

Análise temporal do estado funcional de idosos do estado da Paraíba

Temporal analysis of the functional status of older people in the state of Paraíba, Brazil

Análisis temporal del estado funcional de ancianos del estado de Paraíba, Brasil

**Fabiana Ferraz Queiroga Freitas^I, Cinara Maria Feitosa Beleza^{II},
Isadora Queiroz Correa Garchet Furtado^{II}, Aline da Rocha Kallás Fernandes^{II}, Sônia Maria Soares^{II}**

^I Universidade Federal de Campina Grande, Departamento de Enfermagem. Cajazeiras-PB, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, Brasil.

Como citar este artigo:

Freitas FFQ, Beleza CMF, Furtado IQCG, Fernandes ARK, Soares SM. Temporal analysis of the functional status of older people in the state of Paraíba, Brazil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; 71(suppl 2):905-11. [Themática Issue: Health of the Elderly].DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0130>

Submissão: 28-03-2017

Aprovação: 07-06-2017

RESUMO

Objetivo: verificar o perfil e o estado funcional de idosos residentes no estado da Paraíba, em uma perspectiva temporal. **Método:** estudo descritivo, com análise secundária de dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso, entre os anos de 2000 e 2010. **Resultados:** neste período, houve um crescimento de mulheres idosas; de pessoas com idade entre 85 anos ou mais; residentes em áreas urbanas; idosos que moram sozinhos e que não são responsáveis pelos domicílios. Verificou-se também diminuição de idosos analfabetos, com rendimento mensal de até um salário mínimo e em situação de pobreza. Em relação ao estado funcional, aumentou a proporção de idosos que declararam ter alguma deficiência mental permanente, motora, visual ou auditiva. **Conclusão:** Sugere-se que as intervenções de saúde sejam direcionadas para variáveis ambientais que favoreçam um bom estado funcional, como analfabetismo, baixa renda e incapacidades, que contribuem para a fragilização do idoso e precisam ser superadas.

Descritores: Idoso; Fatores de Risco; Saúde do Idoso; Aptidão Física; Distribuição Temporal.

ABSTRACT

Objective: To verify the profile and the functional status of older people living in the state of Paraíba, Brazil, from a temporal perspective. **Method:** This was a descriptive study with secondary analysis of data from the Health Indicator and Aging Policy Monitoring system (SISAP-Idoso – *Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso*) between 2000 and 2010. **Results:** Over the analyzed period, there was a growth of older women, people older than 85 years, residents of urban areas, older people who live alone and who are not responsible for the household. There was also a decrease of illiterate older people, with monthly income of up to one minimum wage and in poverty situations. Concerning the functional status, the proportion of older people who reported any permanent mental, motor, visual or hearing disabilities has increased. **Conclusion:** We suggest that the assistance must be directed towards environmental variables that can influence the functional state, such as illiteracy, low income and disabilities that contribute to the weakening of older people and must be overcome.

Descriptors: Aged; Risk Factors; Health of the Elderly; Physical Fitness; Temporal Distribution.

RESUMEN

Objetivo: verificar el perfil y el estado funcional de ancianos residentes en el estado de Paraíba, Brasil, en una perspectiva temporal. **Método:** estudio descriptivo con análisis secundario de datos del Sistema de Indicadores de Salud y Seguimiento de Políticas del Anciano, entre los años de 2000 y 2010. **Resultados:** en este período se identificó crecimiento de mujeres ancianas; personas con edad entre 85 años o más; residentes en áreas urbanas; ancianos que viven solos y que no son responsables por los domicilios. Se verificó también reducción de ancianos analfabetos, con rendimiento mensual de hasta un salario mínimo y en situación de pobreza. En relación al estado funcional, la proporción de ancianos que declararon alguna deficiencia mental permanente, motora, visual o auditiva presentó aumento. **Conclusión:** Se sugiere que las intervenciones de

salud sean direccionadas para variables ambientales que favorecen un bueno estado funcional, como analfabetismo, baja renda y discapacidades, que contribuyen para el debilitamiento del anciano y necesitan ser superadas.

Descriptores: Anciano; Factores de Riesgo; Salud del Anciano; Aptitud Física; Distribución Temporal.

AUTOR CORRESPONDENTE Cinara Maria Feitosa Beleza E-mail: cinara.maria@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A crescente população mundial de idosos torna novos desafios da saúde pública global o manejo de doenças crônicas e a melhoria de vida desse grupo etário. Contudo, para a Organização das Nações Unidas (ONU), o ser idoso difere em países desenvolvidos e em desenvolvimento, conforme contexto e condições de cada país, para efeito de formulação de políticas públicas⁽¹⁻²⁾.

No Brasil, o envelhecimento populacional tem ocorrido rapidamente nos últimos anos, em decorrência do desenvolvimento demográfico. Em 1940, os idosos representavam 4,1% da população total brasileira e, em 2011, somavam 20,5 milhões, o equivalente a 10,8% do total. Estimam-se, para 2020, 30,9 milhões de idosos, cerca de 14% da população total, o que colocará o país em sexto lugar na classificação mundial⁽³⁾.

Com o avanço da idade ocorrem mudanças morfológicas, funcionais e biológicas que desencadeiam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e ocasionam maior fragilidade e diminuição da capacidade funcional e do potencial dos idosos para realização de atividades de cuidado pessoal, básicas e mais complexas do cotidiano⁽⁴⁾.

A capacidade funcional pode ser definida como “um construto que indica o máximo possível de funcionalidade que uma pessoa pode atingir em um dado momento”. Estudos mostram que este quesito constitui um novo paradigma na saúde do idoso, e a autonomia é um dos principais fatores considerados em relação a políticas de saúde da pessoa idosa, ou seja, a capacidade de escolher seus próprios desígnios, como resultado entre sua saúde física e mental, independência funcional, integração social, suporte familiar e independência financeira⁽⁵⁾.

Contudo, em áreas urbanas, mais especificamente naquelas de periferia, muitos problemas afetam negativamente o bem-estar de uma pessoa, o que inclui, por exemplo, pobreza, analfabetismo, superlotação e falta de saneamento. Neste contexto, os idosos estão mais vulneráveis a essas dificuldades e, por consequência, a várias doenças não transmissíveis e suas complicações, em virtude da ausência de comodidades básicas, precários serviços de saúde e estresse decorrente da falta de apoio social⁽⁶⁻⁷⁾.

OBJETIVO

Verificar o perfil socioeconômico e o estado funcional de idosos do estado da Paraíba, em uma perspectiva temporal. Os resultados oferecerão subsídios para repensar as estratégias de intervenção utilizadas nos serviços, com o intuito de protelar os processos de perdas provocados pelo envelhecimento e possíveis doenças a ele associadas.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa não apresentou necessidade de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, por não se enquadrar na definição de “pesquisas envolvendo seres humanos”, conforme orientações da Resolução 466/12, uma vez que manipula dados de livre acesso.

Desenho, local de estudo e período

Estudo de caráter descritivo baseado em análise secundária de dados disponíveis no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP- Idoso), banco de dados da Fundação Oswaldo Cruz, referentes aos anos de 2000 a 2010, no estado da Paraíba, Brasil. O recorte temporal refere-se ao período em que os estudos estavam disponibilizados no Sistema. Localizado na Região Nordeste do país, o estado da Paraíba tem 233 municípios e economia centrada na agropecuária. No ano de 2010, possuía 3.766.528 habitantes, dos quais 12% tinham 60 anos ou mais⁽⁸⁾.

Amostragem, critérios de inclusão

A amostra foi composta por idosos com 60 anos ou mais de idade, cadastrados nos diversos Sistemas de Informação em Saúde. O SISAP-Idoso foi desenvolvido com o propósito de oferecer uma ferramenta de gestão para o SUS que permita conhecer tanto a situação de saúde da população idosa quanto estabelecer processos contínuos de acompanhamento, com base em indicadores de saúde. Este sistema reúne informações de diferentes fontes, pesquisas e inquéritos. Para produzir os indicadores, são utilizadas informações do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)⁽⁹⁾.

As pesquisas e os inquéritos utilizados no SISAP são selecionados de acordo com dois critérios: (1) devem ser representativos da população e (2) devem ser desagregáveis e característicos de pessoas idosas com 60 anos ou mais. Assim, são utilizados no Sistema a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e o VIGITEL. Informações demográficas são obtidas por meio de Censos Demográficos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽⁹⁾.

Protocolo de estudo

No Brasil, nas últimas décadas, tem-se ampliado o interesse em utilizar bancos de dados para informações em saúde e como ferramenta na elaboração de políticas, planejamento e gestão

de serviços. Assim, esse campo temático tem-se estruturado de forma interdisciplinar e estratégica, em termos de uso do conhecimento gerado e seus efeitos nas atividades dos usuários⁽¹⁰⁾.

Neste estudo, fez-se a captação de dados secundários do estado da Paraíba, na seção Matriz Conceitual por Dimensões de Saúde do SISAP-Idoso, banco de domínio público e acesso irrestrito por intermédio de Internet. Cada indicador no SISAP-Idoso foi agrupado por dimensão na matriz conceitual do sistema (Matriz Conceitual por Dimensões de Saúde) e, dentre esses, alguns foram selecionados como pertinentes para o acompanhamento de políticas e programas de saúde (Matriz Conceitual para o acompanhamento de políticas e programas)⁽⁹⁾.

A Matriz Conceitual por Dimensões de Saúde do SISAP-Idoso foi construída com base no Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) e adaptada às condições específicas de saúde dos idosos. Enquanto no PROADESS a Matriz serve para a avaliação do sistema de saúde, no SISAP-Idoso ela auxilia no diagnóstico da situação de saúde da população idosa⁽⁹⁾. Para a composição do PROADESS, os indicadores foram consultados via TABWIN nas bases de dados dos sistemas nacionais de saúde. Pelo sistema IPEADATA, foi possível o acesso a indicadores já calculados, para características socioeconômicas. O sistema de informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) também tem sido usado para caracterizar a estrutura da rede de saúde⁽¹¹⁾.

Para este estudo, foram definidas na dimensão 'Determinantes da Saúde e Fatores de Risco', nos indicadores socioeconômicos e na fragilidade social, as seguintes variáveis: idosos analfabetos, idosos com rendimento nominal mensal de até um salário mínimo, idosos em situação de pobreza, idosos morando sozinhos e idosos que não são responsáveis pelo domicílio; já nos indicadores demográficos constituíram variáveis: idosos residentes em áreas urbanas, população idosa total, proporção de idosos com 85 anos ou mais. Na dimensão 'Condições de Saúde de Idosos', nos indicadores de Estado Funcional, selecionaram-se como variáveis: idosos com alguma deficiência mental, idosos com alguma deficiência motora, idosos com alguma dificuldade de enxergar e idosos com alguma dificuldade de ouvir. A coleta de dados ocorreu no mês de novembro de 2016 e utilizou-se um roteiro de observação estruturado com as referidas variáveis.

Análise de resultados

Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva (proporção), conduzida no software Microsoft® Office® Excel 2007. Em seguida, os dados foram organizados em tabelas.

RESULTADOS

Entre 2000 e 2010, a população idosa total, no estado da Paraíba, aumentou de 10,17% para 11,98%. Ao analisar alguns dos principais determinantes e fatores de risco para incapacidade funcional, observou-se crescimento da população idosa feminina; de idosos com 85 anos ou mais; de idosos que residem em áreas urbanas e também de idosos que moram sozinhos e que não são responsáveis pelo seu próprio domicílio (Tabela 1). A pesquisa considera o conceito de responsável pelo domicílio

utilizado pelo IBGE, baseado na indicação, pelos moradores da residência, da pessoa considerada referência no domicílio (ou da família).

Quanto ao perfil socioeconômico, observa-se, nesse recorte temporal, diminuição de idosos analfabetos, com rendimento mensal de até um salário mínimo e em situação de pobreza.

No que se refere ao estado funcional, entre os anos 2000 e 2010, houve piora das condições de saúde dos idosos do estado da Paraíba, devido ao aumento da proporção daqueles que declararam ter alguma deficiência mental permanente, motora (incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas), visual ou auditiva (Tabela 2). Esses indicadores influenciam a capacidade dos idosos exercerem suas atividades diárias. Destaca-se que, quando associado a condições de menor desempenho e agilidade física, este déficit na capacidade pode representar um grande fator de risco para isolamento, perda de motivação e desinteresse na participação da vida social.

Tabela 1 – Determinantes de saúde e fatores de risco de idosos do estado da Paraíba, Brasil, 2000 e 2010

Indicadores/Anos	2000	2010
População idosa feminina	10,98%	13,16%
Idosos de 85 anos ou mais	7,06%	8,53%
Residentes em área urbana	69,87%	73,84%
Analfabetos	56,52%	48,27%
Rendimento mensal de até 1 salário mínimo	72,45%	70,55%
Situação de pobreza	29,54%	25,60%
Moram sozinhos	9,67%	11,27%
Não responsáveis pelo domicílio	13,95%	15,02%

Fonte: Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso-SISAP, 2016.

Tabela 2 – Estado funcional de idosos do estado da Paraíba, Brasil, 2000 e 2010

Indicadores/Anos	2000	2010
Deficiência Mental	61,44%	68,91%
Dificuldade Motora	33,26%	37,76%
Dificuldade de enxergar	45,15%	52,58%
Dificuldade de ouvir	22,31%	23,88%

Fonte: Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso-SISAP, 2016.

A Tabela 3 apresenta dados referentes ao estado funcional dos idosos investigados. Cabe salientar que o ano avaliado foi de 2013, o único disponível no SISAP-Idoso, referente às atividades básicas e instrumentais de vida diária. Assim, 7,86% dos idosos referiram não conseguir ou ter grande dificuldade para: (1) comer sozinho com um prato colocado à sua frente, o que envolve segurar garfo, cortar alimentos e beber em copo, (2) tomar banho sozinho, incluindo entrar e sair do chuveiro ou da banheira ou (3) ir ao banheiro sozinho, bem como sentar e levantar do vaso sanitário. Houve, ainda, 11,22% dos idosos que relataram não conseguir ou ter grande dificuldade para caminhar sozinho (a) em casa, de um cômodo a outro.

Tabela 3 – Estado funcional de idosos do estado da Paraíba, Brasil, 2013

Indicadores/Anos	2013
Com dificuldade, por problemas de saúde, para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro.	7,86%
Com dificuldade para andar em casa sozinho (a).	11,22%
Com limitação funcional para realizar Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs)	10,24%
Com limitação funcional para realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)	25,96%

Fonte: Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso-SISAP, 2016.

Em relação às Atividades de Vida Diária, 10,24% deles referiram não conseguir ou ter grande dificuldade para realizar pelo menos uma das atividades a seguir: (1) comer, (2) tomar banho e (3) ir ao banheiro sozinho (a); (4) vestir-se sozinho (a), abrangendo também calçar meias e sapatos, fechar o zíper e fechar e abrir botões; (5) andar em casa sozinho (a); (6) deitar ou levantar da cama sozinho (a). Acresce-se que cerca de 25,96% verbalizaram não conseguir ou apresentar grande dificuldade para realizar pelo menos uma das seguintes Atividades Instrumentais de Vida Diária: (1) fazer compras sozinho (a), por exemplo de alimentos, roupas ou medicamentos; (2) administrar as finanças sozinho (a) (cuidar do seu próprio dinheiro); (3) tomar os remédios sozinho (a); (4) sair sozinho (a) e utilizar um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc.

DISCUSSÃO

A proporção de idosas aumentou entre 2000 e 2010. A feminização da velhice relaciona-se com maior sobrevivência do gênero feminino, quando comparado ao masculino, em virtude das mulheres cuidarem-se mais e facilmente se adaptarem ao desempenho de novas funções⁽¹²⁾.

Com relação à funcionalidade, as mulheres apresentam maior nível de incapacidade do que os homens. A velhice feminina está associada a uma maior prevalência de doenças crônicas. Em suma, as mulheres longevas apresentam condição socioeconômica inferior à dos homens, pois muitas não frequentaram a escola e não tiveram empregos formais⁽¹³⁾.

Os idosos com 85 anos ou mais também cresceram em número, no tempo avaliado. Sabe-se que o avanço da idade é considerado um dos mais importantes fatores de risco para a deterioração da capacidade funcional, devido ao aumento das alterações fisiológicas (nos sistemas sensorial, neurológico e musculoesquelético) e da prevalência de doenças crônicas⁽¹⁴⁾.

Quanto ao aumento de idosos residentes na área urbana, uma possível explicação poderia ser a necessidade de assistência médica mais frequente nessa faixa etária. Além disso, em caso de viuvez, frequentemente o idoso passa a residir com seus descendentes (filhos e netos) para maior segurança e qualidade de vida⁽¹⁵⁾.

Assim, a crescente transição de idosos da área rural para a urbana pode relacionar-se à busca por melhores condições de acesso e utilização dos serviços de atenção à saúde e novas fontes de renda. Afinal, devido às precárias condições de vida e à ausência de oportunidades na zona rural, é possível que esses idosos tenham sido privados de escolas e assistência à saúde, o que evidencia a necessidade de uma

atenção integral com vistas à prevenção e manutenção de sua funcionalidade⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

No estado da Paraíba, apesar da redução, entre 2000 e 2010, no predomínio de idosos analfabetos, com renda mensal abaixo de um salário mínimo e em situação de pobreza, os índices permanecem altos. Nas últimas décadas, foram instituídas alternativas educacionais brasileiras destinadas à população “fora da idade escolar”, como Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Programa Brasil Alfabetizado (PBA), direcionadas à alfabetização de jovens, adultos e idosos, principalmente em municípios com taxas de analfabetismo superiores a 25% - cerca de 90% deles localizados na Região Nordeste do país. Contudo, apesar dos esforços nacionais, o problema persiste⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Baixos níveis de escolaridade e de renda são características dessa geração de idosos brasileiros, que tinham acesso restrito à educação e, por conseguinte, poucas oportunidades de trabalho⁽²⁰⁾. Isto afeta negativamente seus aspectos de saúde, por torná-los mais vulneráveis a condições de doença, por associar-se a precárias condições de vida, ausência de saneamento básico, dificuldade de acesso a serviços de atenção à saúde, bens de consumo, alimentação saudável e moradia adequada, o que gera maior desigualdade e iniquidade social que culminam na redução da qualidade de vida e dificuldades para o autocuidado⁽²¹⁻²²⁾.

Pesquisa realizada na cidade de Montes Claros-MG mostrou que idosos com menor número de anos de estudo e renda mensal de até dois salários mínimos apresentaram maior percentual de capacidade funcional não adequada. A baixa renda *per capita* de idosos, associada à baixa escolaridade, faz com que sejam privados de uma adequada assistência de saúde, compras de medicamentos ou pagamento das mensalidades de plano de saúde, com repercussões diretas em seus desempenhos funcionais, uma vez que a renda é um dos elementos essenciais para a preservação da autonomia e manutenção ou recuperação da saúde⁽²³⁾.

Já diferenças dos resultados – crescimento do número de idosos que residem sozinhos e redução daqueles não responsáveis pelo domicílio - podem ser explicadas pela dupla relação de idade com o arranjo domiciliar. O decorrer de anos pode fazer com que idosos fiquem sozinhos em virtude da perda do cônjuge, mas também aumenta as chances desses coabitarem em decorrência da maior dependência física. Um maior percentual de idosos que moram sozinhos demonstra, por um lado, que os mesmos têm vivenciado o processo de envelhecimento bem-sucedido. Por outro, é uma questão preocupante, uma vez que podem encontrar alguns impasses na utilização dos serviços de saúde e dificuldades em executar as tarefas cotidianas, agravadas pela ausência de um membro familiar⁽²⁴⁾.

Quanto às condições de saúde, capacidades visual e auditiva são aspectos primordiais de funcionamento entre os idosos. Por isso, o aumento dessas deficiências tende a comprometer a realização de atividades de vida diária por gerar maior dependência. Problemas de visão e audição constituem fatores de risco para quedas, sintomas depressivos, menor qualidade de vida relacionada à saúde e estão diretamente relacionados ao envelhecimento e às doenças crônicas, por impactarem diretamente na capacidade funcional e mobilidade do idoso⁽²⁵⁾.

Como a maioria das deficiências sensoriais pertence à população idosa, sobrepõem-se à dificuldade de reabilitação. Fatores como baixo rendimento salarial e morar sozinho desempenham importante papel, uma vez que as condições de vida desses idosos são determinadas por variáveis como estado civil, situação de saúde, dependência financeira, relações familiares e apoio social⁽²⁶⁾.

No período estudado, ressalta-se também o crescimento na proporção de deficiências mentais. No Brasil, o aumento relativo de idosos contribuiu para a mudança no perfil de morbimortalidade que resulta na maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes, como as relacionadas ao declínio cognitivo, com maior incidência para a Doença de Alzheimer (DA). As perdas cognitivas são mais frequentes na população feminina, devido a uma maior disposição para a DA e maior expectativa de vida, e em indivíduos com baixa escolaridade, não praticantes de atividade física, de baixa condição econômica, com idade avançada e em situação de fragilidade. Outros fatores de risco como doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, dentre outras), depressão e estado de institucionalização aumentam a exposição às perdas cognitivas. Em suma, variáveis passíveis de ações preventivas⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Dentre as citadas, destaca-se o nível de escolaridade que, quanto maior, caracteriza-se como fator de proteção para perdas cognitivas. A escolarização leva o indivíduo a sobrepor-se ao conhecimento básico, em busca da diversificação de atividades e intelectualização, o que melhora seu desempenho em testes de habilidades cognitivas durante a velhice⁽²⁷⁾.

Observou-se maior frequência de limitação funcional para realizar as AIVDs (25,96%) do que ABVD (10,24%), no ano de 2013. Hierarquicamente, as perdas ocorrem de atividades instrumentais de vida diária para atividades básicas de vida diária, pelo fato das AIVDs requererem maior integridade física e cognitiva quando comparadas às ABVD⁽⁴⁾, o que suscita a hipótese dessa diferença também estar associada ao aumento da deficiência mental e motora entre os idosos paraibanos, no período de 2000 a 2010.

Outro ponto que também corrobora essa hipótese diz respeito ao fato das AIVDs representarem atividades que expressam a função social de ligação da residência com a comunidade. Assim, a falta de escolaridade, que é elevada na população de estudo, e seu consequente baixo poder aquisitivo influenciam na realização de compras, no controle de finanças e outras AIVDs⁽²⁹⁾.

Contudo, essa hierarquia no declínio funcional com perda posterior para desempenhar, de forma independente, as ABVD, reflete um grau mais alto de dependência. Nesse caso, envolve responsabilidade a ser compartilhada entre idosos,

cuidadores e profissionais, por meio de cuidados coordenados e contínuos que proporcionem as condições básicas para um desempenho satisfatório⁽³⁰⁾.

A manutenção da capacidade funcional tem importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, na medida em que envolve se ocupar com o trabalho até idades mais avançadas. Por isso, torna-se relevante planejar programas específicos de intervenção para eliminar fatores de risco relacionados à perda de autonomia e independência, com ênfase em problemas de visão, controle de hipertensão e saúde mental, variáveis suscetíveis de prevenção, que devem permear as atividades que estimulam uma vida mais social e saudável em grupos de idosos, com atividades recreativas, físicas e culturais⁽³¹⁾.

Populações mais envelhecidas apresentam maiores prevalências de doenças crônicas e incapacidades, o que repercute fortemente no aumento da demanda por atenção à saúde e impõe desafios como a redução das desigualdades. Afinal, os idosos mais pobres têm menor acesso a planos de saúde e necessitam de mais cuidados com a saúde, contudo utilizam menos os serviços, o que acaba por aprofundar o quadro de desigualdade social. Existe certa endogeneidade na equação de rendimentos dos indivíduos, ou seja, um pior rendimento gera uma saúde mais precária, e uma pior saúde, um menor rendimento. É nesse sentido que políticas de provisão de saúde pública são políticas de combate à pobreza e à desigualdade⁽³²⁾.

Durante as últimas três décadas, as taxas de pobreza no Brasil diminuíram em mais de cinco vezes. Entre 1991 e 2008, o coeficiente de Gini caiu 15%, embora ainda permaneça como um dos maiores do mundo (0,54 em 2009). Políticas para diminuir a desigualdade têm se mostrado a via para reduzir a pobreza, representadas, em grande parte, por programas de transferência de renda (principalmente o Bolsa Família), política de salário mínimo e expansão do sistema de previdência não contributivo⁽³³⁻³⁴⁾.

Contudo, as desigualdades sociais em relação à saúde dos idosos brasileiros ainda são marcantes. Aqueles cuja renda domiciliar *per capita* situa-se no quintil inferior, em comparação aos demais, apresentam pior percepção de saúde, pior capacidade funcional e realizam menor número de consultas médicas. Em estudo realizado sobre as desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008), não foram observadas mudanças na magnitude das disparidades por renda na autoavaliação de saúde e na capacidade funcional de idosos brasileiros⁽³³⁾.

Nesse caso, as diferenças por renda na atual capacidade funcional de idosos podem ser explicadas por fatores relacionados aos serviços de saúde, uma vez que, apesar de evidentes melhorias, persistem disparidades no uso de seus serviços e o sistema de saúde brasileiro é subfinanciado⁽³³⁾.

Limitações do estudo

O presente estudo possui as limitações típicas de uma pesquisa que utiliza fontes secundárias, como as relacionadas à extração e à análise de dados, as quais limitam sua utilização por pesquisadores e/ou profissionais da saúde. Percebe-se, também, como limitante o fato de não ter identificado o estado funcional no cenário nacional, para inferir comparações com as especificidades regionais.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os resultados sugerem a necessidade de constituir parcerias entre os profissionais de saúde, idosos, familiares e organizações sociais que visem à promoção de aspectos que interferem positivamente na capacidade funcional desse grupo etário, como a realização de atividades físicas, alimentação saudável, formação de redes de apoio social, acesso aos serviços de saúde e informações sobre seus direitos, ou seja, o estabelecimento de medidas que atuem nos três níveis de prevenção da saúde e, portanto, promovam o envelhecimento com independência, autonomia e qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A utilização da análise temporal permitiu registrar a evolução de fenômenos e identificar tendências que convergem para o gênero feminino, entre elas a idade entre 85 anos ou mais,

viver só, aumento de deficiências e incapacidades e redução da pobreza e do analfabetismo. Por isso, o estudo sugere que as ações a serem desencadeadas não devem ser direcionadas somente para o estado funcional. Ações realmente efetivas precisam estar dirigidas para níveis mais altos dessa matriz, com intervenções sobre as pressões que determinam alterações ambientais e que favoreçam um bom estado funcional, como analfabetismo, baixa renda e incapacidades, variáveis que contribuem para o risco fragilização e precisam ser superadas.

Os resultados sinalizam a necessidade de implementar ações de monitoramento e controle de fatores que interferem na capacidade funcional. Para a enfermagem, é relevante identificar o desempenho dos idosos durante a execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária, visto que os resultados oferecem subsídios para repensar as estratégias de intervenção utilizadas nos serviços, a fim de protelar os processos de perdas provocados pelo envelhecimento e possíveis doenças.

REFERÊNCIAS

1. Suzman R, Beard JR, Boerma T, Chatterji S. Health in an ageing world: what do we know? *Lancet* [Internet]. 2015[cited 2017 Mar 25];385:484–6. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61597-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61597-X.pdf)
2. World Health Organization. WHO. Active ageing: a policy framework: a contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid: World Health Organization; 2002.
3. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Est*[Internet]. 2012[cited 2017 Mar 25];27(1):165-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>
4. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Barbosa LARR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2014[cited 2017 Mar 25];19(8):3317-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf>
5. Kagawa CA, Corente JE. Analysis of elderly functional capacity in the municipality of Avaré, São Paulo: associated factors. *Rev Bras Geriatr Gerontol*[Internet]. 2015[cited 2017 Mar 25];18(3):577-86. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n3/en_1809-9823-rbgg-18-03-00577.pdf
6. Faller JW, Teston EF, Marcon SS. Old age from the perspective of elderly individuals of different nationalities. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015[cited 2017 May 07];24(1):128-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/0104-0707-tce-24-01-00128.pdf>
7. Ghosh S, Bandyopadhyay S, Bhattacharya S, Misra R, Das S. Quality of life of older people in an urban slum of India. *Psychogeriatr*[Internet]. 2014[cited 2017 May 07];14(4):241-6. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/psyg.12073/pdf>
8. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo Demográfico 2010 [cited 2017 May 07]. Available from: <http://censo2010.ibge.gov.br/>
9. Fundação Osvaldo Cruz. Fiocruz. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso) [Internet]. 2017 [cited 2017 May 07]. Available from: <http://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>
10. Guimarães EAA, Carmo RF, Loyola FAI, Meira AJ, Luz ZMP. O contexto organizacional do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos segundo profissionais de saúde do nível municipal. *Rev Bras Saúde Mater Infant*[Internet]. 2014[cited 2017 Mar 27];14(2):165-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v14n2/1519-3829-rbsmi-14-02-0165.pdf>
11. Fundação Osvaldo Cruz. Fiocruz. O Proadess e a avaliação do sistema de saúde [Internet]. 2014 [cited 2017 May 07]. Available from: <https://www.icict.fiocruz.br/content/o-proadess-e-avalia%C3%A7%C3%A3o-do-sistema-de-sa%C3%BAde>
12. Poubel PB, Lemos ELC, Araújo FC, Leite GG, Freitas IS, Silva RMA, et al. Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil. *J Health Biol Sci* [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 27];5(1):71-8. Available from: <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/1054>
13. Veiga B, Pereira RAB, Pereira AMVB, Nickel R. Evaluation of functionality and disability of older elderly outpatients using the WHODAS 2.0. *Rev Bras Geriatr Gerontol*[Internet]. 2016[cited 2017 May 07];19(6):1015-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n6/1809-9823-rbgg-19-06-01015.pdf>
14. Assis VG, Marta SN, Conti MHS, Gatti MAN, Simeão SFDAP, Vitta A. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*[Internet]. 2014[cited

- 2017 Mar 25];17(1):153-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00153.pdf>
15. Silva EF, Paniz VMV, Laste G, Torres ILS. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013[cited 2017 May 06];18(4):1029-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/16.pdf>
 16. Dias EF. O envelhecimento Populacional e o Direito à Saúde da Pessoa Idosa. *Rev Jur Direito Soc Justiça*[Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 25];1(1). Available from: <http://periodicosonline.uems.br/index.php/RJDS/article/view/659/623>
 17. Tavares DM, Paiva MM, Dias FA, Diniz MA, Martins NPF. Socio-demographic characteristics and quality of life of elderly patients with systemic arterial hypertension who live in rural areas: the importance of nurses' role. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013[cited 2017 Mar 25];21(2):515-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/0104-1169-rlae-21-02-0515.pdf>
 18. Diniz GM, Machado DQ, Moura HJ. Políticas públicas de combate ao analfabetismo no Brasil: uma investigação sobre a atuação do Programa Brasil Alfabetizado em municípios do Ceará. *Rev Adm Pública*[Internet]. 2014[cited 2017 Mar 25];48(3):641-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v48n3/06.pdf>
 19. Ponciano DR, Nunes TTV, Cerdeira DQ. Idoso sertanejo: a realidade sociodemográfica e antropométrica da terceira idade do município de Senador Pompeu/CE. *Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 25];14(2):82-9. Available from: <file:///D:/Downloads/112-554-1-PB.pdf>
 20. Navarro JHN, Andrade FP, Paiva TS, Silva DO, Gessinger CF, Bós AJG. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 25];20(2):461-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0461.pdf>
 21. Costa NRCD, Aguiar MIF, Rolim ILTP, Rabelo PPC, Oliveira DLA, Barbosa YC. Política de Saúde do Idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na Atenção Básica. *Rev Pesq Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 27];16(2):95-101. Available from: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4239/2270>
 22. Brito KQD, Menezes TN, Olinda RA. Functional disability: health conditions and physical activity practice in older adults. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016[cited 2017 Mar 28];69(5):825-32. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/en_0034-7167-reben-69-05-0825.pdf
 23. Assis VG, Marta SN, Conti MHS, Gatti MAN, Simeão SFAP, Vitta A. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*[Internet]. 2014[cited 2017 May 07];17(1):153-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00153.pdf>
 24. Bolina AF, Tavares DMS. Living arrangements of the elderly and the sociodemographic and health determinants: a longitudinal study. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 25];24: e2737. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02737.pdf>
 25. Cavalcante DPM, Silva LJ, Matos N, Borges I, Araújo DP, Pinheiro HA. Perfil e ambiente de idosos vítimas de quedas atendidos em um ambulatório de Geriatria e Gerontologia no Distrito Federal. *Rev Kairós Gerontol*[Internet]. 2015[cited 2017 Mar 25];18(1):93-107. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/23890/17135>
 26. Deepthi R, Arvind K, Rekha S. Dual Sensory Impairment among Community Dwelling Rural Elderly: concern for rehabilitation. *J Geriatr*[Internet]. 2014[cited 2017 May 07];2014:ID254518. Available from: <https://www.hindawi.com/archive/2014/254518/>
 27. Nascimento RASA, Batista RTS, Rocha SV, Vasconcelos LRC. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2015[cited 2017 May 06];64(3):187-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n3/0047-2085-jbpsiq-64-3-0187.pdf>
 28. Ferreira LS, Pinho MSP, Pereira MWM, Ferreira AP. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2014[cited 2017 May 06];67(2):247-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0247.pdf>
 29. Virtuoso Jr JS, Martins CA, Roza LB, Paulo TRS, Ribeiro MCL, Tribess S. Prevalência de incapacidade funcional e fatores associados em idosos. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2015[cited 2017 Mar 25];24(2):521-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00521.pdf
 30. Lenardt MH, Silva SC, Seima MD, Willig MH, Fuchs PAO. Desempenho das atividades de vida diária em idosos com Alzheimer. *Cogitare Enferm*[Internet] 2011[cited 2017 May 07];16(1):13-21. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21106/13932>
 31. Lenardt MH, Carneiro NHK, Binotto MA, Willig MH, Lourenço TM, Albino J. Frailty and quality of life in elderly primary health care users. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2016[cited 2017 Mar 28];69(3):478-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/en_0034-7167-reben-69-03-0478.pdf
 32. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2002[cited 2017 May 30];18(Suppl):S77-S87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13795.pdf>
 33. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2012[cited 2017 May 07];17(8):2129-39. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/23.pdf>
 34. Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho [Internet]. Washington, D.C: WB; 2011[cited 2017 May 30]. Available from: http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf