTOS ANOS VOCÊ TEM?	Correto <input type="radio"/> Errado <input type="radio"/>
QUANDO VOCÊ NASCEU?	Correto <input type="radio"/> Errado <input type="radio"/>
QUEM É O PRESIDENTE DO BRASIL AGORA?	Correto <input type="radio"/> Errado <input type="radio"/>
QUEM FOI PRESIDENTE POUCO ANTES DELE?	Correto <input type="radio"/> Errado <input type="radio"/>
QUAL ERA O NOME DE SOLTEIRA DA SUA MÃE?	Correto <input type="radio"/> Errado <input type="radio"/>
SUBTRAIR 3 DE 20 E MANTER SUBTRAINDO 3, PARA CADA NOVO NÚMERO, TODO O CAMINHO PARA BAIXO.	Correto <input type="radio"/> Errado <input type="radio"/>
<b>Número Total de Erros</b>	0 - 2 erros - funcionamento intelectual Intacto 3 - 4 erros - deficiência intelectual leve 5 - 7 erros - deficiência intelectual moderada 8 - 10 erros - deficiência intelectual severa

**Anexo B – TERMO DE ANUÊNCIA**

**Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de São José da Lagoa Tapada  
Secretaria Municipal de Saúde**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Eu, Ana Emília Formiga Marques, secretária de Saúde de São José da Lagoa Tapada, PB, RG Nº 3391424, CPF Nº 055.033.864-00, AUTORIZO Hozana Gomes de Sousa, aluna do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, com matrícula 212120182, RG: 3.961.806 a executar seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), com os idosos deste município. Pesquisa esta, intitulada “Fatores condicionantes e determinantes da capacidade funcional em idosos em um município do interior da Paraíba”, que tem por objetivo primário investigar a influência de fatores socioeconômicos, demográficos relativos à saúde e autoavaliação da saúde sobre a capacidade funcional de idosos do município de São José da Lagoa Tapada – PB.

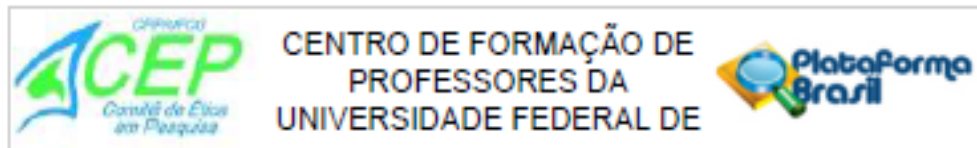
A pesquisadora acima qualificada se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

São Jose da Lagoa Tapada, 25 de julho de 2016

  
ANA EMÍLIA FORMIGA MARQUES  
SECRETÁRIA DE SAÚDE

**Anexo C – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP**



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FATORES CONDICIONANTES E DETERMINANTES DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA PARAÍBA

**Pesquisador:** Cicera Renata Diniz Vieira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58527516.8.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.703.210

#### **Apresentação do Projeto:**

O projeto proposto busca conhecer os fatores que influenciam na preservação ou redução da capacidade funcional de idosos em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de São José da Lagoa Tapada – PB (Sertão paraibano), abrangendo os aspectos sociais, demográficos, econômicos e relativos à saúde dos idosos. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e de abordagem descritiva e analítica. Será utilizado um instrumento para a coleta de dados, onde serão abordadas questões objetivas e os dados serão apresentados em tabelas.

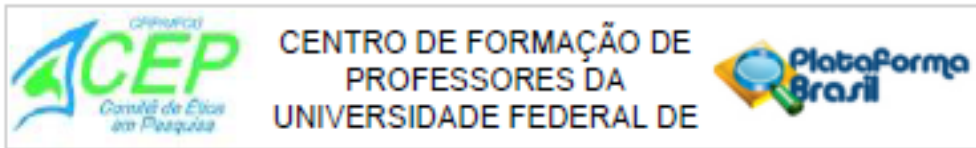
#### **Objetivo da Pesquisa:**

Investigar a influência de fatores socioeconômicos, demográficos relativos à saúde e autoavaliada saúde sobre a capacidade funcional de idosos do município de São José da Lagoa Tapada – PB.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Como consta no projeto proposto, são riscos pertinentes ao desenvolvimento do estudo a possibilidade de sofrimento psicoemocional despertado pelos questionamentos referentes à saúde, presença de comorbidades, bem como incapacidades funcionais. Em contrapartida, como benefícios esperados da pesquisa, busca-se a identificação dos prováveis fatores de risco associados a perda da capacidade funcional, visando nortear futuras estratégias de intervenção.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000  
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.703.210

que diminuem o surgimento de complicação e evitem que os idosos sejam levados a adquirir complicações secundárias, que em muitos casos é essencial na melhora das atividades da vida diária. Neste sentido, avalio que os riscos da pesquisa são mínimos e que não acarretarão danos significativos, morais e éticos, aos participantes envolvidos. Além disto, os benefícios esperados contribuirão de forma significativa nos estudos acerca do tema da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa se mostra como uma investigação importante em um tema vital para o melhoramento das relações com os idosos. Espera-se que os resultados obtidos auxiliem os órgãos públicos a criarem ou melhorarem políticas públicas a fim de prestar assistência aos idosos de forma correta e efetiva.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos apresentados pelo proponente cumpriram as exigências do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de acordo com a resolução N.466 de 12 de dezembro de 2012, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foram apresentados o projeto de pesquisa detalhado, a folha de rosto, o termo de anuência e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

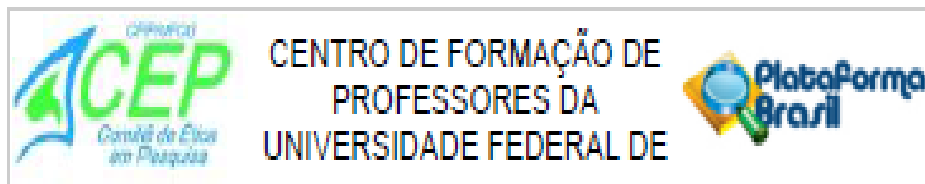
Informo que meu parecer é favorável, salvo melhor juízo deste comitê, a APROVAÇÃO do projeto proposto: FATORES CONDICIONANTES E DETERMINANTES DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA PARAÍBA, sob responsabilidade da pesquisadora Cioera Renata Diniz Vieira Silva, registrada na plataforma Brasil sob número 58527516.8.0000.5575.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 767761.pdf	09/08/2016 17:57:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	09/08/2016 17:56:45	Cioera Renata Diniz Vieira	Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000  
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.703.210

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/08/2016 17:55:27	Cloera Renata Diniz Vieira	Acelto
Outros	Anuencia.pdf	05/08/2016 10:05:03	Cloera Renata Diniz Vieira	Acelto
Folha de Rosto	Img001.pdf	04/08/2016 06:24:47	Cloera Renata Diniz Vieira	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 25 de Agosto de 2016

---

Assinado por:  
Paulo Roberto de Medeiros  
(Coordenador)

## Anexo D - ÍNDICE DE KATZ ADAPTADO

Quadro 5 - Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) 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
Transferencia 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 a 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

Total de Pontos = _____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente
----------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998<sup>(20)</sup>

## Anexo E - ESCALA DE LAWTON E BRODY ADAPTADA

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
<b>TOTAL</b>			<b>_____ pontos</b>

Avaliação dos resultados da Escala de Lawton e Brody: para cada questão, a primeira resposta significa independência (3 pontos), a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda (2 pontos) e a terceira, dependência (1 ponto). A pontuação máxima alcançada por meio dessa escala é de 27 pontos e a mínima 9 pontos.



## Anexo F – SHOT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ)

<b>Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)</b>
---

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Circle Appropriate    SEX: M    F    RACE: White    Black    Other  
 Description:    YRS OF EDUCATION: Grade School    High School    Beyond High School

**Instructions:** Ask questions 1 to 10 on this list and record all answers. (Ask question 4a only if the subject does not have a telephone.) All responses must be given without reference to calendar, newspaper, birth certificate, or other aid to memory. Record the total number of errors based on the answers to the 10 questions.

+	-	Questions	Instructions
		1. What is the date today? _____	Correct only when the month, date, and year are all correct.
		2. What day of the week is it? _____	Correct only when the day is correct.
		3. What is the name of this place? _____	Correct if any of the description of the location is given. "My home," the correct city/town, or the correct name of the hospital/institution are all acceptable.
		4. What is your telephone number? _____	Correct when the number can be verified or the subject can repeat the same number at a later time in the interview.
		4a. What is your street address? _____	Ask only if the subject does not have a telephone.
		5. How old are you? _____	Correct when the stated age corresponds to the date of birth.
		6. When were you born? _____	Correct only when the month, date, and year are correct.
		7. Who is the president of the United States now? _____	Requires only the correct last name.
		8. Who was president just before him? _____	Requires only the correct last name.
		9. What was your mother's maiden name? _____	Needs no verification; it only requires a female first name plus a last name other than the subject's.
		10. Subtract 3 from 20 and keep subtracting 3 from each new number, all the way down. _____	The entire series must be performed correctly to be scored as correct. Any error in the series—or an unwillingness to attempt the series—is scored as incorrect.

\_\_\_\_\_ Total Number of Errors

- 0 – 2 errors = Intact Intellectual Functioning
- 5 – 7 errors = Moderate Intellectual Impairment
- 3 – 4 errors = Mild Intellectual Impairment
- 8 – 10 errors = Severe Intellectual Impairment

(Allow one more error for a subject with only a grade school education. Allow one less error for a subject with education beyond high school. Allow one more error for African-American subjects, using identical educational criteria.)

**Source:**

Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975;23(10):433-41.