

Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal

Reduced functional capacity of community-dwelling elderly: a longitudinal study

Fernanda Souza Matos¹
Cleber Souza de Jesus¹
José Ailton Oliveira Carneiro¹
Raildo da Silva Coqueiro¹
Marcos Henrique Fernandes¹
Thais Alves Brito¹

Abstract *This study aimed to identify the incidence and risk factors for the reduced functional capacity of community-dwelling elderly. A prospective, two-stage cohort study was conducted in 2011 and 2014. The study population consisted of 202 initially independent older adults for the basic activities of daily living. The relative risk (RR) and its respective 95% confidence intervals (CI) were used as a measure of association and were estimated by log-binomial regression with robust variance. The incidence of lower functional capacity was 15.3%. The risk factors for the functional decline were unmarried status (RR_{adj} = 2.75; 95%CI: 1.15–6.57) and depressive symptoms (RR_{adj} = 2.41; 95%CI: 1.15–5.06), even after adjusting for gender, age group, per capita household income, diabetes, use of medication and level of physical activity. The high incidence of reduced functional capacity and its association with marital status and mental health aspects reveals the need to consider such factors in the planning of health actions aimed at maintaining and restoring the functional capacity of the seniors.*

Key words *Elderly health, Aging, Daily activities, Functional disaos bility*

Resumo *O objetivo deste estudo foi identificar a incidência e fatores de risco para a redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade. Foi conduzido estudo de coorte prospectivo em duas fases, 2011 e 2014. A população do estudo foi composta por 202 idosos inicialmente independentes para as atividades básicas da vida diária. Utilizou-se como medida de associação o risco relativo (RR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) 95%, que foram estimados por regressão log-binomial com variância robusta. A incidência da redução de capacidade funcional foi de 15,3%. Os fatores de risco para o declínio funcional foram: estado civil sem união (RR_{aj} = 2,75; IC95%: 1,15 – 6,57) e presença de sintomas de depressão (RR_{aj} = 2,41; IC95%: 1,15 – 5,06), mesmo após ajuste por sexo, faixa etária, renda familiar per capita, diabetes, uso de medicamentos e nível de atividade física. A elevada incidência da redução de capacidade funcional e sua associação com aspectos da relação conjugal e de saúde mental revela a necessidade de considerar tais fatores no planejamento de ações em saúde voltadas à manutenção e recuperação da capacidade funcional dos idosos.*

Palavras-chave *Saúde do Idoso, Envelhecimento, Atividades Cotidianas, Incapacidade Funcional*

¹ Núcleo de Estudos em Epidemiologia do Envelhecimento, Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. R. José Moreira Sobrinho s/n, Jequiezinho. 45206-190 Jequié BA Brasil. fm_fisio@hotmail.com

Introdução

O envelhecimento é caracterizado por diversas alterações no corpo e metabolismo humano, as quais potencialmente produzem uma redução da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente¹. A habilidade do indivíduo para decidir e atuar em suas atividades da vida diária de forma independente tem sido considerada a capacidade funcional². De modo que, a realização de atividades básicas da vida diária (ABVD) de autocuidado como: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, alimentar-se, transferir-se e continência, tem sido considerada importante indicador de funcionalidade dos idosos³. A redução da capacidade funcional e suas implicações para a saúde dos idosos, familiares e sistema de saúde deve ser considerada importante problema a ser enfrentado com o avanço do envelhecimento populacional. Segundo estudo de López *et al.*⁴, com indivíduos de 65 anos ou mais, verificou-se redução da capacidade funcional em 11,9% dos idosos. O declínio funcional encontra-se associado às condições de saúde, como autopercepção de saúde ruim, acidente vascular encefálico, diabetes mellitus e doenças cardíacas; às características sociodemográficas como sexo feminino, idade igual ou superior a 80 anos, viver só, estar viúvo, baixa escolaridade ou analfabetismo; além de fatores como sedentarismo e a diminuição das atividades cotidianas^{5,6}.

A redução da capacidade funcional consiste no déficit de habilidades para o autocuidado do idoso, o qual ao tornar-se dependente de familiares ou cuidadores produz custos sociais, familiares e de saúde que devem ser investigados. O estudo de fatores de risco para redução da capacidade funcional poderá contribuir para proposição de políticas e intervenções que visem à minimização e os impactos ocasionados pela perda da funcionalidade do idoso. Assim, este estudo teve por objetivo identificar a incidência e fatores de risco para a redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade.

Métodos

Estudo de coorte prospectivo foi conduzido com uso dos dados da pesquisa epidemiológica populacional denominada “Estado nutricional, comportamentos de risco e condições de saúde dos idosos de Lafaiete Coutinho-BA”. O estudo foi realizado com idosos residentes no município de Lafaiete Coutinho-BA, localizado a 356 km

da capital do Estado, possuía 3.901 habitantes, distribuídos nas zonas urbana (53,9%) e rural (46%), todos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁷.

A população alvo do estudo consistiu de todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, não institucionalizados e residentes na zona urbana.

A linha de base do estudo foi realizada em 2011 (Fase I) com o censo dos 355 idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Destes, apenas 260 foram considerados independentes na realização das ABVD's, sendo elegíveis para o seguimento. Na fase II, em 2014, foram identificados 202 idosos com respostas para a escala de ABVD, de modo que ocorreram 58 perdas (22,3%), por motivos tais como óbito, mudança de cidade e não localização mesmo após três tentativas.

Os dados foram coletados por meio de entrevista domiciliar e as medidas antropométricas foram agendadas e coletadas na unidade de saúde do município.

Antes de iniciar a entrevista foi realizada triagem cognitiva por meio da versão modificada e validada do Mini-exame do Estado Mental (MEEM), procurando avaliar a preservação da memória recente para responder aos questionários⁸. O ponto de corte adotado foi ≥ 13 pontos (não comprometido) e ≤ 12 pontos (comprometido)⁹. Para aqueles idosos que atingiram pontuação menor ou igual a 12 pontos, a pesquisa foi continuada com auxílio de um informante. Considerou-se como informante, pessoa que residisse na mesma casa e soubesse oferecer informações sobre o idoso entrevistado. Ao informante foi aplicado o Questionário de Pfeffer para Atividades Funcionais (QPAF), continuando a entrevista com este, caso a soma do questionário fosse seis ou mais, e com o idoso, caso a soma fosse cinco ou menos¹⁰. Portanto, a combinação desses dois instrumentos, MEEM e QPAF, buscou garantir uma maior especificidade na identificação de idosos com declínio cognitivo mais grave, dado o viés produzido pela baixa escolaridade¹¹.

Foi aplicado o questionário da pesquisa SABE “Saúde, Bem Estar e Envelhecimento”¹², sendo acrescentado a este, o questionário internacional de atividades físicas (IPAQ)¹³, forma longa, versão brasileira. O processo de entrevista consistiu de visita domiciliar feita para busca de aspectos como características sociodemográficas, condições de saúde e fatores comportamentais. A verificação do peso e altura dos idosos foi realizada em duas Unidades de Saúde da Família do Muni-

cípio, com agendamento prévio. As entrevistas e mensurações diretas foram realizadas por entrevistadores treinados e submetidos a processo de calibração.

A capacidade funcional foi considerada variável dependente, sendo avaliada por meio da escala de Katz et al.¹⁴ com informações sobre a realização de atividades básicas da vida diária (ABVD) tais como: controlar esfíncteres, tomar banho, alimentar-se, deitar e levantar da cama, ir ao banheiro e vestir-se. Os idosos foram questionados sobre a dificuldade ou necessidade de ajuda em cada atividade básica. Foram considerados independentes quando não relataram necessidade de ajuda para realizar nenhuma ABVD, e dependentes quando referiram necessidade de ajuda em pelo menos uma das ABVD's.

Foram consideradas variáveis independentes as características sociodemográficas: sexo (feminino e masculino); faixa etária (≥ 60 à ≤ 79 , ≥ 80); sabe ler e escrever um recado (sim, não); estado civil (com união, sem união); renda familiar per capita ($>510,00$, $\leq 510,00$) referente ao salário mínimo no ano de 2011 e participação em atividade religiosa (participa, não participa). Fatores comportamentais: nível de atividade física avaliada pelo IPAQ, versão longa¹³ (≥ 150 minutos de atividade física moderada ou vigorosa por semana = ativo e < 150 minutos por semana = insuficientemente ativo)¹⁵; consumo de bebidas alcoólicas (sim, não); tabagismo (fumante, ex-fumante, nunca fumou) e trabalho (sim, não). As condições prévias de saúde foram avaliadas por: sintomas de depressão a partir da escala de depressão geriátrica (GDS), na forma abreviada de 15 itens, ausência de sintomas depressivos (≤ 5 pontos) e presença de sintomas depressivos (> 5 pontos)¹⁶; utilizou-se uma versão modificada e validada⁸ para avaliação do estado cognitivo através do Mini-exame do Estado Mental (MEEM), não comprometido (≥ 13 pontos) e comprometido (≤ 12 pontos)⁹; a autopercepção de saúde foi classificada como positiva (excelente, muito boa, boa) ou negativa (regular, ruim); hospitalização nos últimos 12 meses (nenhuma, uma ou mais); doenças referidas por algum profissional de saúde foram hipertensão, diabetes e osteoporose (não, sim); quedas nos últimos 12 meses (sim, não); uso de medicamentos (nenhum ou um, dois ou mais); estado nutricional, avaliado por meio do índice de massa corporal (IMC) ($IMC < 22$ kg/m² = baixo peso, 22 kg/m² \leq $IMC \leq 27$ kg/m² = adequado e $IMC > 27$ kg/m² = sobrepeso)¹⁷.

Análise estatística

A distribuição das características sociodemográficas, comportamentais e das condições de saúde de acordo com a capacidade funcional foi realizada por meio do teste qui-quadrado de Pearson. A estimativa da incidência de redução da capacidade funcional foi realizada adotando-se como numerador os casos novos de dependentes para capacidade funcional e tendo como denominador o número total de idosos. A medida de associação foi o risco relativo estimado pela regressão log-binomial com matriz de covariância robusta e para inferência estatística o intervalo de confiança de 95% estimado pelo método Newton-Raphson. Para o modelo final multivariado inseriu-se as variáveis estatisticamente significantes, aquelas com nível de significância igual ou inferior a 20% nas análises bivariadas e aquelas de relevância teórica para o modelo exploratório. O nível de significância estatística foi de 5% e as análises foram realizadas com auxílio do programa IBM SPSS (IBM SPSS, 21.0, 2012, Armonk, NY: IBM Corp.). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. A participação foi voluntária, e todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram identificados 31 casos novos de idosos dependentes para capacidade funcional, em uma população de 202 idosos do seguimento. Dessa forma, a incidência de redução da capacidade funcional dos idosos foi de 15,3%. Entre os idosos que tornaram-se dependentes ao final do seguimento foi observada maior proporção de mulheres, com idade acima de 80 anos, que não sabem ler e escrever, de estado civil sem união, com renda per capita inferior a um salário mínimo e insuficientemente ativos (Tabela 1). De acordo com as condições prévias de saúde dos idosos foi possível verificar maior proporção de dependentes entre aqueles com sintomas de depressão, com diagnóstico de diabetes e em uso de dois ou mais medicamentos (Tabela 2). A incidência da redução da capacidade funcional foi estatisticamente maior entre os idosos com idade igual ou superior à 80 anos (RR = 2,57; IC95%: 1,37 – 4,82) e de estado civil sem união (RR = 2,71; IC95%: 1,37 – 5,36) (Tabela 3). Dentre as condições prévias de saúde foi observada incidência de

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e comportamentais de acordo com a capacidade funcional dos idosos. Lafaiete Coutinho, Bahia, Brasil. 2011-2014.

Variáveis	Capacidade Funcional				p-valor
	Independente		Dependente		
	N	%	N	%	
Sexo					0,989
Masculino	77	45,0	14	45,2	
Feminino	94	55,0	17	54,8	
Faixa Etária					0,003*
≥ 60 à ≤ 79	136	79,5	17	54,8	
≥ 80	35	20,5	14	45,2	
Escolaridade					0,513
Ler e escreve	60	35,1	9	29,0	
Não ler nem escreve	111	64,9	22	71,0	
Estado Civil					0,003*
Com União	110	64,3	11	35,5	
Sem União	61	35,7	20	64,5	
Atividade Religiosa					0,820
Participa	164	95,9	30	96,8	
Não Participa	7	4,1	1	3,2	
Renda familiar per capita (R\$)††					0,182
> 510,00	100	59,9	13	46,4	
≤ 510,00	67	40,1	15	53,6	
Atividade Física					0,204
Ativo	103	60,6	15	48,4	
Insuficientemente ativo	67	39,4	16	51,6	
Uso de bebida alcoólica					0,964
Não	154	90,1	28	90,3	
Sim	17	9,9	3	9,7	
Uso de cigarro					0,542
Nunca fumou	80	46,8	13	41,9	
Ex-fumante	72	42,1	16	51,6	
Fuma atualmente	19	11,1	2	6,5	
Trabalho					0,462
Sim	20	11,8	5	16,7	
Não	149	88,2	25	83,3	

* p < 0,05; †† Referente ao salário mínimo, em reais, do Brasil em 2011.

redução da capacidade funcional estatisticamente maior em idosos com história de sintomas de depressão (RR = 2,94; IC95%: 1,48 – 5,82) (Tabela 4). A análise multivariada exploratória dos fatores sociodemográficos, comportamentais e das condições prévias de saúde associados à redução da capacidade funcional dos idosos revelou que idosos de estado civil sem união e com sintomas prévios de depressão tiveram maior risco de tornarem-se dependentes para a realização de atividades básicas da vida diária, independentemente do sexo, faixa etária, renda familiar per capita, de ter diabetes, do uso de medicamentos e do nível de atividade física (Tabela 5).

Discussão

Estudos longitudinais relacionados à redução da capacidade funcional no contexto do envelhecimento ainda são escassos, sobretudo com idosos residentes em municípios de pequeno porte populacional e com indicadores ruins de saúde. A proporção de idosos em municípios com até 5.000 habitantes é de 13,8%, sendo superior à nacional de 10,8%¹⁸. Assim, este estudo busca garantir a representatividade de idosos que vivem e residem em condições semelhantes no nordeste brasileiro.

Neste contexto, os resultados deste estudo revelam uma incidência de 15,3% de redução da

Tabela 2. Distribuição das condições prévias de saúde de acordo com o nível de capacidade funcional dos idosos. Lafaete Coutinho, Bahia, Brasil. 2011-2014.

Variáveis	Capacidade Funcional				p-valor
	Independente		Dependente		
	N	%	N	%	
Sintomas de depressão					0,002*
Não	143	86,7	17	63,0	
Sim	22	13,3	10	37,0	
Estado cognitivo					0,348
Não comprometido	118	70,7	16	61,5	
Comprometido	49	29,3	10	38,5	
Autopercepção de Saúde					0,328
Positiva	82	48,2	12	38,7	
Negativa	88	51,8	19	61,3	
Hospitalização					0,407
Nenhuma	138	80,7	23	74,2	
Uma ou mais	33	19,3	8	25,8	
Diabetes					0,130
Não	148	89,7	24	80,0	
Sim	17	10,3	6	20,0	
Hipertensão					0,391
Não	63	37,1	9	29,0	
Sim	107	62,9	22	71,0	
Quedas					0,465
Não	136	80,0	23	74,2	
Sim	34	20,0	8	25,8	
Uso de medicamentos					0,111
Nenhum ou um	70	40,9	8	25,8	
Dois ou mais	101	59,1	23	74,2	
IMC					0,778
Adequado	87	51,8	14	45,2	
Baixo peso	36	21,4	8	25,8	
Sobrepeso	45	26,8	9	29,0	

* p < 0,05.

capacidade funcional em idosos residentes em comunidade, entre 2011 e 2014. Os idosos sem cônjuge ou companheiro apresentaram maior risco de tornarem-se dependentes comparados aqueles com união, assim como aqueles com história prévia de sintomas de depressão quando comparados aos sem sintomas, independentemente de fatores como sexo, faixa etária, renda, diabetes, uso de medicamentos e nível de atividade física.

Estudo conduzido na Espanha com indivíduos de 65 anos ou mais encontrou incidência de perda da capacidade funcional de 11,9%⁴. Apesar de diferenças regionais, sociais e culturais entre as populações estudadas, resultados semelhantes também foram encontrados no Brasil, nos estudos de Figueredo et al.¹⁹ com incidência de 12,3%

e Moreira et al.²⁰ com 21,35%. Entretanto, estudo realizado em São Paulo estimou a redução da capacidade funcional em 27,47% dos idosos, essa maior incidência pode ser explicada pelos métodos utilizados, uma vez que neste último foram incluídos idosos institucionalizados, bem como a utilização da escala de Katz modificada²¹.

Os idosos sem cônjuge ou companheiro apresentaram uma incidência na redução da capacidade funcional cerca de 2,7 vezes maior do que os idosos com algum tipo de união, casados ou que vivem com companheiro. Alguns estudos têm identificado maior declínio funcional em idosos solteiros, sem união e viúvos^{22,23}. É possível que a união civil tenha relação com o cuidado provido pelo companheiro nos mais diversos aspectos da vida, tais como saúde, alimentação, la-

Tabela 3. Risco relativo (RR) dos fatores de risco sociodemográficos e comportamentais e a redução da capacidade funcional em idosos residentes de comunidade. Lafaiete Coutinho, Bahia, Brasil. 2011-2014.

Variáveis	N	%	Capacidade Funcional	
			RR*	IC 95%†
Sexo				
Masculino	91	15,4	1,00	
Feminino	111	15,3	0,99	(0,51 - 1,90)
Faixa Etária				
≥ 60 à ≤ 79	153	11,1	1,00	
≥ 80	49	28,6	2,57	(1,37 - 4,82)
Escolaridade				
Ler e escreve	69	13,0	1,00	
Não ler nem escreve	133	16,5	1,26	(0,61 - 2,60)
Estado Civil				
Com União	121	9,1	1,00	
Sem União	81	24,7	2,71	(1,37 - 5,36)
Atividade Religiosa				
Participa	194	15,5	1,00	
Não Participa	8	12,5	0,80	(0,12 - 5,20)
Renda familiar per capita (R\$) ‡				
> 510,00	113	11,5	1,00	
≤ 510,00	82	18,3	1,59	(0,80 - 3,15)
Atividade Física				
Ativo	118	12,7	1,00	
Insuficientemente ativo	83	19,3	1,51	(0,79-2,89)
Uso de bebida alcoólica				
Não	182	15,4	1,00	
Sim	20	15,0	0,97	(0,32-2,92)
Uso de cigarro				
Nunca fumou	93	14,0	1,00	
Ex-fumante	88	18,2	1,30	(0,66 - 2,54)
Fuma atualmente	21	9,5	0,68	(0,16 - 2,79)
Trabalho				
Sim	25	20,0	1,00	
Não	174	14,4	0,71	(0,30 - 1,70)

*Risco Relativo; †Intervalo de Confiança; ‡ Referente ao salário mínimo do Brasil em 2011.

zer e atividades ocupacionais, de modo que essas dimensões do cuidado podem contribuir para uma melhor capacidade funcional, ou mesmo na manutenção desta ao longo do tempo.

Idosos com sintomas de depressão tiveram aproximadamente 2,4 vezes maior risco de redução da capacidade funcional do que aqueles sem sintomas de depressão. Resultados semelhantes foram encontrados por Tomita e Burns²⁴ com idosos da África do Sul. Os sintomas de depressão frequentemente são acompanhados de sintomas adicionais, tais como fadiga, cansaço físico, perda da vitalidade e indisposição para realizar as atividades do cotidiano²⁵. Podendo, assim, interferir diretamente na capacidade funcional ao

longo do tempo e comprometer o esforço necessário para manter a funcionalidade, assim como a disposição de executar uma atividade.

A relação entre distúrbios psíquicos, tais como a depressão, com alterações neuronais, hormonais e do sistema imunológico têm sido apresentada como mecanismos causais que podem predispor os idosos à outras enfermidades e até mesmo ao declínio da saúde física²⁶. A exemplo disto, foi identificada relação entre a depressão e a redução em neurotransmissores como a serotonina, noradrenalina e dopamina²⁷. A redução da dopamina pode levar a decréscimo no desempenho motor e na modulação emocional²⁸.

A perda no interesse ou prazer por quase to-

Tabela 4. Condições prévias de saúde e redução da capacidade funcional em idosos residentes de comunidade. Lafaite Coutinho, Bahia, Brasil. 2011-2014.

Variáveis	N	%	Capacidade Funcional	
			RR*	IC 95%†
Sintomas de depressão				
Não	160	10,6	1,00	
Sim	32	31,3	2,94	(1,48 - 5,82)
Estado cognitivo				
Não comprometido	134	11,9	1,00	
Comprometido	59	16,9	1,41	(0,68 - 2,94)
Autopercepção de Saúde				
Positiva	94	12,8	1,00	
Negativa	107	17,8	1,39	(0,71 - 2,71)
Hospitalização				
Nenhuma	161	14,3	1,00	
Uma ou mais	41	19,5	1,36	(0,66 - 2,82)
Diabetes				
Não	172	14,0	1,00	
Sim	23	26,1	1,87	(0,85 - 4,08)
Hipertensão				
Não	72	12,5	1,00	
Sim	129	17,1	1,36	(0,66 - 2,80)
Quedas				
Não	159	14,5	1,00	
Sim	42	19,0	1,31	(0,63 - 2,73)
Uso de medicamentos				
Nenhum ou um	78	10,3	1,00	
Dois ou mais	124	18,5	1,80	(0,85 - 3,84)
IMC				
Adequado	101	13,9	1,00	
Baixo peso	44	18,2	1,31	(0,59 - 2,90)
Sobrepeso	54	16,7	1,20	(0,55 - 2,59)

* Risco Relativo; †Intervalo de Confiança.

Tabela 5. Fatores de risco para redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade. (N = 178) Lafaite Coutinho-BA, Brasil, 2011-2014.

Modelo*	RR†	IC 95% ‡
Sexo feminino	0,67	(0,31 - 1,41)
Faixa etária ≥ 80	1,61	(0,75 - 3,43)
Estado civil sem união	2,75	(1,15 - 6,57)
Renda familiar per capita ≤ 510,00 (R\$) §	1,24	(0,56 - 2,72)
Com sintomas de depressão	2,41	(1,15 - 5,06)
Com diabetes	1,88	(0,75 - 4,70)
Uso de dois ou mais medicamentos	1,96	(0,61 - 6,32)
Inativo para atividade física	0,70	(0,33 - 1,49)

Foram consideradas categorias de referência sexo masculino, idade 60 a 79 anos, estado civil com união, renda familiar > 510,00 reais, sem sintomas de depressão, sem diagnóstico de diabetes, uso de nenhum ou um medicamento, ativo para atividade física. *Modelo multivariado com ajuste entre as variáveis; †Risco Relativo; ‡Intervalo de Confiança; § Referente ao salário mínimo no Brasil em 2011.

das as atividades interfere nas relações sociais do idoso²⁵. Desse modo, o isolamento social, comum em pessoas com sintomas de depressão, faz com que o idoso participe menos de eventos comunitários, religiosos, reduz a frequência em fazer ou receber visitas. A redução dessas relações sociais compromete o desempenho funcional para realização das atividades básicas da vida diária^{3,29}. A falta de motivação com as relações sociais conduz a um menor cuidado com a saúde, tais como a não procura por assistência terapêutica apropriada e inatividade física³⁰. Portanto, diversos mecanismos relacionados a saúde mental dos idosos podem explicar a redução da capacidade funcional. É preciso detalhar a contribuição relativa de cada um desses possíveis caminhos causais para que se possa aprimorar políticas públicas e intervenções direcionadas a melhoria da capacidade funcional dos idosos.

Estudos longitudinais abordando outros fatores de risco para redução da capacidade funcional devem ser conduzidos, sobretudo com uma população maior e com mais tempo de seguimento. A identificação de potenciais fatores de risco modificáveis pode se tornar elemento fundamental para a manutenção e recuperação da capacidade funcional dos idosos. Assim, as ações dos serviços de promoção da saúde devem buscar a autonomia e independência dos idosos, sobretudo para realização das atividades básicas da vida diária.

Conclusão

Os resultados deste estudo indicam que a incidência de redução da capacidade funcional em idosos residentes em comunidade do Nordeste Brasileiro foi de 15,3%, assim como os principais fatores de risco identificados foram ter estado civil sem união e a presença de sintomas de depressão, independentemente do sexo, faixa etária, renda, de ter diabetes, do uso de medicamentos e nível de atividade física.

Colaboradores

FS Matos, CS Jesus, JAO Carneiro, RA Coqueiro, MH Fernandes e TA Brito contribuíram substancialmente para a concepção e planejamento, análise e interpretação dos dados; e participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelo financiamento do projeto original e pela bolsa de iniciação científica concedida a uma das autoras.

Referências

1. Ferreira OG, Maciel SC, Silva AO, Santos WS, Moreira MA. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev. Esc. Enferm.* 2010; 44(4):1065-1069.
2. Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P. Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Arch Gerontol Geriatr.* 2004; 38(1):85-99.
3. Buurman BM, Van Munster BC, Korevaar JC, de Haan RJ, de Rooij SE. Variability in measuring activities of daily living functioning and functional decline in hospitalized older medical patients: a systematic review. *J Clin Epidemiol* 2011; 64(6):619-627.
4. López SR, Montero P, Carmenate M, Avendano M. Functional decline over two years in older Spanish adults: Evidence from SHARE. *Geriatr Gerontol Int* 2014; 14(2):403-412.
5. Barbosa BR, Almeida JM, Rossi BM, Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3317-3325.
6. Nunes MC, Ribeiro RCL, Rosado EFPL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev. Bras. Fisioter.* 2009; 3(5):376-382.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Resultados do Censo 2010*. IBGE. 2010. [acessado 2015 Maio 15]. Disponível: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_bahia.pdf
8. Icaza MC, Albala C. *Projeto SABE. Mini mental state examination (MMSE) del estudio de demencia em Chile: análisis estísticos*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); 1999.
9. Bertolucci PHE, Brucki SMD, Capacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in anout patient population: influence of literacy. *Arq Neuro-Psiquiatr* 1994; 52(1):1-7.
10. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Junior CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol* 1987; 37(3):323-329.
11. Brasil. Ministério da saúde (MS). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: MS; 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
12. Albala C, Lebrão ML, León DEM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, Peláez M, Pratts O. Encuesta Salud, Bien estar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17(5/6):307-322.
13. Benedetti TRB, Antunes PC, Rodríguez-Añez CR, Mazo GZ, Petroski EL. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. *Rev. Bras. Med. Esporte.* 2007; 13(1):11-16.
14. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963; 185(12):914-1
15. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: Prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2003; 35(11):894-900.
16. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro. psiquiatr.* 1999; 57(2B):421-426.
17. American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association, National Council on the Aging. Nutrition screening e intervention resources for health care professionals working with older adults. Nutrition Screening Initiative. Washington: American Dietetic Association; 2002. [acessado 2015 Maio 15]. Disponível em: http://www.eatright.org/cps/rde/xchg/ada/hs.xsl/nutrition_nsi_ENU_HTML.htm.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais, Rio de Janeiro, Estudos e pesquisas. 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS_2010.pdf
19. Figueiredo CS, Assis MG, Silva SLA, Dias RC, Mancini MC. Functional and cognitive changes in community-dwelling elderly: Longitudinal study. *Brazilian Journal of Physical Therapy* 2013; 17(3):297-306.
20. Moreira LP, Correa CR, Corrente JE, Martin LC, Boas PJFV, Ferreira ALA. Antropométrica, capacidade funcional, e as mudanças de estresse oxidativo em indivíduos idosos de estar da comunidade brasileira. Um estudo longitudinal. *Archives of Gerontology Geriatrics* 2016; 66:140-146.
21. Alexandre TS, Corona LP, Nunes DP, Santos JLF, Duarte YAO, Lebrão ML. Gender differences in incidence and determinants of disability in activities of daily living among elderly individuals: SABE study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2012; 55(2):431-443.
22. Wang D, Jianmin Z, Kurosawa M, Inaba Y, Kato N. Changes in activities of daily living (ADL) among elderly Chinese by marital status, living arrangement, and availability of health care over a 3-year period. *Environ Health Prev Med* 2009; 14(2):128-141.
23. Costa SMD. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. *Rev Saude Publica* 2011; 45(6):1137-1144.
24. Tomita A, Burns JK. Depression, disability and functional status among community-dwelling older adults in South Africa: evidence from the first South African National Income Dynamics Study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013; 28(12):1270-1279.
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
26. Turner RJ, Noh S. Deficiência física e depressão: uma análise longitudinal. *J Soc Saúde Behav* 1988; 29:23-37.
27. Hasler G. Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry* 2010; 9(3):155-161.
28. Ingram DK. Age-related decline in physical activity: generalization ton on humans. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32(9):1623-1629.
29. Kawamoto R, Yoshida O, Oka Y. Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly. *Geriatrics Gerontol Int* 2004; 4:105-110.
30. Armenian HK, Pratt LA, Gallo J, Eaton WW. Psychopathology as a predictor of disability: a population-based follow-up study in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 1998; 148(3):269-275.

Artigo apresentado em 12/05/2016

Aprovado em 10/10/2016

Versão final apresentada em 12/10/2016

