

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CAMPUS II – IMPERATRIZ/MA
CURSO DE MEDICINA

ANTONIO CAIO HENRIQUE DE SOUSA MELO

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS NO MUNICÍPIO DE CASTELO
DO PIAUÍ - PI**

IMPERATRIZ
2020

ANTONIO CAIO HENRIQUE DE SOUSA MELO

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS NO MUNICÍPIO DE CASTELO
DO PIAUÍ - PI**

Trabalho de Conclusão de Ciclo apresentado ao Curso de Medicina da UFMA/Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof(a). Esp. Susana Lima Araújo Garcês

IMPERATRIZ
2020

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

De Sousa Melo, Antonio Caio Henrique.

Avaliação da Funcionalidade de Idosos no Município de Castelo Piauí-PI / Antonio Caio Henrique De Sousa Melo. - 2020.

38 f.

Orientador(a): Susana Lima Araújo Garcês.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2020.

1. Capacidade funcional. 2. Envelhecimento. 3. Fatores Socioeconômico e Demográfico. I. Lima Araújo Garcês, Susana. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: ANTONIO CAIO HENRIQUE DE SOUSA MELO

Título do TCC: AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS NO
MUNICÍPIO DE CASTELO DO PIAUÍ - PI

Orientador: Susana Lima Araújo Garcês

Co-orientador:

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em
sessão pública realizada a 02/12/2020, considerou

Aprovado

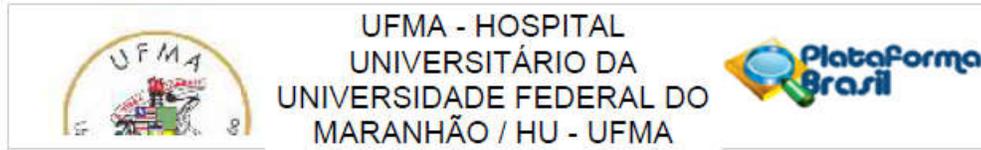
Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome: Lilian Arisvane Pereira Guimarães
Instituição: Universidade Federal do Maranhão-CCSST

Examinador (a): Assinatura:
Nome: Cecilma Miranda de Sousa Teixeira
Instituição: Universidade Federal do Maranhão-CCSST

Presidente: Assinatura:
Nome: Susana Lima Araújo Garcês
Instituição: Universidade Federal do Maranhão-CCSST

COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS NO MUNICÍPIO DE CASTELO DO PIAUÍ - PI

Pesquisador: SUSANA LIMA ARAUJO GARCES

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 11400019.1.0000.5086

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.678.248

Apresentação do Projeto:

Segundo Chaimowicz (2016), O século XXI será marcado por profundas transformações da estrutura populacional em diversos países, inclusive o Brasil. Ainda para o mesmo, o aumento da proporção de idosos é um fenômeno global, resultante das transformações demográficas ocorridas nas décadas passadas e associada a modificações do perfil epidemiológico e das características sociais e econômicas das populações. Para Miranda et al (2016), a transição demográfica inicia com a redução das taxas de mortalidade e, depois de um tempo, com a queda das taxas de natalidade, provocando significativa alterações na estrutura etária da população. De acordo com Brito e et al (2015), observa – se tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento um crescente no número e na proporção da população de idosos, devido à diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade. Os idosos representam 12% da população mundial, com previsão de duplicar esse quantitativo até 2050 e triplicar em 2100 (TAVARES et al, 2017). No Brasil em um pequeno espaço de tempo ocorreu um rápido aumento no número de idosos. Segundo o IBGE (2018), em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões, e em 2017, ultrapassou a marca dos 30,2 milhões. Para Duca et al (2009) o envelhecimento pode ser compreendido como um processo influenciado por fatores biológicos, sociais, psicológicos e ambientais. Já

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (88)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



UFMA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO / HU - UFMA



Continuação do Parecer: 3.678.248

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1277196.pdf	23/10/2019 10:00:34		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	23/10/2019 09:56:29	SUSANA LIMA ARAUJO GARCES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	23/10/2019 09:56:14	SUSANA LIMA ARAUJO GARCES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.doc	23/10/2019 09:55:57	SUSANA LIMA ARAUJO GARCES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	23/10/2019 09:55:04	SUSANA LIMA ARAUJO GARCES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_AUTORIZACAO.pdf	28/07/2019 22:30:56	SUSANA LIMA ARAUJO GARCES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/06/2019 21:31:27	SUSANA LIMA ARAUJO GARCES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	05/04/2019 21:08:02	SUSANA LIMA ARAUJO GARCES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	RESPONSABILIDADE_FINANCEIRA.pdf	05/04/2019 21:07:35	SUSANA LIMA ARAUJO GARCES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	05/04/2019 21:07:19	SUSANA LIMA ARAUJO GARCES	Aceito
Orçamento	Recursos_Financeiros.docx	05/04/2019 20:48:16	SUSANA LIMA ARAUJO GARCES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	05/04/2019 20:46:50	SUSANA LIMA ARAUJO GARCES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 01 de Novembro de 2019

Assinado por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por, ao longo deste processo complicado e desgastante, me ter feito ver o caminho, nos momentos em que pensei em desistir.

A minha mãe, eu devo a vida e todas as oportunidades que nela tive e que espero um dia poder lhe retribuir. Aos meus irmãos, Gislane e Pedro, por estarem sempre ao meu lado. A minha esposa por sempre me incentivar a continuar. E aos meus familiares e amigos de uma forma em geral. Vocês foram e ainda são fundamentais.

Deixo também um agradecimento especial aos meus professores, pois sem eles essa monografia não teria sido possível. Todo esforço deles valeu a pena para os ensinamentos.

E deixo meu agradecimento especial a minha orientadora por toda dedicação e paciência.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
MÉTODOS	12
RESULTADOS.....	14
DISCUSSÃO.....	21
CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXOS.....	29
ATA DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO.....	30
NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AAVD – Atividades Avançadas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

UBS - Unidades Básicas de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

DM – Diabetes Mellitus

Título: AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS NO MUNICÍPIO DE CASTELO DO PIAUÍ – PI

Autores: Antonio Caio Henrique de Sousa Melo e Susana Lima Araújo Garcês

Status: Submetido

Revista: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

ISSN: 1981-2256

Fator de Impacto: Qualis A4

DOI: Não possui

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS NO MUNICÍPIO DE CASTELO DO PIAUÍ – PI

Antonio Caio Henrique de Sousa Melo^[1], Susana Lima Araújo Garcês^[1]

[1] Faculdade de Medicina, Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão, Brasil

Autor para correspondência: Antonio Caio Henrique de Sousa Melo

Enderenço: Rua Coelho Neto, 952. Bairro Mutirão, Castelo do Piauí-PI. CEP:

E-mail: c.henrique.s@hotmail.com

Telefone: (86) 99821-5543

Instituição responsável pelo envio do artigo: Faculdade de Medicina, Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão, Brasil

Fonte financiadora do projeto: Financiamento próprio

Conflito de interesse: Não há.

RESUMO

Objetivos: Descrever o perfil socioeconômico e demográfico, bem como, a prevalência de incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária nessa população.

Métodos: Estudo transversal, com amostra representativa de idosos do município de Castelo de Piauí- PI. A coleta de dados ocorreu em 2019. Analisaram-se variáveis socioeconômicas e demográfica, morbidades, hábitos de vida e a dependência funcional para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e Atividade Instrumental da Vida Diária (AIVDs), por meio da escala de Katz e escala de Lawton, respectivamente.

Resultados: 336 idosos com idade igual ou superior a 60 anos participaram do estudo. As prevalências de incapacidade funcional para ABVDs e AIVDS foram de 23,2% e 77,4%, respectivamente. Identificou-se uma associação entre um maior grau de dependência e uma maior faixa etária, viver acompanhado, ausência de atividade física e autoavaliação regular da saúde tanto para as atividades básicas ($p<0,001$; $p=0,005$; $p=0,015$; $p=0,022$) como para as instrumentais ($p<0,001$; $p=0,031$; $p<0,001$; $p=0,004$).

Conclusões: Na população idosa estudada o perfil predominante apontado foi de idosos do sexo masculino, com média de idade de 72 anos, pardo, casado, católico, com renda de um salário mínimo com apenas o ensino fundamental, apesar de uma alta taxa de analfabetismo, e que viviam acompanhados. As prevalências de dependência funcional identificadas foram similares ou pouco superiores as taxas presentes na literatura nacional para ABVDs e AIVDs.

Introdução

O crescimento acelerado da população idosa é objeto de discussão em todo o mundo ⁽¹⁾. Estima-se que representam 12% da população mundial, com previsão para duplicar esse quantitativo em 2050 ⁽²⁾, de modo que uma em cada nove pessoas no mundo será idosa ⁽³⁾, número total que pode triplicar em 2100 ⁽⁴⁾. No Brasil, em curto espaço de tempo, ocorreu um rápido aumento no número de idosos, em 2017, a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE da população com mais de 60 anos ou mais no país era de 30,2 milhões ⁽⁵⁾.

Entretanto, aliado a isto, observa-se uma redução do desempenho funcional concomitante ao processo de envelhecimento, em virtude das alterações morfológicas corporais e também dos processos fisiológicos. Resultando conseqüentemente em alteração na capacidade funcional ⁽⁶⁾, definida como o conjunto de competências físicas e mentais essenciais para executar, sem auxílio, as atividades da vida diária, sinônimo de aptidão para desenvolver e tomar decisões do seu cotidiano ⁽⁷⁾.

Assim, a incapacidade funcional representa a dependência para realizar tais tarefas, que são divididas em: as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), relacionada ao autocuidado (saúde, trabalho, lazer e autoconhecimento); as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), dependentes da motivação pessoal; e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), caracterizada pela realização de serviços complexos assim como pelo trabalho e socialização. Dessa forma, diretamente associadas à autonomia da pessoa idosa ⁽⁸⁾, a literatura mostra que a progressão da idade é significativamente associada à maior prevalência de incapacidade funcional, tanto para ABVD quanto para AIVD ⁽⁹⁾.

Sabe-se, ainda, que capacidade funcional é influenciada por características relacionadas a gênero, renda, escolaridade, ambiente físico e social, condições de saúde, história de vida, personalidade e cognição ⁽¹⁰⁾, sendo assim, considerada uma condição multifatorial associada à interação de fatores demográficos, sociais, econômicos, epidemiológicos e comportamentais ⁽¹¹⁾. Desse modo, a preocupação em relação à capacidade funcional tem aumentado em diversos setores ⁽¹²⁾.

Nesse interim, o presente estudo tem por objetivo descrever o perfil socioeconômico e demográfico dos idosos e a prevalência de incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária nessa população.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, observacional e analítico. A pesquisa foi realizada na cidade Castelo do Piauí, localizada na região centro-norte do Estado do Piauí, a 184 km da capital, Teresina. Apresenta cerca de 2.063,960 km² de área total e população, conforme estimativas do IBGE de 2018, é de 19.715 habitantes, com aproximadamente 2660 idosos ⁽¹³⁾.

O estudo foi realizado durante o período de março a setembro de 2019 com idosos de cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS). A amostra foi obtida a partir de cálculo estatístico, baseando-se no total de idosos presentes no município, resultando na amostra final de 336 idosos. O número de entrevistados em cada unidade foi calculado, proporcionalmente, ao número total de idosos cadastrados nas UBS. O recrutamento dos sujeitos foi por conveniência, de acordo com os idosos presentes nas dependências dos estabelecimentos.

Os critérios de inclusão utilizados na amostra foram: idade igual ou superior a 60 anos; residência na área de abrangência da pesquisa; cadastrado na Estratégia Saúde da Família (ESF); e aceitar participar da pesquisa. Enquanto os critérios de exclusão foram: aqueles que não aceitaram participar da pesquisa, não possuíam cadastrados na ESF e não possuíam capacidade cognitiva de entender o instrumento de coleta de dados.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número do parecer: 3.678.248/2019 e CAAE: 11400019.1.0000.5086. Todos os

participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido sendo sua participação na pesquisa condicionada a isso.

Instrumento de coleta de dados

Foram utilizados um questionário socioeconômico e demográfico confeccionado para este estudo e duas escalas para a avaliação da capacidade funcional do idoso. O questionário investigou variáveis como: idade, sexo, cor, estado civil, procedência, moradia, escolaridade, religião, ocupação, renda, prática de atividade física, tabagismo, consumo de álcool, comorbidades, uso de medicamentos e autoavaliação da saúde.

A primeira escala para avaliação funcional foi a de Katz ⁽¹⁴⁾ que avaliou as variáveis a respeito das atividades básicas de vida diária (ABVD) como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continência urinária e fecal. Com base no desempenho do indivíduo, um escore foi obtido: máximo de 6 para o indivíduo independente e mínimo de 0 para dependência total (6).

A segunda foi a escala de Lawton ⁽¹⁵⁾, cujas as variáveis avaliadas tratavam das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) como: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte. Cada item apresenta 3 níveis diferentes de dependência, em que cada atividade é pontuada de 1 a 3 e a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O índice varia entre 8 e 24 pontos, dos quais, 8 pontos representa o participante como independente, e acima disso, moderada ou severamente dependente.

Os entrevistadores foram previamente calibrados por meio do coeficiente de Kendall, que variam de 0 a 1, esperando-se obter escores mínimos de 0,80.

Análise estatística

Os dados obtidos foram tabulados e codificados no programa Microsoft Excel e, posteriormente exportados para análises no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20. Os resultados da análise descritiva foram detalhados em tabelas de frequência absoluta e percentual. As associações e prevalência entre as variáveis foram obtidas pelos testes qui-quadrado de Pearson ou

exato de Fisher para as variáveis: socioeconômicas, demográficas, estilo de vida e comorbidades.

Empregou-se a razão de prevalência nos respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Na análise bruta, foram empregados testes de qui-quadrado para heterogeneidade ou tendência linear. A análise ajustada avaliou a associação de cada domínio da incapacidade funcional com as variáveis independentes. Todas as estimativas e intervalos de confiança de 95% (IC 95%) foram aceitos como estatisticamente significativos os testes com valor de $p < 0,05$.

Resultados

Foram entrevistados 336 idosos assistidos pela rede de saúde do município Castelo do Piauí, dos quais 52,1% (n=175) eram do sexo masculino. A idade variou de 60 a 107 anos, a média de idade foi de 72,5 ($\pm 9,1$) anos, e apresenta a faixa etária de 65 a 69 anos como a prevalente. Com base nos percentuais, obteve-se que o perfil dos participantes era de um idoso: pardo, casado, católico, com renda de um salário mínimo, com ensino fundamental, entretanto com um alto índice de idosos analfabetos (41,7%) conforme descrito na Tabela 1 que caracteriza a amostra de acordo com as variáveis socioeconômicas e demográficas.

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas dos idosos estudados.

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
60 – 64	73	21,7
65 – 69	75	22,3
70 – 74	55	16,4
75 – 79	59	17,6
>=80	74	22,0
Sexo		
Feminino	161	47,9
Masculino	175	52,1
Cor da pele		
Branco	86	25,6
Amarelo	18	5,4
Pardo	166	49,4
Negro	66	19,6
Estado civil		
Solteiro	34	10,2
Casado	201	59,8
Divorciado	27	8,0

Viúvo	68	20,2
Outro	6	1,8
Escolaridade		
Analfabeto	140	41,7
Ensino Fundamental	172	51,2
Ensino Médio	21	6,2
Ensino superior	2	0,6
Sistema	1	0,3
Religião		
Católico	262	78,0
Evangélico	52	15,5
Outros	22	6,5
Renda, S-M*		
< 1	23	6,8
1	176	52,4
> 1	137	40,8

*no momento da pesquisa, o S-M vigente era de R\$ 998,00; S-M: salário mínimo.

Na associação entre o perfil socioeconômico e demográfico e o sexo, foi identificada uma relação estatisticamente significativa entre o sexo masculino e o casamento, catolicismo, fato de morar com o (a) esposo (a) ($p=0,001$; $p=0,036$; $p<0,001$), segundo apresentado na Tabela 2. Enquanto na associação entre o estilo de vida e comorbidades com o sexo, a relação com significância estatística foi a do sexo feminino e o não consumo de bebida alcoólica, possuir hipertensão arterial sistêmica (HAS) e hipercolesterolemia ($p<0,001$; $p=0,010$; $p=0,001$) como exposto na Tabela 3.

Tabela 2. Associação entre o perfil socioeconômico e demográfico com o sexo.

	Feminino		Masculino		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							0,976 ^a
60 - 70	78	48,4	86	49,1	164	48,8	
71 - 80	53	32,9	58	33,1	111	33,0	
Acima de 80	30	18,7	31	17,8	61	18,2	
Cor da pele							0,447 ^a
Branco	44	27,3	42	24,0	86	25,6	
Amarelo	8	5,0	10	5,7	18	5,4	
Pardo	83	51,6	83	47,4	166	49,4	
Negro	26	16,1	40	22,9	66	19,6	
Estado civil							0,001 ^b
Solteiro	18	11,2	16	9,1	34	10,1	
Casado	78	48,4	123	70,4	201	59,7	
Divorciado	18	11,2	9	5,1	27	8,0	
Viúvo	43	26,7	25	14,3	68	20,2	
Outro	4	2,5	2	1,1	6	1,8	

Escolaridade*							0,202 ^b
Analfabeto	73	45,3	67	38,6	140	41,8	
Ensino Fundamental	75	46,7	97	55,7	172	51,3	
Ensino Médio	11	6,8	10	5,7	21	6,3	
Ensino superior	2	1,2	0	0,0	2	0,6	
Religião							0,036^a
Católico	124	77,0	138	78,9	262	78,0	
Evangélico	31	19,3	21	12,0	52	15,5	
Outros	6	3,7	16	9,1	22	6,5	
Mora com quem							<0,001^b
Sozinho	17	10,6	21	12,0	38	11,3	
Esposo (a)	73	45,3	122	69,7	195	58,0	
Filhos	44	27,4	17	9,7	61	18,2	
Parentes	24	14,9	15	8,6	39	11,6	
Outros	3	1,8	0	0,0	3	0,9	
Renda, S-M**							0,997 ^a
< 1	11	6,8	12	6,9	23	6,8	
1	84	52,2	92	52,6	176	52,4	
> 1	66	41,0	71	40,5	137	40,8	

^aTeste Qui-quadrado de de Pearson, ^bTeste exato de Fisher. *Um *missing* para a variável “escolaridade”, n=335. **no momento da pesquisa, o S-M vigente era de R\$ 998,00; S-M: salário mínimo.

Tabela 3. Associação entre o estilo de vida e comorbidades com o sexo.

	Feminino		Masculino		Total		p-valor
	N	%	n	%	n	%	
Pratica atividade física							0,639 ^a
Sim	46	28,6	46	26,3	92	27,4	
Não	115	71,4	129	73,7	244	72,6	
Se sim, quantas vezes?							0,063 ^b
1 - 3	26	56,5	21	45,7	47	51,6	
4 - 6	20	43,5	20	43,5	40	43,0	
Todos os dias na semana	0	0,0	5	10,8	5	5,4	
Fuma*							0,240 ^a
Sim	22	13,7	32	18,4	54	16,1	
Não	139	86,3	142	81,6	281	83,9	
Bebe							<0,001^a
Sim	8	5,0	37	21,1	45	13,4	
Não	153	95,0	138	78,9	291	86,6	
HAS							0,010^a
Sim	98	60,9	82	46,9	180	53,6	
Não	63	39,1	93	53,1	156	46,4	
DM							0,184 ^a
Sim	41	25,5	34	19,4	75	22,3	
Não	120	74,5	141	80,6	261	77,7	
Hipercolesterolemia							0,001^a
Sim	45	28,0	24	13,7	69	20,5	
Não	116	72,0	151	86,3	267	79,5	

^aTeste Qui-quadrado de de Pearson. ^bTeste exato de Fisher*Um *missing* para a variável “fuma”, n=335.

Para as ABVDs, encontrou-se uma prevalência de dependência de 23,2% (n=78), ao considerar-se conjuntamente as dependências leve/moderada e total, que apresentaram isoladamente as prevalências de 18,7% (n=63) e 4,4% (n=15), respectivamente. Houve um maior grau de dependência em relação a continência, com total de 75 idosos (22,3%), seguidos de 17 (5,1%) dependentes em transferências, 16 (4,8%) no uso do vaso sanitário, e 10 (3%) para ambas as atividades seja vestir-se ou tomar banho.

Nesse sentido, ainda no que diz respeito às ABVDs, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre um maior grau de dependência e uma maior faixa etária, ser católico, morar com esposo (a) ou filhos, ausência da prática de atividade física e uma autoavaliação da saúde regular ($p < 0,001$; $p = 0,003$; $p = 0,005$; $p = 0,015$; $p = 0,022$), como apresentado na Tabela 4.

Tabela 4. Prevalência de capacidade funcional para as ABVD segundo características sócio econômica, demográfica, estilo de vida e comorbidades.

	Independentes		Dependência leve/moderada		Dependentes		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									0,307 ^a
Feminino	120	46,5	31	49,2	10	66,7	161	47,9	
Masculino	138	53,5	32	50,8	5	33,3	175	52,1	
Faixa etária									<0,001 ^b
60 – 70	150	58,2	13	20,6	1	6,7	164	48,8	
71 – 80	85	32,9	24	38,1	2	13,3	111	33,0	
Acima de 80	23	8,9	26	41,3	12	80,0	61	18,2	
Cor da pele									0,159 ^b
Branco	63	24,5	18	28,6	5	33,3	86	25,6	
Amarelo	13	5,0	2	3,2	3	20,0	18	5,4	
Pardo	128	49,6	32	50,8	6	40,0	166	49,4	
Negro	54	20,9	11	17,4	1	6,7	66	19,6	
Estado civil									0,172 ^b
Solteiro	28	10,9	6	9,5	0	0,0	34	10,2	
Casado	161	62,4	34	54,0	6	40,0	201	59,8	
Divorciado	18	7,0	7	11,1	2	13,3	27	8,0	
Viúvo	46	17,8	15	23,8	7	46,7	68	20,2	
Outro	5	1,9	1	1,6	0	0,0	6	1,8	
Escolaridade*									0,677 ^b

Analfabeto	102	39,7	29	46,0	9	60,0	140	41,8
Ensino Fundamental	136	52,9	30	47,7	6	40,0	172	51,3
Ensino Médio	17	6,6	4	6,3	0	0,0	21	6,3
Ensino superior	2	,8	0	0,0	0	0,0	2	,6
Religião								0,003^b
Católico	212	82,2	40	63,5	10	66,7	262	78,0
Evangélico	32	12,4	18	28,6	2	13,3	52	15,5
Outros	14	5,4	5	7,9	3	20,0	22	6,5
Renda, S-M**								0,969^b
> 1	17	6,6	5	7,9	1	6,7	23	6,8
1	135	52,3	32	50,8	9	60,0	176	52,4
< 1	106	41,1	26	41,3	5	33,3	137	40,8
Mora com quem								0,005^b
Sozinho	32	12,4	6	9,5	0	0,0	38	11,3
Esposo (a)	156	60,5	34	54,0	5	33,3	195	58,0
Filhos	38	14,7	14	22,2	9	60,0	61	18,2
Parentes	30	11,6	8	12,7	1	6,7	39	11,6
Outros	2	,8	1	1,6	0	0,0	3	,9
Pratica atividade física								0,015^b
Sim	79	30,6	13	20,6	0	0,0	92	27,4
Não	179	69,4	50	79,4	15	100,0	244	72,6
Fuma*								0,444^b
Sim	45	17,5	7	11,1	2	13,3	54	16,1
Não	212	82,5	56	88,9	13	86,7	281	83,9
Bebe								0,365^b
Sim	38	14,7	5	7,9	2	13,3	45	13,4
Não	220	85,3	58	92,1	13	86,7	291	86,6
Comorbidades								0,483^b
Sim	187	72,5	46	73,0	13	86,7	246	73,2
Não	71	27,5	17	27,0	2	13,3	90	26,8
Autoavaliação de saúde								0,022^b
Ótima	26	10,1	2	3,2	2	13,3	30	8,9
Boa	93	36,0	15	23,8	3	20,0	111	33,0
Regular	119	46,1	37	58,7	6	40,0	162	48,2
Ruim	20	7,8	9	14,3	4	26,7	33	9,8

^aTeste Qui-quadrado de de Pearson, ^bTeste exato de Fisher. *Um *missing* para as variáveis “escolaridade” e “fuma”, n=335. **no momento da pesquisa, o S-M vigente era de R\$ 998,00; S-M: salário mínimo.

Na avaliação das AIVDs, a prevalência encontrada para dependência em geral foi de 77,4% (n=260) ao passo que discriminando em leve/moderada e total, obteve-se 63,7% (n=214) e 13,7% (n=46), respectivamente. Analisando-se cada item do instrumento: a *capacidade para usar o telefone* foi atividade com maior dependência (53,5%, n=180), sendo 25% (n=84) de Dependência Total (DT) e 28,6% (n=96) de Dependência Parcial (DP); seguidas de atividades *sobre meio de transporte* 44%

(n=148), composto por 10,4% de DT e 33,6% de DP; *trabalhos manuais e pequenos reparos* (39,6%, n=133), sendo 17% (n=57) de dependente total e 22,6% (n=76) de dependente parcial; 31,3% (n=105) dependentes em geral para *lavar roupa*, 16,1% (n=54) de forma total e 15,2% (n=51) de forma parcial;

Dando continuidade na análise: sobre a *realização de compras* (28,6%, n=96), com 34 (10,1%) totalmente dependentes e 62 (18,5%) parcialmente dependentes; 25,9% apresentando dependência para *preparar refeições*, seja total (12,5%, n=42) ou parcial (13,4%, n=45); 85 (25,3%) apresentaram-se dependente no *manuseio do dinheiro*, 19 (5,7%) totalmente e 66 (19,6%) parcialmente; 83 (24,7%) idosos mostraram-se dependentes na *tarefas domésticas*, sendo 38 (11,3%) dependentes totais e 45 (13,4%) dependentes parcial; por fim, em relação ao *manuseio de medicação* 22,6% (n=76) de dependência em geral, sendo 4,5% (n=15) com DT e 18,1% (n=61) com DP.

Em relação as AIVDs, houve uma associação de significância entre um maior grau de dependência e o sexo feminino, a faixa etária acima dos 80 anos, casado ou viúvo, analfabeto, morar com o esposo (a) ou filhos, ausência de atividade física, não consumir álcool e uma autoavaliação da saúde como regular ($p=0,001$; $p<0,001$; $p=0,001$; $p<0,001$; $p=0,031$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,004$), conforme Tabela 5.

Tabela 5. Prevalência de capacidade funcional para as AIVD segundo características socioeconômicas, demográficas, estilo de vida e comorbidades.

	Independentes		Dependência leve/moderada		Dependentes		Total		p-valor
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Sexo									0,001^a
Feminino	34	44,7	93	43,5	34	73,9	161	47,9	
Masculino	42	55,3	121	56,5	12	26,1	175	52,1	
Faixa etária									<0,001^b
60 - 70	58	76,3	99	46,3	7	15,2	164	48,8	
71 - 80	17	22,4	81	37,9	13	28,3	111	33,0	
Acima de 80	1	1,3	34	15,9	26	56,5	61	18,2	
Cor da pele									0,590 ^b
Branco	17	22,4	54	25,2	15	32,6	86	25,6	
Amarelo	3	3,9	11	5,1	4	8,7	18	5,4	
Pardo	42	55,3	103	48,1	21	45,7	166	49,4	
Negro	14	18,4	46	21,5	6	13,0	66	19,6	
Estado civil									0,001^b
Solteiro	14	18,4	16	7,5	4	8,7	34	10,1	

Casado	47	61,8	135	63,1	19	41,3	201	59,8
Divorciado	7	9,2	17	7,9	3	6,5	27	8,0
Viúvo	6	7,9	43	20,1	19	41,3	68	20,2
Outro	2	2,6	3	1,4	1	2,2	6	1,8
Escolaridade**								<0,001_b
Analfabeto	11	14,7	100	46,7	29	63,0	140	41,8
Ensino Fundamental	51	68,0	105	49,1	16	34,8	172	51,3
Ensino Médio	12	16,0	9	4,2	0	0,0	21	6,3
Ensino superior	1	1,3	0	0,0	1	2,2	2	,6
Religião								0,658 ^b
Católico	57	75,0	167	78,0	38	82,6	262	78,0
Evangélico	14	18,4	34	15,9	4	8,7	52	15,5
Outros	5	6,6	13	6,1	4	8,7	22	6,5
Renda, S-M**								0,259 ^b
> 1	8	10,5	14	6,5	1	2,2	23	6,8
1	40	52,6	115	53,7	21	45,7	176	52,4
< 1	28	36,8	85	39,7	24	52,2	137	40,8
Mora com quem								0,031 ^b
Sozinho	11	14,5	23	10,7	4	8,7	38	11,3
Esposo (a)	47	61,8	130	60,7	18	39,1	195	58,0
Filhos	9	11,8	35	16,4	17	37,0	61	18,2
Parentes	8	10,5	25	11,7	6	13,0	39	11,6
Outros	1	1,3	1	,5	1	2,2	3	,9
Pratica atividade física								<0,001_a
Sim	39	51,3	48	22,4	5	10,9	92	27,4
Não	37	48,7	166	77,6	41	89,1	244	72,6
Fuma*								0,535 ^a
Sim	14	18,4	35	16,4	5	10,9	54	16,1
Não	62	81,6	178	83,6	41	89,1	281	83,9
Bebe								<0,001_b
Sim	20	26,3	23	10,7	2	4,3	45	13,4
Não	56	73,7	191	89,3	44	95,7	291	86,6
Comorbidades								0,100 ^a
Sim	51	67,1	156	72,9	39	84,8	246	73,2
Não	25	32,9	58	27,1	7	15,2	90	26,8
Autoavaliação de saúde								0,004 ^b
Ótima	8	10,5	17	7,9	5	10,9	30	8,9
Boa	33	43,5	70	32,7	8	17,4	111	33,0
Regular	34	44,7	105	49,1	23	50,0	162	48,2
Ruim	1	1,3	22	10,3	10	21,7	33	9,8

^aTeste Qui-quadrado de de Pearson, ^bTeste exato de Fisher. *Um *missing* para as variáveis “escolaridade” e “fuma”, n=335. **no momento da pesquisa, o S-M vigente era de R\$ 998,00; S-M: salário mínimo.

Discussão

O presente estudo possibilitou estabelecer o perfil do idoso com incapacidade funcional e sua prevalência, na cidade de Castelo do Piauí, no que diz respeito tanto às atividades básicas de vida diária como as instrumentais. Permitiu, ainda, levantar a discussão acerca do impacto dos fatores socioeconômicos e demográficos sobre essa incapacidade funcional.

No que tange as ABVDs, 23,1% (n=78) dos idosos participantes eram dependentes funcionais, índice superior aos demonstrados por vários estudos (7,16,17,18) e similar aos apresentados nas pesquisas realizadas no Norte de Minas Gerais (8) e em Uberaba – Minas Gerais (19), que encontraram 21,4% e 21,2%, respectivamente.

Em 260 dos idosos entrevistados (77,4%) constatou-se dependência funcional em relação as AIVDs, o que se assemelha aos 78,1% encontrado no estudo mineiro (8), porém, a taxa piauiense de dependência para as atividades instrumentais de vida diária é superior as obtidas nos demais estudos realizados no país (7,16,17,18,19).

Em relação ao sexo, o perfil predominantemente masculino (52,1%) encontrado, difere das demais pesquisa no contexto brasileiro, as quais tem o sexo feminino como predominante (7,8,16,17,18,19,20,21). A maioria dos idosos encontrava-se na faixa etária dos 60 a 69 anos (44%) e com 22% dos idosos acima dos 80 anos, resultado similar aos de estudos brasileiros prévios (7,16,20,21) e diferente de pesquisas semelhantes, que encontraram a faixa etária dos 70 a 79 anos como mais incidente, em que ambos demonstram 43,5% da amostra com essa idade (18,19).

Em consonância com a literatura nacional (17,19,20,21), tem-se que a amostra é majoritariamente parda (49,4%), casada (59,8%) e com renda de até um salário mínimo (52,4%). Quanto a escolaridade, 41,7% da amostra era analfabeta e apenas 6,2% possuía ensino médio completo, cenário discrepante ao encontrado em diversos estudos nacionais, cujos índices de analfabetismo observados foram de 8,5% (16), 9,2% (20), 9,7% (21) e 20,4% (17,19). Corrobora para este achado o fato de 25% da população idosa brasileira ainda ser analfabeta e de mais de 44 milhões de brasileiros sobrevivem com uma renda mensal mínima de até um salário mínimo (7).

No referente a saúde autoreferida, 90,1% classificaram sua saúde como ótima, boa ou regular, percentual superior aos 84,3% do estudo amazonense ⁽¹⁸⁾. Dando continuidade semelhante à realidade potiguar ⁽²⁰⁾, a maioria dos participantes nesse estudo não praticava atividade física (72,6%), possui comorbidades (73,2%), sendo que 53,6% referiu hipertensão arterial sistêmica (HAS), 22,3% Diabetes Mellitus (DM) e 20,3% hipercolesterolemia, percentuais similares aos identificados no estudo mineiro ⁽²²⁾.

É válido ressaltar que, apesar de no presente estudo não se observar uma correlação estatisticamente significativa entre comorbidades e capacidade funcional, um estudo fluminense apresentou resultados nos quais a presença de doenças crônicas teve uma forte influência sobre a capacidade funcional do idoso. A presença de HAS aumentava em 82% a chance dependência do idoso, em 59% no caso de artropatia e em 50% caso doença pulmonar, ao passo que a chance para dependência tanto para ABVDs e AIVD dobrava na presença de uma dessas doenças crônicas ⁽²³⁾.

Como descrito pelo estudo paraibano realizado em Campina Grande ⁽²⁴⁾, quando comparadas aos homens, as mulheres demonstraram uma prevalência de incapacidade funcional 1,5 vezes maior. Justificando na presente pesquisa o achado da relação estatisticamente significante entre maior grau de dependência e o sexo feminino. Assim, em concordância com o exposto anteriormente e em outros estudos ^(7,8,16), observou-se taxa de dependência geral para ABVD em 41 idosas (12,2%) e 37 idosos (11%), entretanto em relação as AIVDs, teve-se 127 idosas (37,8%) e 133 idosos (39,6%) com dependência em geral. Essa inversão da proporção entres os sexos para AIVDs também foi observada em um estudo paulista ⁽⁷⁾.

Essas relações de predomínio ora do sexo feminino e ora do sexo masculino em relação ao maior grau de dependência podem ser justificadas por diversos motivos fisiológicos e socioculturais. Uma explicação para o fato da incapacidade funcional ser mais comumente encontrada em mulheres se deve aos ritmos diferentes de envelhecimento entre os sexos, uma vez que as mulheres adquirem morbididades com menor índice de mortalidade, como osteoporose e artrite, no entanto, crônicas levando a incapacidade funcional, e ao fato de que as mulheres procuram os serviços de saúde com maior frequência e apresentam ainda maior adesão aos planos de tratamento medicamentoso e de intervenção ^(25,26).

Neste contexto, o predomínio masculino em tais taxas pode ser explicado pela maior suscetibilidade desse grupo às doenças de maior letalidade, a exemplo da isquêmica cardíaca, além da inversão do cenário verificado na realidade feminina no referente à procura e adesão à assistência em saúde, além de maior exposição a comportamentos de risco, trabalhos com maior esforço, consumo rotineiro de bebidas alcoólicas e tabagismo ^(8,26).

Outro fator bem descrito na literatura ^(8,24,27) e também demonstrado neste estudo é associação proporcional de uma maior dependência e uma maior faixa etária. O estudo de Campina Grande aponta que, no tangente a faixa etária, idosos com 70 a 79 anos apresentaram uma taxa de incapacidade funcional 2,47 vezes maior que os da faixa etária de 60 a 69 anos ⁽²⁴⁾. Os percentuais encontrados nessa pesquisa para dependência em geral em ABVD foram de 4,2% (n=14), 7,7% (n=26) e 11,3% (n=38) para as faixas etárias, respectivamente, de 60 a 70 anos, 71 a 80 anos e acima de 80 anos. Enquanto nas AIVDs, 31,5% (n=106) tinham de 60 a 70 anos, 28% (n=94) de 71 a 80 anos e 17,9% (n=60) estavam acima de 80 anos.

Sobre o arranjo familiar, 295 idosos (87,8%) em Castelo do Piauí viviam acompanhados, sejam do esposo (a), filhos ou parentes, que representam do referido grupo, respectivamente, 58% (n=195), 18,2% (n=61) e 11,6% (n=39). Resultado semelhante aos das pesquisas realizadas no norte mineiro ⁽⁸⁾ e nas cidades de Ilhéus (BA), Caratinga (MG) e Nova Santa Rosa (PR) ⁽²⁸⁾. Um estudo piauiense, realizado em Parnaíba, ressalta que o envelhecimento humano é marcado por uma relação paternalista da família com os idosos, através de um cuidado excessivo em virtude de uma imagem de que o idoso não pode mais andar sozinho e que não deve mais fazer tarefas do cotidiano – a dependência aprendida. Esta resulta na retirada da independência e autonomia desses indivíduos e na perda do poder de decisão sobre sua vida ⁽²⁹⁾, sendo esses idosos privados da elaboração de tarefas com a exigência de um maior nível de complexidade. Dessa forma, pode nem haver declínio funcional de fato, mas uma autonomia limitada ⁽⁸⁾, problemática que pode ser contornada com o estímulo do autocuidado como forma de manutenção da autonomia ⁽²⁹⁾.

A despeito da dificuldade de se estabelecer uma relação causal entre as variáveis socioeconômicas, atribuída ao delineamento metodológico transversal e o viés da memória dos idosos uma vez que as informações são autorreferidas que podem subestimar ou superestimar algumas informações encontrada, é válido elencar

que se obteve uma amostra representativa do município. Os instrumentos utilizados são validados e adaptados à realidade brasileira e é fornecido um subsídio para a elaboração de políticas públicas locais em razão das informações fornecidas sobre o monitoramento das condições de saúde da população de Castelo do Piauí - PI, resultante da aplicação da metodologia transversal.

Nesse sentido, a identificação do perfil dos idosos locais e o dado que existe algum grau de dependência funcional para alguma atividade em boa parte deles, aliados à necessidade dos profissionais de saúde estarem aptos e terem uma formação adequada na aplicação dos instrumentos que avaliam a funcionalidade do idoso de uma forma global e social, afim de minimizar os efeitos da incapacidade funcional na qualidade de vida do idoso através de intervenções precoces.

Conclusão

Com base no exposto, o perfil geral socioeconômico e demográfico dos idosos entrevistados no município de Castelo do Piauí, no Estado do Piauí, é do sexo masculino, com média de idade de 72 anos, pardo, casado, católico, com renda de um salário mínimo, com ensino fundamental completo, apesar de uma alta taxa de analfabetismo, e que viviam acompanhados.

As prevalências de dependência funcional identificadas durante a pesquisa, foram similares ou pouco superiores as taxas presentes na literatura nacional para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). Foram fatores determinantes para a incapacidade funcional em ambas as categorias de atividades de vida diária, uma maior faixa etária, viverem acompanhados, ausência de atividade física e autoavaliação regular da saúde.

Dessa forma, é necessário que os profissionais de saúde responsáveis pela assistência à saúde da população idosa dominem essa temática e, munidos da perspectiva local, elaborem ferramentas e planos preventivos de cuidados aos idosos, no sentido de diminuir o impacto na qualidade de vida do declínio funcional comum ao envelhecimento e até nos casos de incapacidade funcional, além de estimular a autonomia do autocuidado do idoso junto a família para evitar a dependência aprendida.

Referências

1. Gúths JF da S, Jacob MHVM, Santos AMPV dos, Arossi GA, Béria JU. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2017;20(2):175–85.
2. Suzman R, Beard JR, Boerma T, Chatterji S. Health in an ageing world - What do we know? *Lancet.* 2015;385(9967):484–6.
3. United Nations. *World Population Prospects: the 2004 Revision.* New York: UN; 2005
4. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. *World population prospects the 2015 revision: key findings and advanced tables [Internet].* New York: United Nations; 2015 [acesso em 18 jun. 2020]. Disponível em: http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
5. IBGE. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Agência IBGE Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 07 de outubro de 2018
6. Cortez ACL, Menezes JMMM, Brandão PP, Silva GCB, Dantas EHM. Correlation among the Tests of Functional Capacity Evaluation of Elderly Participants of a Social Inclusion Project in the City of Teresina – Piauí. *J Heal Sci.* 2018;20(4):277.
7. Kagawa CA, Corrente JE. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2015;18(3):577–86.
8. Aguiar Bruna Menezes, Silva Patrícia Oliveira, Vieira Maria Aparecida, Costa Fernanda Marques da, Carneiro Jair Almeida. Avaliação da incapacidade funcional e fatores associados em idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 18]; 22(2): e180163. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000200204&lng=pt.

9. Pereira Gustavo Nunes, Bastos Gisele Alsina Nader, Del Duca Giovâni Firpo, Bós Ângelo José Gonçalves. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 Nov [citado 2020 June 18] ; 28(11): 2035-2042. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100003&lng=en.
10. Lopes Geovanna Lemos, Santos Maria Izabel Penha de Oliveira. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 June 18] ;18(1):71-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000100071&lng=en.
11. Nunes Maria Célia R., Ribeiro Rita C. L., Rosado Lina E. F. P. L., Franceschini Sylvia C.. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev. bras. fisioter.* [Internet]. 2009 Oct [citado 2020 June 18] ; 13(5): 376-382. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552009000500003&lng=en.
12. Pinto Andressa Hoffmann, Lange Celmira, Pastore Carla Albereci, Llano Patricia Mirapalheta Pereira de, Castro Denise Przylynski, Santos Fernanda dos. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Nov [citado 2020 June 18] ; 21(11): 3545-3555. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103545&lng=en.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. @ Cidades [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acesso em 18 jun, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>
14. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and

Psychosocial Function Downloaded From: by a UNIVERSITY OF ADELAIDE LIBRARY User on 10/08/2017 Table 1.—Index of Independence in Activities of Daily Living. *Jama*. 1963;185(12):914–9.

15. Lawton M, Brody E. Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179–86. *Gerontologist*. 1969;9:1979–86.
16. Gavasso William César, Beltrame Vilma. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2017 Maio [citado 2020 Jun 18] ; 20(3): 398-408. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000300398&lng=pt.
17. Agreli BF, Dias FA, Ferreira PC dos S, Gomes NC, Tavares DM dos S. Functional disability and morbidities among the elderly people, according to socio-demographic conditions and indicative of depression. *Investig y Educ en Enferm*. 2017;35(1):48–58.
18. Alves EG. Capacidade funcional de idosos do município de Coari, Amazonas. Manaus. Universidade Federal do Amazonas; 2016.
19. Tavares Darlene Mara dos Santos, Pelizaro Paula Berteli, Pegorari Maycon Sousa, Paiva Mariana Mapelli de, Marchiori Gianna Fiori. Functional disability and associated factors in urban elderly: a population-based study. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.* [Internet]. 2016 Oct [cited 2020 June 18] ; 18(5):499-508. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372016000500499&lng=en.
20. Silva Laize Gabriele de Castro, Oliveira Franciele Santos de, Martins Ítala da Silva, Martins Frankly Eudes Sousa, Garcia Tullia Fernanda Meira, Sousa Ana Carolina Patrício Albuquerque. Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 18] ; 22(5): e190086. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000500202&lng=pt.
21. Santos Maria Izabel Penha de Oliveira, Griep Rosane Harter. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Mar [cited 2020 June 18] ; 18(3): 753-761.

Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300021&lng=en.

22. Tavares, Darlene Mara dos Santos et al. Prevalência de morbidades autorreferidas e fatores associados entre idosos comunitários de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 24, n. 9 [Acessado 18 Junho 2020], pp. 3305-3313. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.31912017>
23. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Da Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(8):1924–30.
24. Brito Kyonayra Quezia Duarte, Menezes Tarciana Nobre de, Olinda Ricardo Alves de. Incapacidade funcional e fatores socioeconômicos e demográficos associados em idosos. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2015 Aug [cited 2020 June 18] ; 68(4): 633-640. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400633&lng=en
25. Lima Idilaine de Fátima, Azevedo Rosemeiry Capriata de Souza, Reiners Annelita Almeida Oliveira, Silva Ageo Mario Cândido da, Souza Luciane Cegati de, Almeida Natália Araujo de. Fatores associados à independência funcional de mulheres idosas no município de Cuiabá/MT. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2016 Out [citado 2020 Jun 18] ; 19(5): 827-837. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000500827&lng=pt.
26. Almeida TZS de, Santos CA dos, Rocha SV, Pedreira RBS, Pinto Junior EP. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos residentes na zona rural. *Rev Ciências Médicas e Biológicas*. 2016;15(2):199.
27. Virtuoso Júnior Jair Sindra, Martins Cristiane Alves, Roza Liliane Beatriz, Paulo Thais Reis Silva de, Ribeiro Maria da Conceição Lopes, Tribess Sheilla. Prevalência de incapacidade funcional e fatores associados em idosos. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2015 June [cited 2020 June 18] ; 24(2): 521-529. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200521&lng=en.

28. Silva RJ, Smith-Menezes A, Tribess S, Romo-Perez V, Virtuoso Jr. JS. Prevalência e fatores associados a percepção negativa da saúde em pessoas idosas do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15:49-62.
29. Araújo, Ludgleydson Fernandes de, Castro, Jefferson Luiz de Cerqueira, & Santos, José Victor de Oliveira. (2018). A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. *Psicologia em Pesquisa*, 12(2), 14-23.

Anexos



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 - São Luís - Maranhão.
Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia – CCSST Imperatriz
Coordenação do Curso de Medicina

32 ALUNO: WANDERSON CLAYTON DOS SANTOS SOUSA TÍTULO DO PROJETO:
33 PROJETO DE PESQUISA DE TCC: Câncer: impacto diagnóstico na vida dos pacientes; NOME DO
34 ALUNO: EDUARDO GONCALVES PELANDA TÍTULO DO PROJETO: PROJETO DE
35 PESQUISA DE TCC: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA EM
36 IMPERATRIZ- MA; NOME DO ALUNO: PAULA ARMADA FIRMINO TÍTULO DO
37 PROJETO: COLETORES MENSTRUAIS COMO FERRAMENTAS DE TRANSFORMAÇÃO
38 SOCIAL E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER; NOME DO ALUNO: ANTONIO CAIO
39 HENRIQUE DE SOUSA MELO TÍTULO DO PROJETO: AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE
40 E IDOSOS NO MUNICÍPIO DE CASTELO DO PIAUI - 6. Homologar o AD REFERENDUM
41 No 04/2020 – CCMI/CCSST que trata de “a utilização da carga horária realizada no programa
42 Brasil conta comigo, pelo discente Luiz Henrique Alves Maciel para fins de integralização da
43 carga horária do internato, a deliberação ficou para uma próxima reunião para que todas possam
44 pensar a respeito com mais profundidade considerando a abertura de precedente. Nada mais havendo
45 a constar, eu, Antônio Costa Mendes, técnico da Coordenação do Curso de Medicina do CCSST,
46 lavrei a presente ata e a subscrevo. _____

47

48 Mateus Rufino

49 Melo _____

50

51 Prof.ª Dra. Cecilma Miranda De Sousa Teixeira

52 _____

53 Prof.º MSc. Iraciane Rodrigues Nascimento

54 Oliveira_

55 _____

56 _____

57 Msc. Bruna Pereira Carvalho Sirqueira_

58 _____

59 Dra. Natalia Torres Giacomin_

60 _____

Normas da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

18/06/2020

Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. - Instruções aos autores



ISSN 1981-2256 versão on-line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Categorias de manuscritos](#)
- [Preparação de manuscritos](#)
- [Submissão de manuscritos – on-line](#)
- [Avaliação de manuscritos](#)
- [Taxa de publicação](#)

Categorias de manuscritos

Todos os artigos, independente da sua respectiva categoria deverão ser elaborados de acordo com a orientação da RBGG, observando o desenho de estudo do artigo (indicado no Checklist do site da Revista – www.rbgg.com.br).

Artigos originais: são relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos.

Máximo de 4.000 palavras, excluindo resumo, referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de 35 referências e de 5 tabelas e/ou figuras.

Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios clínicos, será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios.

Revisões:

a) **Revisão sistemática** - é uma revisão planejada para responder a pergunta específica, objeto da revisão. É feita por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, e descreve o processo de busca dos estudos, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos.

b) **Revisão integrativa** - método de revisão amplo, que permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão devem ser analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos.

Máximo de 4.000 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 50 referências e de 5 tabelas e/ou figuras.

Relatos de caso: Relatos inéditos, de descrição bem documentada, relacionados ao campo temático da revista. Esta categoria tem por função anunciar novas variações de processos de doença, tratamento ou resultados inusitados etc.), enquanto ainda não houve tempo de uma análise com maior número de casos para submeter como "artigo original". Os autores devem informar, na argumentação do texto, os aspectos relevantes e sua relação aos casos publicados anteriormente na literatura da área. Devem apresentar Introdução, Método, Resultados (relatando a experiência inédita), Discussão e Conclusão.

Máximo de 3.000 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 25 referências e de 3 tabelas e/ou figuras.

Recomendamos consultar as orientações para relato de caso:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>

Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo.

Máximo de 3.000 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 25 referências e de 3 tabelas e/ou figuras.

Comunicações breves: Relatos breves, de resultados preliminares de pesquisa com estudos em andamento ou que tenham sido concluídos recentemente antecipando resultados inovadores. Necessitam ser publicados com urgência por demonstrar fortes indícios de relações entre variáveis que possam levar a riscos à saúde pública, ainda que nem todas as hipóteses alternativas ou nem todos os efeitos tenham sido compreendidos totalmente.

Máximo de 1.500 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 10 referências e uma tabela/figura.

Carta ao editor: Trata-se a manifestação de opinião de uma pessoa sobre determinado artigo.

Máximo de 600 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de referências: 08.

Mais informações em: www.rbgg.com.br

Preparação de manuscritos

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês.

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

As páginas não devem ser numeradas.

Título e Título Curto:

a) Deve conter o Título completo e título curto do artigo, em português ou espanhol e em inglês.

Resumo:

Os artigos deverão ser acompanhados de resumo com um mínimo de 150 e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando *objetivos, métodos, resultados e conclusões* mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave:

Indicar, no campo específico, de três e a seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo:

A quantidade de palavras no artigo é de até 4 mil, englobando Introdução; Método; Resultado; Discussão; Conclusão e Agradecimento (este último não é obrigatório).

Introdução:

Deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Método: deve informar a procedência da amostra, o processo de amostragem, dados do instrumento de investigação e estratégia de análise utilizada. Nos estudos envolvendo seres humanos, deve haver referência à existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido.

Resultado: devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é 5 (cinco).

Discussão: deve explorar os resultados, apresentar a interpretação / reflexão do autor fundamentada em observações registradas na literatura atual e as implicações/desdobramentos para o conhecimento sobre o tema. As dificuldades e limitações do estudo podem ser registradas neste item.

Conclusão: apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo .

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências: devem ser normalizadas de acordo com o estilo *Vancouver*. A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Solicitamos que 50% das referências devam ser publicações datadas dos últimos 5 anos.

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Notas de rodapé: deverão ser restritas ao necessário; não incluir nota de fim.

Imagens, figuras, tabelas, quadros ou desenhos devem ser encaminhados e produzidos no formato Excel ou Word pôrem de forma editável, em tons de cinza ou preto.

Gráficos devem ter fonte: 11, centralizados, com informação do local do evento/coleta e Ano do evento.

Trabalhos feitos em outros softwares de estatística (como SPSS, BioStat, Stata, Statistica, R, Mplus etc.), serão aceitos, porém, deverão ser editados posteriormente de acordo com as solicitações do parecer final e, traduzidos para o inglês.

Pesquisas envolvendo seres humanos: deverão incluir a informação referente à **aprovação por comitê de ética** em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Na parte "Método", constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio clínico: a *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal*

Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS, ICMJE e WHO - <http://www.who.int/ictcp/network/primary/en/>, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE - <http://www.icmje.org/>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Recomenda-se ao autor observar os seguintes Checklists e acordo com o tipo de estudo feito:

- CONSORT – para ensaios clínicos controlados e randomizados (<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>)
- CONSORT CLUSTER – extensão para ensaios clínicos com conglomerados (<http://www.consort-statement.org/extensions?ContentWidgetId=554>)
- TREND – avaliação não aleatorizada e sobre saúde pública (<http://www.cdc.gov/trendstatement/>)
- STARD – para estudos de precisão diagnóstica (http://www.stard-statement.org/checklist_maintext.htm)
- REMARK – para estudos de precisão prognóstica (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362085/>)
- STROBE – para estudos epidemiológicos observacionais (estudo de coorte, caso controle ou transversal) (<http://www.strobe-statement.org/>)
- MOOSE – para metanálise de estudos epidemiológicos observacionais (<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>)
- PRISMA – para revisões sistemáticas e meta-análises (<http://www.prisma-statement.org/statement.htm>)
- CASP – para revisões integrativas (<http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>)
- COREQ – para estudos qualitativos (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>)

Submissão de artigos e Documentos necessários

As submissões devem ser realizadas pelo site da Revista – www.rbgg.com.br, acessando o link "submissão de artigos".

Após a submissão, a Comissão Editorial da Revista irá averiguar se todas as orientações da submissão foram atendidas, e inicializará o processo de publicação do artigo.

Os manuscritos devem ser originais, destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e não serem submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos.

O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.

Itens exigidos na submissão: Termo de aceite, página de identificação, direitos autorais, agradecimento. Em nosso site (www.rbgg.com.br) os autores encontram o modelo padrão de cada documento. Além do documento atestando a **aprovação da pesquisa por comissão de ética**.

Mais informações em: www.rbgg.com.br

Avaliação de manuscritos

Os manuscritos que atendem à normalização, conforme orientações, são encaminhados para as fases de avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas seguintes fases:

1. **Pré-análise:** a avaliação do manuscrito é feita pelos Editores Científicos, tendo como base a originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para as áreas de Geriatria e Gerontologia.
2. **Avaliação por pares externos:** os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, para a aprovação ou não do manuscrito. A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é dos editores.
3. **Análise final:** fase em que o autor faz os ajustes necessários à publicação do artigo. Nesse processo de editoração e normalização, a Revista se reserva o direito de proceder a alterações no texto de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos Editores da RBGG.

Conflito de Interesse

Possíveis conflitos de interesse por parte dos autores também deverão ser mencionados e descritos no "Termo de Responsabilidade", documento exigido pela RBGG na submissão do artigo.

Taxa de publicação

A cobrança destina-se a garantir recursos para a produção da RBGG. Para tanto, a RBGG solicita ao autor uma taxa de publicação. Dessa maneira, conseguimos garantir a qualidade da revisão dos textos em português e a tradução dos textos científicos para o inglês.

O valor dessa taxa é de R\$ 980,00 (novecentos e oitenta reais) por artigo **aprovado, ou seja, no ato da submissão o autor não pagará a taxa, apenas e exclusivamente se o artigo for aceito para publicação**.

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

Os autores também deverão custear a tradução feita por profissional nativo em língua inglesa indicado pela Revista.

Uma vez publicado o artigo, qualquer leitor poderá ter acesso livre e sem custo à revista online em nosso site www.rbgg.com.br e no site SciELO.

18/06/2020

Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. - Instruções aos autores

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rua São Francisco Xavier, 524 - Bloco F - Maracanã
CEP: 20559-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Tel.: (55 21) 2334-016 .

revistabgg@gmail.com