

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA



DISSERTAÇÃO

Independência funcional e nível de atividade física de lazer e deslocamento em idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pelotas/RS

Graciele Ferreira de Ferreira Mendes

Pelotas, 2017

Graciele Ferreira de Ferreira Mendes

Independência funcional e nível de atividade física de lazer e deslocamento em idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Pelotas/RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Física (área de concentração: Epidemiologia da Atividade Física).

Orientador: Prof. Dr. Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M538i Mendes, Graciele Ferreira de Ferreira

Independência funcional e nível de atividade física de lazer e deslocamento em idosos usuários das unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de pelotas/rs / Graciele Ferreira de Ferreira Mendes ; Fernando Carlos Vinholes Siqueira, orientador. — Pelotas, 2017.

132 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Funcionalidade. 2. Atividade motora. 3. Epidemiologia. 4. Envelhecimento. I. Siqueira, Fernando Carlos Vinholes, orient. II. Título.

CDD : 796

Elaborada por Daiane de Almeida Schramm CRB: 10/1881

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Fernando Carlos Vinholes Siqueira (orientador)

Prof. Dr. Airton José Rombaldi

Prof. Dr. Felipe Fossati Reichert

Prof. Dra. Suele Manjourany Silva Duro

Agradecimentos

Inicialmente agradeço a Deus pela sabedoria e oportunidades com que tenho sido agraciada. Não poderia deixar de agradecer imensamente aos meus pais, pelos valores que me passaram ao longo da vida e principalmente por todas as oportunidades de estudos que me proporcionaram vocês foram e sempre serão muito importantes para mim. Amo vocês.

Ao meu orientador Prof. Fernando Siqueira (Caco), por toda dedicação e principalmente por ter abraçado a ideia desse projeto, pois sem ti Caco nada seria possível. Fica aqui minha gratidão por tudo que me ensinaste ao longo desses dois anos e a minha admiração pelo profissional que és. Muito obrigada!

Aos meus irmãos, que mesmo estando longe e não nos vendo com tanta frequência, estão sempre vibrando com minhas conquistas. Amo vocês.

Ao meu esposo Ícaro pela paciência ao longo dessa etapa e por compreender minhas ausências.

À minha colega de Residência e companheira de trabalho Renata, por sempre segurar as pontas e resolver as coisas nos momentos em que tive que me ausentar. Obrigada por sempre ter uma palavra confortável, um ombro amigo e um ouvido super paciente.

Aos entrevistadores Vitor, Lorena, Daniele, Renata, Eduarda, Letícia, Luiza, e Darlan, sem a ajuda de vocês tudo seria muito mais difícil. Obrigada de coração!

Ao meu amigo e compadre Inácio por toda disponibilidade e ajuda durante esses dois anos de mestrado.

Ao meu colega Vítor pela ajuda nas análises e interpretações dos dados.

Aos meus amigos, colegas de trabalho e a tanta gente que me apoio nessa empreitada, cada um foi importante da sua maneira. Valeu galera!

Por fim, gostaria de agradecer a todos os idosos que participaram da pesquisa, afinal, sem eles nada seria possível. Minha admiração, carinho e respeito e meu comprometimento em tentar sempre o melhor para vocês.

“Não sei...Se a vida é curta ou longa demais pra nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, desejo que sacia, amor que promove. É o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais. Mas que seja intensa, verdadeira, pura...Enquanto durar.”

Saber Viver
Cora Carolina

Apresentação

Este volume foi elaborado para cumprir as exigências do curso de Mestrado em Educação Física, da Escola Superior de Educação Física (ESEF) da Universidade Federal de Pelotas.

É constituído por cinco capítulos, sendo os mesmos citados abaixo:

- I. Projeto de dissertação;
- II. Relatório das atividades;
- III. Artigo Científico;
- IV. Normas da Revista;
- V. Divulgação para a imprensa.

Projeto de dissertação.....	8
Relatório das atividades.....	87
Artigo Científico.....	101
Normas da Revista.....	126
Divulgação para a imprensa.....	131

Projeto de Pesquisa

Resumo

MENDES, Graciele F. de F. **Independência funcional e nível de atividade física de lazer e deslocamento em idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pelotas/RS.** 2016. 82 f. Projeto de Pesquisa (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

O acelerado processo de envelhecimento populacional tem chamado a atenção sobre os anos adicionais com foco na funcionalidade. A avaliação da capacidade funcional em idosos torna-se importante dado que envelhecer com autonomia e independência é fator indispensável para a se manter uma boa qualidade de vida. O estilo de vida adotado pelo indivíduo é um dos componentes mais importantes para o envelhecimento com preservação da capacidade funcional independente. Através da prática de atividade física é possível promover saúde e reduzir os fatores de risco que podem levar a diminuição da funcionalidade. Sendo assim, o objetivo do presente estudo será descrever a prevalência de independência funcional e verificar a associação entre o desfecho e atividade física no lazer e deslocamento, e demais variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde em idosos usuários das unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS. Para isso, será realizado um estudo transversal com indivíduos de 60 anos ou mais que estarão aguardando atendimento na sala de espera das Unidades Básicas de Saúde. A capacidade funcional será avaliada através da escala de Medida de Independência Funcional, sendo considerados idosos dependentes ou independentes. O nível de atividade física será avaliado pelo International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) versão longa, nos domínios lazer e deslocamento.

Palavras-Chave: Funcionalidade; Atividade Motora; Epidemiologia; Envelhecimento.

Lista de Quadros

Quadro I – Resumo dos estudos sobre perfil dos idosos usuários de Unidades Básicas de Saúde no Brasil.

Quadro II – Resumo dos estudos da revisão sobre capacidade funcional em idosos.

Quadro III – Resumo dos estudos da revisão sobre prevalência de atividade física em adultos e idosos.

Quadro IV – Distritos Sanitários da zona urbana da cidade de Pelotas/RS e suas respectivas Unidades Básicas de Saúde de abrangência.

Quadro V – Variáveis independentes utilizadas para o presente estudo.

Abreviaturas e Siglas

AF – Atividade Física
AFL – Atividade Física de Lazer
APS – Atenção Primária a saúde
AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária
AVC – Acidente vascular cerebral
AVD – Atividade Básica de Vida Diária
DCNT – Doença crônica não transmissível
DM – Diabetes Melittus
DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crônica
ESF – Estratégia Saúde da Família
HAS – Hipertensão arterial sistêmica
IPAQ – International Physical Activity Questionnaire
MS – Ministério da Saúde
MIF – Medida de Independência Funcional
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF – Programa Saúde da Família
SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica
SM – Salário mínimo
SNC – Sistema nervoso central
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde

Sumário

1. Introdução	15
1.1 O problema e a sua importância	15
1.2 Objetivos.....	16
Objetivo geral.....	16
1.2.1 Objetivos específicos	16
1.3 Justificativa	16
1.4 Hipóteses.....	17
1.5 Definição de termos	18
2. Referencial Teórico.....	18
2.1 A estruturação do Sistema Único de Saúde	18
2.2 Atenção Básica: a porta de entrada do SUS	20
2.3 Perfil populacional do idoso usuário de Unidade Básica de Saúde	21
2.5 Capacidade funcional.....	35
2.6.1 Atividade física e envelhecimento	46
2.6.2 Atividade física de Lazer	47
2.6.3 Atividade física de deslocamento.....	48
Quadro III. Resumo dos estudos da revisão sobre prevalência de atividade física em adultos e idosos.	50
3. Metodologia.....	54
3.1 Delineamento	54
3.2 População alvo.....	54
3.3 Amostra	57
3.4 Critérios de inclusão	57
3.5 Critérios de exclusão.....	57
3.6 Definição operacional das variáveis dependentes.....	58
3.7 Definição operacional das variáveis independentes.....	58

3.8 Instrumentos para coleta de dados	60
3.9 Seleção e capacitação para o trabalho de campo	61
3.10 Logística do trabalho de campo	61
3.11 Cálculo do tamanho amostral	62
3.12 Estudo piloto	62
3.13 Controle de qualidade	62
4. Processamento e análise de dados.....	62
5. Aspectos éticos	63
6. Cronograma	64
7. Divulgação dos resultados	64
Referências	66
ANEXOS	74
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	75
ANEXO B – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS	76
ANEXO C- CARTA DE ANUÊNCIA	86

1. Introdução

1.1 O problema e a sua importância

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida é tendência mundial. Os países convivem com uma crescente modificação no perfil de saúde da população, principalmente os países em desenvolvimento (LEANDRO, 2011). Em menos de 40 anos o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem com as doenças infectocontagiosas e parasitárias, para um caracterizado por DCNT, próprias das faixas etárias mais avançadas (GORDILHO *et al.*, 2000). Nestes países, assim como nos países desenvolvidos, as doenças crônicas têm ocasionado importantes e dispendiosas demandas ao sistema de saúde, com custos diretos e indiretos mais elevados, e interferindo no estilo e qualidade de vida dos indivíduos (PAIXÃO JUNIOR e HECKMAN, 2002).

O acelerado processo de envelhecimento populacional tem chamado a atenção sobre as condições de saúde durante esses anos adicionais com foco na funcionalidade do idoso (PARAHYBA e SIMÕES, 2006); nesse sentido, a avaliação da capacidade funcional torna-se uma das mais relevantes questões de pesquisas na área do envelhecimento, dado que envelhecer com autonomia e independência é fator indispensável para a manutenção e preservação da qualidade de vida (ALVES *et al.*, 2008).

Capacidade funcional é definida como a capacidade do indivíduo possui para realizar as atividades diárias de maneira independente e autônoma; é avaliada quanto ao nível de independência ou dependência que o idoso apresentar para a execução das tarefas básicas e instrumentais de vida diária (ALVES *et al.*, 2008).

A redução gradual e progressiva da capacidade funcional associada ao envelhecimento e a afecções por DCNT resultam em maior consumo de serviços de saúde por parte dessa população (RAMOS, 2005). Inúmeros desafios são impostos por parte dessa mudança demográfica e epidemiológica, sendo que uma das mais importantes é a necessidade de uma nova lógica assistencial nos serviços de saúde, dando ênfase em serviços e ações voltados à prevenção de agravos de maneira mais intensa do que priorizar modelos assistenciais que visam apenas tratar os problemas de saúde já existentes (VERAS, 2012).

A aprovação do “Pacto pela Saúde” do Sistema Único de Saúde – SUS pelo Ministério da Saúde permitiu articular três componentes básicos: Pacto pela Vida,

Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. No Pacto pela Vida foram estabelecidas algumas prioridades de atendimento, dentre elas, a atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2006b), sendo naquele momento, revista e estabelecida a PNSPI, tendo como uma de suas diretrizes essenciais à promoção do envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2006b).

De acordo com a OMS o estilo de vida adotado pelo indivíduo é um dos fatores mais importantes para que o envelhecimento ocorra de maneira saudável e reconhece que através da prática de atividade física é possível promover a saúde e reduzir os fatores de risco que podem levar a diminuição da capacidade funcional dos idosos (MACIEL, 2010).

1.2 Objetivos

Objetivo geral

Descrever a prevalência de independência funcional e verificar a associação entre o desfecho e atividade física no lazer e deslocamento, e demais variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde em idosos usuários das unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

1.2.1 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra quanto ao perfil demográfico, socioeconômico, de saúde e comportamental;
- Relacionar as variáveis de saúde, socioeconômicas, demográficas e perfil comportamental com a capacidade funcional.

1.3 Justificativa

Levando em consideração os efeitos que a perda da capacidade funcional acarreta à população idosa, principalmente daqueles com mais de 75 anos (FERREIRA *et al.*, 2012), é necessário criar condições de saúde, tanto no âmbito físico como no social e econômico, para que se possa proporcionar uma melhor chance de promover autonomia e independência desses indivíduos (OMS, 2005). A

avaliação da capacidade funcional torna-se essencial com o objetivo de elaborar intervenções adequadas que visem à eliminação dos fatores de risco relacionados à incapacidade, concomitante a ações de promoção em saúde e prevenção de doenças que podem afetar diretamente a independência do idoso (FERREIRA *et al.*, 2012). Também, é necessário ter o conhecimento do quanto o fato dos idosos serem mais ou menos ativos pode contribuir para uma melhor capacidade funcional e, por consequência, a um envelhecimento mais saudável, levando em consideração que a prática de atividade física regular pode reduzir os fatores de risco associados à morbimortalidade, atuando de forma multifatorial no corpo humano (SAWATZKY *et al.*, 2007).

Os serviços básicos de saúde têm um papel importante no que diz respeito a medidas de prevenção e agravos de doença, sendo necessária a preparação e adequação desses serviços as necessidades da demanda (SIQUEIRA *et al.*, 2008), através de medidas que incentivem a prática de atividade física, a fim de que se busque um envelhecimento saudável com autonomia e independência funcional, contribuindo também com a diminuição das despesas públicas e utilização dos serviços médicos pela população (FENG *et al.*, 2011).

1.4 Hipóteses

- Alcançar a recomendação de atividade física semanal estará associado a melhor capacidade funcional em idosos;
- O perfil dos idosos usuários de UBS será na maioria mulheres, com menor renda mensal e anos de estudos, apresentando como principais comorbidades HAS, DM e problemas osteomusculares e serão insuficientemente ativos;
- Idosos do sexo feminino, com baixa renda, insuficientemente ativos e com autopercepção de saúde ruim apresentarão pior capacidade funcional;
- Idosos com histórico de quedas no último ano e acometidos por doenças crônico degenerativas tenderão a serem mais dependentes;
- Haverá tendência linear de aumento da capacidade funcional à medida que aumentará a prática de atividade física.

1.5 Definição de termos

Capacidade Funcional: é a capacidade que o indivíduo possui para realizar suas atividades diárias de maneira independente e autônoma, é mensurada quanto ao nível de independência ou dependência que o idoso apresenta para a execução das tarefas básicas e instrumentais de vida diária (ALVES et al., 2008).

Atividade Física: qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que resulte em gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN et al., 1985).

Idosos: considera-se idoso a partir da idade cronológica, portanto, nos países em desenvolvimento uma pessoa idosa é aquela que apresenta 60 anos ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Unidades Básicas de Saúde: locais destinados à promoção da saúde, a prevenção de doenças, ao diagnóstico, ao tratamento e a reabilitação dos pacientes. São consideradas como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde com função de oportunizar para a população o acesso às ações primárias de saúde (BRASIL, 2012).

2. Referencial Teórico

2.1 A estruturação do Sistema Único de Saúde

Em 1964, menos de duas décadas depois de o país voltar a um regime democrático, um golpe militar deu início a um novo regime político. Prometendo reinstaurar à ordem, fortalecer a economia e restaurar o regime democrático em curto espaço de tempo, os militares acabariam permanecendo no poder por mais de vinte anos. Caracterizados em seu período inicial pela desarticulação da participação social, os primeiros governos militares em um progressivo processo de endurecimento político procuraram destruir todas as iniciativas que fossem identificadas com o ideário socialista (PAIVA et al., 2006).

No início dos anos 1980 a crise da dívida externa trouxe mudanças internas que fizeram com que o processo de transição do regime militar para a democracia fosse acelerado, o momento fez com que o pacto nacional-desenvolvimentista que prevaleceu entre os anos de 1930 e 1980 fosse desmontado (BRESSER-PEREIRA, 2010) e criaram dificuldades não apenas de cunho econômico e financeiro, mas

também diretrizes para a implantação das políticas sociais de caráter social-democrata estabelecidas, mais adiante, pela Constituição de 1988 (RODRIGUES, 2014).

Em busca da melhoria dos serviços de saúde, lutando contra a permanência da ditadura no País e das características perversas do sistema de saúde, segmentos sociais se mobilizaram por mudanças, configurando o movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 2006a). A reforma ou o movimento sanitário foi caracterizado por um conjunto de práticas divididas em três níveis: prática teórica (construção do saber), prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformações das relações sociais) (CARVALHO, 1998).

O movimento sanitário tornou-se uma experiência singular e rica no campo das políticas públicas e das suas implicações para o relacionamento entre o Estado e a sociedade, transformando o conteúdo da participação social. Nesse sentido, deixou de ser referência apenas os setores sociais excluídos pelo sistema, passando para o reconhecimento da diversidade de interesses e projetos em disputa na sociedade, em sua relação com o Estado e adquirindo dimensões e perspectivas mais abrangentes. Outro aspecto de transformação foi a incorporação da conotação cidadania, que expressava a estratégia de universalização dos direitos, além, de contrapor o conceito de controle social ao controle privado do Estado por segmentos sociais com mais poder de acesso (BRASIL, 2006a).

Um dos grandes marcos históricos no processo de redemocratização do Brasil foi, sem dúvida alguma, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade e na qual houve um consenso de que para o setor da saúde no país não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988 (BOSSERT et al., 2000).

Na Constituição Federal de 1988 foi aprovada a criação do SUS, sendo regulamentado posteriormente pela Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080 de 1990 (PONTES *et al.*, 2009). O SUS reconheceu a saúde como sendo um direito de todos e um dever do Estado, tendo como princípios a universalidade, integralidade e equidade; e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com a

participação popular voltado para as ações preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, Paim e Silva (2010) ressaltam que o SUS foi uma conquista histórica do povo, sendo o Sistema considerado a maior política pública gerada pela sociedade. É um dos caminhos para a garantia do direito à saúde da população, constituindo o maior sistema de saúde do mundo. A proposta do SUS baseia-se em usar o planejamento para organizar e distribuir os serviços conforme a necessidade e a demanda da população, caracterizando um atendimento universal e organizado regionalmente (CASTRO e CORTES, 2015).

O SUS foi organizado em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, todos articulados e ordenados a fim de trabalharem com a promoção, prevenção, reabilitação e recuperação à saúde (GOMES *et al.*, 2012).

Na Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata organizada pela OMS, as autoridades presentes enfatizaram a importância da relação entre o desenvolvimento e a saúde, ressaltando a necessidade de estabelecer a atenção primária como parte de um sistema nacional de saúde, integrando os diferentes níveis de atenção e coordenando os serviços com os demais setores (RIVERO, 2003)

A APS constitui o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde, pois é o primeiro nível de contato da população com o sistema, levando a atenção à saúde o mais perto da realidade e do contexto social em que a população vive (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011); demonstrando ser de suma importância para o sistema, tendo em vista o impacto que causa onde é adotada (MACINKO, DOURADO E GUANAIS, 2011). A rede básica é considerada a porta de entrada da atenção básica e deve garantir o atendimento ambulatorial básico e o desenvolvimento das ações em saúde pública (CASTRO e CORTES, 2015).

2.2 Atenção Básica: a porta de entrada do SUS

A atenção primária à saúde, ou atenção básica, é caracterizada como sendo um conjunto de ações e serviços de saúde voltada ao âmbito individual ou coletivo. O nível primário abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, redução e manutenção dos danos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, buscando

sempre a atenção integral, autonomia dos usuários e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Durante os anos de 1980, as instituições e os serviços de saúde passaram por uma reforma no que diz respeito ao modelo adotado, sendo que a partir de então as ações e serviços de saúde foram descentralizados (NARASIMHAN *et al.*, 2004). No Brasil a reforma priorizou a reorientação do modelo de atenção, buscando a integralidade do cuidado, levando a família e não o indivíduo, para o centro da atenção à saúde, sendo adotado em 1991 o Programa Estratégia da Família (PSF), logo transformado em ESF, no qual os princípios de integralidade e universalidade foram assumidos de maneira mais abrangente e a estratégia passou a contar com a participação de outros profissionais da área da saúde e do serviço social, incluindo odontólogo, professor de educação física, fisioterapeuta, assistente social, entre outros, e os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) (BRASIL, 2009).

Sendo operacionalizada a partir da definição territorial da clientela, a ESF pressupõe um diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas (FIGUEIREDO, 2010). Levando em consideração que a atenção básica atua sobre os determinantes de saúde que englobam o ambiente físico e social, as características do ambiente e a prática médica, estes podem ter influências sobre os fatores genéticos (STARFIELD, 2002). Para tanto, o primeiro passo da ESF é o cadastro das famílias da área adscrita a partir de visitas, podendo uma mesma área ser atendida por uma ou mais equipes multiprofissionais. Cada equipe é responsável por, em média, 600 a 1000 famílias, sendo que este número não pode ultrapassar o de 4000 habitantes. O cadastro é registrado atualmente no SIAB, que sistematiza os dados (FIGUEIREDO, 2010).

2.3 Perfil populacional do idoso usuário de Unidade Básica de Saúde

As políticas em saúde e a formação dos profissionais inseridos na atenção básica sempre colocaram a prioridade no controle de morbimortalidade (FLECK, 2000), porém com o envelhecimento populacional (KÜCHEMANN, 2012) ocorre um aumento da prevalência de DCNT (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008) que muitas vezes levam a um quadro de incapacidade afetando de maneira direta a qualidade

de vida do indivíduo idoso, fazem com que os mesmos se tornem os principais usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, com o objetivo de garantir a atenção à saúde da pessoa idosa foi sancionado em 2003 o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) no qual é firmada a responsabilidade do SUS para com essa população (BRASIL, 2013). Diante o MS com a finalidade de pactuar novos compromissos e responsabilidades nas três esferas de governo aprovou o “Pacto pela Saúde”, no qual foi revista e estabelecida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), cujo objetivo era a promoção de uma atenção à saúde adequada a esta população (BRASIL, 2007)

Diante do contexto e levando em consideração as diretrizes propostas na PNSPI, a ESF é a porta de entrada para a atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2012), cabendo a Unidade Básica de saúde captar, acolher, desenvolver ações e realizar a avaliação global desses usuários (COSTA, N. R. C. D. *et al.*, 2015).

A fim de que as ações em saúde e a elaboração e implementação de políticas públicas sejam eficaz é importante conhecer o perfil dos idosos que buscam a atenção básica, tendo em vista que o envelhecimento é heterogêneo, havendo diferenças nas trajetórias de vida (SILVA, 2005).

Uma pesquisa realizada por Piccini *et al.* (2006) estudou 4.003 idosos (65 anos ou mais) da região sul (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e nordeste (Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte) do país, contemplando o modelo tradicional de atenção à saúde, o qual visa a cura de doenças centrado no modelo biomédico (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006) e o PSF. Do total dos entrevistados, 1891 eram da região sul e 2112 da região nordeste, todos residentes nas áreas de abrangência dos 41 municípios com mais de 100 mil habitantes dessas regiões. Em relação ao perfil dos usuários nos dois modelos de atenção, houve uma semelhança referente à idade média (74 anos) e a prevalência de mulheres (60%). Em relação ao estado conjugal, 40% eram casados(as) ou viviam com companheiro (a) e dois terços eram aposentados(as). A cor de pele predominante foi a branca, sendo maior no Sul (83%) do que no Nordeste (58%), O índice de analfabetismo foi maior nos estados do Nordeste (41%) quando comparados ao Sul, bem como a renda média foi menos no Nordeste (0,7 salário mínimo) em relação ao Sul (1,1 salário mínimo). Independente da região metade dos idosos informou ter sido tabagista uma vez na vida (PICCINI *et al.*, 2006).

Em relação à prática de AF, mais da metade dos idosos no Sul (56%) relataram terem caminhado 10 minutos ou mais na última semana, enquanto que no Nordeste esse índice foi de 38%. Um quinto dos idosos do Sul e um terço do Nordeste não tinham autonomia para sair de casa sem companhia, 17% dos idosos do Sul e 26% do Nordeste necessitavam de ajuda para caminhar uma quadra, e para subir um lance de escada 26% dos idosos do Sul e 36% dos idosos do Nordeste precisavam de auxílio (PICCINI et al., 2006).

A prevalência de HAS e DM foi de 16% no Sul e 14% no Nordeste. Em relação às quedas no último ano não houve diferença para as regiões sendo que 35% dos idosos afirmaram ter caído no último ano. Um terço dos idosos percebia sua saúde boa, muito boa ou excelente independente da região (PICCINI et al., 2006).

Um estudo realizado em Veranópolis/RS descreveu o perfil de 232 idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde dentro do Programa Saúde da Família. Dos entrevistados, a maioria era mulher (56,9%), a média de idade foi de 69,4 anos, predomínio da cor branca (90,1%), com baixo nível de escolaridade (77,2%) e a maioria era casado (56,5%). Quanto a renda mensal um pouco mais da metade (56,0%) recebiam entre um SM e menos que dois SM, em relação a renda familiar a maioria (28,0%) relatou ter entre dois SM e três SM, 64,2% relataram ter saúde regular, 57,4% dos idosos afirmaram praticar, pelo menos uma vez por semana, atividade física de forma regular. Quanto a dificuldade de locomoção 22,3% tinham dificuldade, destes 8,6% caminhavam, mas não subiam escadas, 7,3% caminhavam sob supervisão de terceiros, 3,4% caminhavam utilizando meios artificiais, 1,7% caminhavam com supervisão e com utilização de meios artificiais e 0,4% usavam cadeiras de rodas. Para realizar as atividades básicas de vida diária (AVD) 30,6% dos idosos necessitavam de ajuda (PILGER, J. W., 2006).

Nunes et al. (2010) encontraram semelhanças quanto ao perfil dos usuários de Unidades Básicas ao entrevistarem 388 idosos atendidos por seis equipes da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste (DSL) do município de Goiânia (GO). A maioria do sexo feminino (58,5%), casados (50,8%), com baixo nível de escolaridade (43,8%), com renda menor ou igual a dois SM (77,3%). Em relação as quedas, 38,7% referiram ter sofrido alguma queda, 70,9% relataram ter uma ou mais doenças, principalmente HAS (51,0%).

Pesquisa realizada com 100 idosos em João Pessoa/PB corrobora com resultados descritos em pesquisas anteriores, sendo 73% dos idosos do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade (48,0% com ensino fundamental incompleto e 40,0% não alfabetizados). Em relação a doenças crônicas 79,0% relataram que eram portadores de alguma patologia, sendo a HAS de maior frequência (NUNES *et al.*, 2010).

Pilger *et al.* (2013), Lopes e Santos (2015), Ribas e Oliveira (2014) e Reis (2010) em seus estudos também acharam resultados semelhantes quanto ao perfil dos idosos. Descreveram os usuários como sendo a maioria mulheres, casados, com renda mensal de até um SM, possuindo ensino fundamental incompleto, aposentados e apresentando maior prevalência de HAS e DM.

No estudo de Barbosa *et al.* (2014), realizado com 286 idosos adscritos na Estratégia Saúde da Família Lourdes II da cidade de Montes Claros/MG a cor de pele autoreferida de maior prevalência foi a parda (54,0%) (BARBOSA *et al.*, 2014).

Com relação à renda mensal, Fiedler e Peres (2008) em sua pesquisa com 345 idosos residentes na zona urbana do município de Joaçaba/SC, encontraram maiores prevalências (35,4%) entre idosos que recebiam de 2,1SM a 4,9SM.

Quanto a renda mensal, Clares *et al.* (2011) ao estudarem 52 idosos de uma UBS de Fortaleza/CE relataram que a maioria (57,8%) dos idosos recebiam de dois a três SM.

Estudo conduzido no Pará revelou que a maioria (61,7%) dos idosos tinham como estado civil o casamento ou a união estável, (61,2%) residiam com o cônjuge, 67,1% tinham renda mensal de um a três SM aproximadamente, a maioria possuía ensino fundamental incompleto (61,5%) e cerca da metade estava aposentada (49,7%). Com referência às condições de vida desta população idosa o estudo constatou predomínio de idosos que não ingeriam bebida alcoólica (82,1%), não possuíam o hábito de fumar (86,4%) e não praticavam atividade física (83,9%). Com relação às condições de saúde autorreferidas, prevaleceu o estado de saúde regular (54,7%) e a presença de alguma DCNT (81,9%), dentre os quais se destacaram a HAS (58,2%); 17,7% dos idosos foram hospitalizados nos últimos 12 meses sendo que, 24,4% foram acometidos por AVC. A maioria não sofreu queda nos últimos 12 meses (92,3 %) (Sousa *et al.*, 2015). O Anexo A (Quadro I) apresenta um resumo dos principais estudos em relação ao perfil dos idosos usuários de UBS no Brasil.

Quadro I. Resumo dos estudos sobre perfil de idosos cadastrados em Unidades Básicas de Saúde.

Autores, local, ano e referência	Delineamento	N e Amostra	Principais resultados
Piccini, R.X. et al. Região Sul e Nordeste do Brasil. 2006.	Transversal	4.003 idosos (1.891 da região Sul e 2.112 da região Nordeste) residentes nas áreas de abrangência dos 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste do Brasil.	Houve semelhança em relação à idade média dos idosos (74 anos) e ao gênero (60% eram mulheres), 40% eram casados (as) ou viviam com companheiro (a) e dois terços eram aposentados (as). O predomínio da cor de pele branca foi maior no Sul (83%) do que no Nordeste (58%), 37% dos idosos do Sul tinham nenhuma escolaridade enquanto no Nordeste foi de 61% dos idosos. O analfabetismo esteve presente em um quarto dos idosos do Sul enquanto no Nordeste 41% eram analfabetos, a renda média para o Sul foi de 1,1 SM e para o Nordeste 0,7SM. Metade dos idosos informou ter sido tabagista uma vez na vida, independentemente da região. 56% dos idosos na região Sul caminharam 10 minutos ou mais na última semana, enquanto no Nordeste 38% caminharam, a número médio de dias foi de 2,4 no Sul e 1,4 no Nordeste. Um quinto dos idosos do Sul não tinha autonomia para sair de casa sem companhia e no Nordeste um terço não tinha autonomia, 17% dos idosos do Sul e 26% do Nordeste necessitavam de ajuda para caminhar uma quadra. 26% dos idosos do Sul e 36% dos idosos do Nordeste precisavam de auxílio para subir um lance de escada. A prevalência de HAS e DM foi de 16% no Sul e 14% no Nordeste. Em relação as quedas no último ano não houve diferença para as regiões sendo que 35% dos idosos afirmaram ter caído no último ano. Um terço dos idosos percebia sua saúde boa, muito boa ou excelente independente da região.
Pilger, J.W.	Descritivo	232 idosos cadastrados no	132 idosos (56,9%) do sexo feminino e 100 idosos (43,1%) do

Veranópolis/RS. 2006.	transversal	Posto Santo Antônio que recebiam atendimento do Programa Saúde da Família (PSF).	<p>sexo masculino, a média de idade foi de 69,4 anos. A média de idade entre as mulheres foi de 70 anos e entre os homens 68,6 anos. 31,9% dos idosos estão na faixa entre 60 e 64 anos (42 mulheres e 32 homens). Houve predominância da cor branca (90,1%) seguida da parda (8,2%) e a preta (1,7%). Em relação a situação conjugal 30,2% eram viúvos (14 homens e 56 mulheres), 56,5% casados (73 homens e 59 mulheres), 6,5% solteiros(as) e 3,9% divorciados (as). A maioria dos idosos (77,2%) apresentou nível baixo de escolaridade (analfabeto, alfabetizado fora da escola ou primário incompleto), 18,5% nível médio (ensino fundamental completo) e 4,3% apresentaram segundo grau completo ou mais. Quanto à renda individual 56% recebiam entre 1SM e menos que 2SM, 20,2% recebiam entre 2SM e menos que 3SM, 7,4% recebiam entre 3SM e menos que 4SM e 9,5% não tinham renda própria. Em relação à renda familiar 16,8% tinham renda entre 1SM e menos que 2SM, 28% entre 2SM e menos que 3SM, 22,8% entre 3SM e menos que 4SM e 0,9% entre 9SM ou mais salários. No tempo livre 80,2% conversam com amigos, 67,8% assistem televisão, 60,8% ouvem rádio, 49,6% realizam atividade física lazer, 24,1% realizam leituras, 20,7% atividades manuais e 19% participam de atividades sócio recreativas. De acordo com a própria percepção de saúde 64,2% (149 idosos) consideram a saúde regular, 27,6% consideram a saúde ótima ou boa e 8,1% como má ou péssima. 57,4% dos idosos afirmaram praticar, pelo menos 1 vez por semana, AF regular, destes 21,6% praticam mais de 3 vezes por semana. 42,7% (99 idosos) não realizam nenhuma AF. Em relação a dificuldade de locomoção 22,3% tem dificuldade, destes 8,6% caminham mas não sobem escadas, 7,3% caminham sob supervisão de terceiros, 3,4% caminham utilizando meios artificiais, 1,7% caminham com supervisão e com utilização de</p>
-----------------------	-------------	--	---

			meios artificiais e 0,4% usam cadeiras de rodas. Para realizar as AVDs 30,6% dos idosos necessitam de ajuda.
Nunes, D.P. et al. Goiânia/GO. 2010	Transversal	338 idosos atendidos por 6 equipes da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste (DSL) do município de Goiânia (GO).	58,5% dos idosos eram do sexo feminino e 50,8% do sexo masculino, a maioria (57,5%) tinha entre 60 e 69 anos. Quanto ao estado conjugal 50,8% eram casados, 33,8% viúvos, 10,5% divorciados e 4,9% solteiros. Em relação a escolaridade 43,8% tinham de um a cinco anos de estudo, 37,9% eram analfabetos, 7,7% possuíam 6 ou mais anos de estudo. 77,3% dos idosos apresentavam renda menor ou igual a 2SM, 13,9% mais de 2SM e 8,8% não tinham renda. A maioria (59,8%) morava em domicílios multigeracionais, apresentando em média aproximadamente 4 pessoas por domicílio. 70,4% eram aposentados, 38,7% referiram quedas, 70,9% relataram ter uma ou mais doenças, principalmente HAS (51%).
Pilger, C. et al. Guarapuava/PR. 2013.	Epidemiológico seccional	359 idosos cadastrados em 30 unidades básicas de saúde do Município de Garapuava.	64,4% eram do sexo feminino e 35,6% do sexo masculino. A média de idade foi de 68,8±9,09 anos. 57,7% eram casados/moram juntos, 34,5% viúvos e 86,4% moravam com alguém da família ou cuidador. Em relação a renda familiar 27,6% tinham uma renda de 1SM a 3SM e 71,3% recebiam até 1SM. 17,3% não tinham nenhuma escolaridade, 54% tinham ensino primário, 5,3% ensino fundamental completo, 1,7% segundo grau completo e 0,8% curso superior. Em relação a doenças crônicas 63 idosos (11,6%) não tinham nenhuma doença, sendo que desses 17,2% eram homens e 9% eram mulheres. A HAS foi a doenças mais frequente (34,9% dos idosos apresentavam) seguida da DM (12,4%) e artrite/artrose (12,2%). 54,8% consideram sua saúde boa e 31,7% consideram a saúde ruim.
Lopes, G.L. e Santos,	Transversal	124 idosos cadastrados nas 7	A média de idade foi de 68,5±8,19anos, 33,1% eram do sexo

M.I.P.O Ananindeua/PA. 2015.	descritivo	microáreas da ESF Águas Lindas I no município de Ananindeua – Estado do Pará/Brasil.	masculino e 66,9% do sexo feminino. Dos idosos que se encontravam na faixa etária entre os 60-70anos 56,1% eram homens e 69,9% mulheres, na faixa etária entre os 71-81 anos 34,1% eram homens e 22,9% mulheres e na faixa etária dos 82 anos em diante 9,8% eram homens e 7,2 eram mulheres. Em relação ao estado conjugal dos idosos casados 70,7% eram do sexo masculino e 38,6% do feminino, dos que estudaram até 4 anos 41,5 eram homens e 47% mulheres, 34,1% dos homens e 8,4% das mulheres nunca estudaram , de 4 a 8 anos do total 17,1% eram homens e 32,5% mulheres e mais de 8 anos 7,3% eram homens e 12% mulheres. Em relação a fonte de renda, dos idosos que recebiam aposentadoria 70,7% eram do homens e 48,2% mulheres, dos que recebiam pensão/benefício 9,8% eram homens e 25,3% mulheres, dos que trabalhavam no momento 14,6% eram homens e 13,2% mulheres e dos que não tinham nenhuma renda 4,9% eram homens e 13,3% mulheres.
Barbosa, B.R. et al. Montes Claros/MG. 2014	Epidemiológico transversal, descritivo e analítico de base populacional.	286 idosos adscritos na Estratégia Saúde da Família Lourdes II da cidade de Montes Claros/MG.	A média de idade da amostra foi de 71,2 ± 8,3 anos, 63,3% eram do sexo feminino e 36,7% do sexo masculino. Em relação a faixa etária, 49,7% estavam na faixa dos 60-69 anos, 32% na faixa de 70-79anos e 18,3% na faixa de 80 anos ou mais. 53,5% dos idosos eram casados, 32,9% viúvos, 7,3% solteiros e 6,3% separados. Quanto a escolaridade 28,4% eram analfabetos, 48,2% estudaram 4 anos, 15,6% tinham 8 anos de estudos e 7,8% mais de 8 anos de estudos. Em relação a renda familiar, 17,7% recebiam menos que 1SM, 51,8% recebiam 1SM, 25,5% mais que 1SM, 2,5% recebiam de 3SM a 5SM e 2,5 mais de 5SM. 63,5% dos idosos eram aposentados. A cor da pele autorreferida de maior prevalência foi a cor parda (54%), seguida da branca (28,4%), da negra (15,4%) e outra (2,2%).
Fiedler, M.M.; Peres, K.G.	Transversal	345 idosos residentes na zona	A idade foi dividida em faixa etárias, sendo a de maior prevalência

Joaçaba/SC. 2008.		urbana do município de Joaçaba/SC.	a de 60-69 anos (57,9%), seguida da faixa entre os 70-79 anos (30,1%) e da de 80 anos ou mais (11,9%). 65,2% dos idosos eram do sexo feminino e 34,8% do sexo masculino. Em relação a renda familiar 6,1% tinham menos que 1SM, 32,5% tinham de 1,1SM a 2SM, 35,4% de 2,1SM a 4,9SM e 26,1% tinham igual ou mais que 5SM. A escolaridade mais encontrada entre os participantes do estudo foi de três e quatro anos de estudos completos (48,4%) e 9,9% não tinham nenhuma escolaridade.
Clares, J.W.B. et al. Fortaleza/CE. 2011.	Descritivo exploratório com abordagem quantitativa.	52 idosos cadastrados em uma UBASF, selecionada de forma intencional, por ser uma região em que os cursos da área da saúde da Universidade Estadual do Ceará desenvolvem atividades de ensino, pesquisa e extensão; localizada na Secretaria Executiva Regional IV (SER-IV) no município de Fortaleza-CE.	A média de idade foi de 72,6 ± 8,6 anos, 69,2% (36) eram do sexo feminino e 30,8% (16) do sexo masculino. A prevalência de idosos nas faixas etárias foram de 38,5% entre os 60-69 anos, 36,5% entre os 70-79 anos e 25% na faixa dos 80 anos ou mais. Em relação ao estado civil 48,1% eram casados/união estável, 40,4% eram viúvos, 7,7% separados/divorciados e 3,8% solteiros. 32,7% eram analfabetos, 55,8% tinham ensino fundamental incompleto, 1,9% ensino fundamental completo, 1,9% ensino médio incompleto e 7,7% ensino médio completo. Quanto a renda familiar 38,4% recebiam até 1SM, 57,8% de 2 a 3SM, 3,8% recebiam 4 ou mais salários mínimos. 69,2% dos idosos eram aposentados e 30,8% tinham outra ocupação. Quanto a presença de morbididades 80,8% afirmaram que tinham e 19,2% que não tinham. Das morbididades autorreferidas a de maior prevalência foram as doenças do aparelho circulatório (40,8%), seguida das do aparelho osteomuscular e tecido conjuntivo (20,4%), das doenças do aparelho digestivo (20,4%), respiratório (6,4%), das doenças dos olhos e anexos (3,2%), do sistema nervoso (2,2%), lesões ou outras consequências de causas externas (2,2%), doenças do ouvido e apófise mastoide (2,2%) e transtornos mentais e comportamentais (2,2%). 80,8% afirmaram que necessitavam de uso de medicamentos e 19,2% afirmaram que

			não. Dos que usavam medicação 66,7% disseram que utilizavam de maneira regular e 33,3% não.
Ribas, C.; Oliveira, K.R. Ijuí/RS. 2014.	Transversal	286 idosos cadastrados na UBS que receberam medicamentos no período de janeiro a novembro de 2010.	A idade média dos idosos foi de $71,59 \pm 7,77$ anos. Com relação ao sexo, a maioria (67,13%) era do sexo feminino. Com relação à faixa etária, verificou-se maior número de idosos com idades entre 60 e 79 anos (123 idosos), na faixa etária dos 70-79 anos tinham 112 idosos, na faixa de 80-89 anos 45 idosos e entre 90-99 anos se encontravam 6 idosos. Dos 286 idosos, 47,20% (135) receberam mais de cinco medicamentos concomitantemente e 5,18% (20) fizeram uso de monoterapia.
Reis, L.A. et al. Jequié/Ba 2010	Analítica com delineamento transversal.	150 idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde do Bairro do Jequezinho.	Do total estudado 68,7% dos idosos eram do sexo feminino, com média de idade de $74,5 \pm 9,4$ anos. Em relação ao nível de escolaridade 61,3% eram analfabetos, sendo que 46,7% são casados e 33,3% são viúvos. Quanto à profissão 48,7% dos idosos eram lavradores e 24,7% domésticas. Atualmente, 73,3% são aposentados e apenas 14,7% não possuem renda própria, sendo que 83,3% recebem apenas um salário mínimo. No tocante ao uso do tempo livre 78,7% dos idosos relataram não realizar atividades para passar o tempo. Quanto às condições de saúde, 94,0% dos idosos relataram apresentar problemas de saúde e a maioria, 76,7%, faz tratamento medicamentoso. As doenças mais frequentes foram Hipertensão Arterial (HAS) 22,7%, Diabetes mais HAS 11,3% e Artrose associada HAS 8,00%. A presença de sequelas foi verificada em 21,3% dos idosos, sendo mais observadas as neurológicas (15,3%).
Sousa, F.J. et al. Benevides-Pará. 2015.	Descritivo, analítico e transversal com abordagem quantitativa.	441 idosos de 16 unidades da Estratégia Saúde da Família no município de Benevides, Pará, Brasil.	A população estudada foi composta a pelas seguintes faixas etárias: de 60 a 64 (25,18%) ($n = 111$), seguidas por 65 a 69 (20,86%) ($n = 92$) com predomínio do sexo feminino (52,83%) ($n = 233$). O estudo revelou que a maioria dos idosos tem como estado civil o casamento ou a união estável (61,68%) ($n = 272$),

			<p>61,22% (n = 270) residem com o cônjuge, 67,12% (n = 296) renda mensal de 1 a 3 salários mínimos aproximadamente, a maioria possui ensino fundamental incompleto (61,45%) (n = 271) e cerca da metade está aposentada (49,66%) (n = 219). As informações referentes às condições de vida desta população idosa constataram predomínio de idosos que não ingerem bebida alcoólica (82,12%) (n = 393), não possuem o hábito de fumar (86,39%) (n = 381) e não praticam atividade física (83,90%) (n = 370). Com relação às condições de saúde autorreferidas, predominaram o estado de saúde regular (54,65%) (n = 241) e os portadores de alguma doença crônica não transmissível (81,86%) (n = 361), dentre os quais se destaca a hipertensão arterial com (58, 24%) (n = 318), e a maioria dos idosos se trata de doença crônica (97,80%) (n = 172), 17,69% (n = 78) dos idosos foram hospitalizados nos últimos 12 meses, 24,36% (n = 19) dos idosos foram acometidos por acidente vascular cerebral (AVC), seguido de câncer (11,54%) (n = 9). A maioria dos idosos não sofreu queda nos últimos 12 meses (92,29%) (n = 407) e comparece ao serviço de saúde independentemente de estar doente (70,07%).</p>
--	--	--	---

2.4 Aspectos gerais do envelhecimento

O envelhecimento é caracterizado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que levam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de doenças podendo levá-lo a morte. O processo de envelhecimento tem início no final da segunda década de vida, permanecendo por longo período de tempo de modo imperceptível, até o final da terceira década, onde ocorre o aparecimento de alterações funcionais e estruturais oriundas ao envelhecimento (PAPALÉO NETTO; PONTES, 2002).

Atualmente sabe-se que o declínio das capacidades fisiológicas ocorre de forma diferenciada, estando relacionado significativamente aos fatores genéticos, ambientais e ao estilo de vida que a pessoa assume desde a infância ou adolescência (BULCÃO *et al.*, 2004). Os sinais de deficiências funcionais surgem de maneira discreta no decorrer da vida, sendo chamado de senescência, sem comprometer as relações e a gerência de decisões, não sendo considerado esse processo como doença. Em condições basais, o idoso não apresenta alterações no seu funcionamento ao ser comparado com um jovem, à diferença manifesta-se nas situações nas quais se torna necessário a utilização das reservas homeostáticas, que no idoso são mais fracas (MORAES; MORAES; LIMA, 2010), ou seja, os mecanismos fisiológicos do processo natural de envelhecimento (senescência) são diferentes daqueles fisiopatológicos que caracterizam as doenças comuns no idoso (senilidade) (MILLER *et al.*, 2017).

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar. Tais alterações têm por característica principal a diminuição progressiva da reserva funcional, ou seja, um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente, porém, quando submetido a situações de estresse, físico e emocional, pode apresentar dificuldades em manter a sua homeostase e, desta forma, manifestar sobrecarga funcional, a qual pode culminar em processos patológicos (FIRMINO, 2006).

As alterações que ocorrem nesse período podem diminuir a capacidade funcional, comprometendo a saúde e a qualidade de vida do idoso. Essas alterações acontecem em nível do sistema cardiovascular, no sistema respiratório, no sistema nervoso central e periférico e no sistema musculoesquelético (CANÇADO et al., 2006).

No sistema nervoso central, ocorre uma diminuição do seu volume total, havendo perda de neurônios e outras substâncias sendo que as fibras nervosas perdem sua mielina, a qual é responsável pela velocidade de condução do estímulo nervoso (SCHALLERT; WOODLEE, 2003), podendo gerar consequências nas capacidades cognitivas e motoras (DORETY *et al.*, 1993). A velocidade na qual a informação é processada representa a alteração mais evidente no idoso, sendo que a lentidão cognitiva influencia todas as outras funções e pode ser responsável pelo déficit cognitivo (CANÇADO, 2006).

Em relação às alterações do sistema cardiorrespiratório pode-se afirmar que ao envelhecer ocorre uma diminuição na capacidade do coração de aumentar o número e a força dos batimentos cardíacos, ocorrendo também redução da frequência cardíaca em repouso, aumento do colesterol (LDL), como também da resistência vascular, com o consequente aumento da tensão arterial (GALLAHUE; OZMUN, 2005). A função pulmonar também sofre alterações, acarretando diminuição da ventilação pulmonar, redução da elasticidade dos alvéolos, subtração da capacidade vital e redução do consumo máximo de oxigênio (VO₂ max) (DE VITTA, 2000).

Nesse contexto, constata-se que, para os idosos saudáveis, sem nenhum problema na vida diária, as principais alterações funcionais do aparelho respiratório, decorrentes do processo natural de envelhecimento reduzem a complacência da parede torácica; a força dos músculos respiratórios; a capacidade vital; a pressão arterial de oxigênio; a taxa de fluxo expiratório; a difusão pulmonar de CO₂; a sensibilidade respiratória à hipóxia; fazem crescer a complacência pulmonar; aumentam os volumes residuais; exacerbam o gradiente artério-alveolar de oxigênio e mantêm a capacidade pulmonar total (AFFIUNE, 2002).

As alterações mais conhecidas em indivíduos idosos ocorrem na musculatura esquelética, pois a diminuição da força e da massa muscular compromete a postura corporal e a locomoção. Essas alterações decorrentes do envelhecimento devem-se a fatores extrínsecos, como nutrição inadequada, diminuição da atividade física,

atrofia por desuso e imobilização no leito, e por fatores intrínsecos como o metabolismo e a síntese proteica, as atividades enzimáticas, as alterações no sistema nervoso central (SNC) e a estimulação neural bem como as alterações na secreção hormonal (GORZONI; RUSSO, 2002).

A capacidade que um músculo esquelético apresenta de desenvolver força muscular não está relacionada apenas a características anatômicas e morfológicas de suas fibras, mas também ao controle neural que esse músculo recebe, assim, alterações neuronais periféricas também podem acarretar diminuição da força muscular (REBELATTO *et al.*, 2008). A perda de massa muscular inicia-se, em média aos 30 anos, acentuando-se ao redor dos 50 anos em média, sendo caracterizada pela ocorrência de um fenômeno no qual a proteína contrátil é substituída por lipídios intra e extracelulares e por proteína estrutural (MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2000). Entre os 65 e 84 anos, a força isométrica muscular diminui aproximadamente 1,5% por ano, enquanto a potência muscular decresce 3,5% por ano (CHAIMOWICZ; GRECO, 1999). A perda da potência muscular é maior que a da força devido à perda seletiva das fibras tipo II (fibras de contração rápida) (NETTO, 2002).

A diminuição da potência muscular determina diminuição da velocidade de contração muscular e esta perda nos músculos responsáveis pela manutenção da postura ortostática pode contribuir para o aumento do número de quedas (PEDRINELLI; GARCEZ-LEME; NOBRE, 2009), levando em consideração que todos os componentes do controle postural, sejam eles sensorial (visual, somatossensorial e vestibular), efetores (força, amplitude de movimento, alinhamento biomecânico e flexibilidade) e central estão diminuídos. A integração dos vários sistemas corporais sob o comando central é fundamental para o controle do equilíbrio corporal (GAZZOLA *et al.*, 2006).

O momento em que estas transformações ocorrem, quando passam a ser percebidas e como evoluem, diferencia-se de um indivíduo para o outro (NARANJO *et al.*, 2001). Entretanto, em idades mais avançadas as limitações visuais, auditivas, motoras e intelectuais, bem como o surgimento de doenças crônico-degenerativas intensificam-se, ocasionando a dependência nas atividades cotidianas. O resultante desses fatores é a diminuição da capacidade funcional e, conseqüentemente, da condição de saúde do idoso que acaba procurando com mais frequência os serviços de saúde (RAMOS, 2003).

2.5 Capacidade funcional

Conforme o indivíduo vai envelhecendo a capacidade funcional, devido ao processo fisiológico, declina progressivamente. Muitas vezes, limitações funcionais apresentam maior repercussão e impacto na vida diária de um idoso do que as doenças crônicas propriamente ditas (PAIXÃO E HECKMAN, 2002). De acordo com Veras (2012), não é a presença ou não de doença que irá determinar a qualidade de vida do idoso, mas sim as habilidades que ele possui para administrar sua vida de maneira autônoma e independente.

Na prática, de acordo com a literatura, trabalha-se com dois conceitos relacionados especificamente a funcionalidade do idoso: o primeiro é a capacidade funcional e o segundo é a incapacidade funcional (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011). A capacidade funcional engloba o grau de habilidade que o idoso possui ao desempenhar as atividades de vida diária, enquanto que a incapacidade funcional é voltada ao grau de dificuldade que os mesmos apresentam em realizar alguma atividade de vida diária (AVD) (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; KATZ *et al.*, 2011; ROSA *et al.*, 2003).

A capacidade funcional pode ser determinada pelas AVD e AIVD, as quais são avaliadas quanto ao nível de dependência ou independência que o idoso possui para executá-las (ALVES *et al.*, 2008), além de ter relação quanto ao funcionamento do indivíduo nos estados intelectual, mental e espiritual (BRASIL, 2008).

As AVDs são aquelas consideradas básicas no cotidiano e relacionam-se ao autocuidado do sujeito, sendo elas: alimentar-se, vestir-se, realizar higiene pessoal, banhar-se, realizar transferências e controle esfincteriano. As AIVDs dizem respeito à capacidade da pessoa em interagir com a comunidade e o ambiente em que vive, como por exemplo, preparar as refeições, manusear o dinheiro, fazer compras e utilizar transporte público (OLIVEIRA e VILLAYERDE, 2001).

O conceito de capacidade funcional é complexo e, segundo Fiedler e Peres (2008) ela é definida como sendo a habilidade do sujeito em manter as atividades físicas e mentais necessárias, ou seja, realizar as AVDs e AIVDs de maneira independente. Para Cardoso e Costa (2010), é a manutenção da autonomia e independência dos idosos nas suas atividades do cotidiano, mesmo apresentando alguma limitação física, mental ou social. Nesse sentido, a independência está ligada a capacidade funcional, tendo como princípio que para conseguir realizar as

atividades com seus próprios meios o indivíduo necessita ter uma capacidade funcional adequada (MORAES; MORAES; LIMA, 2010)

Um estudo realizado por Barbosa et al. (2014) avaliou 286 idosos cadastrados na ESF Lourdes II da cidade de Montes Claros (MG) e constatou que 61,9% dos idosos eram independentes para a realização das AVDs e AIVDs, 25,9% dependente apenas para realizar as AIVDs e 12,2% apresentavam dependência em ambas as atividades. Corroborando com este estudo, Trize et al. (2014), ao avaliar uma amostra de 363 idosos cadastrados na ESF na região Norte de Bauru/SP obtiveram o maior número de idosos apresentando independência funcional para a realização das AVDs (63,1%) e, em relação as AIVDs, 51,0% conseguiam realizá-las de maneira independente. Lopes e Santos (2015) e Kagawa e Corrente (2015) encontram resultados semelhantes quanto à prevalência de independência para a realização de AVDs em relação às AIVDs.

Diversos fatores estão associados à diminuição da capacidade funcional no envelhecimento. Diante do exposto na literatura, ficou evidente que a idade avançada, sexo feminino, situação conjugal (viúves), baixo nível socioeconômico e déficit cognitivo interferem diretamente na manutenção da independência no envelhecimento (BRITO; MENEZES; OLINDA, 2015; LEITE *et al.*, 2015).

Sendo assim, Fiedler e Peres (2008) realizaram um estudo em Joaçaba/SC onde avaliaram 345 idosos residentes na zona urbana do município, a prevalência de capacidade funcional inadequada encontrada foi maior nas mulheres (43,1%), com menor renda (61,9%), em idosos que consideraram sua situação econômica ruim ou muito ruim (44,9%) e naqueles que tinham menos anos de estudos (61,8%). Assis et al. (2014) encontraram resultados semelhantes ao avaliar idosos do município de Montes Claros (MG), no qual 33,9% apresentaram capacidade funcional não adequada. Observou-se uma diminuição da capacidade funcional quando associada ao aumento da idade (58,9%), em mulheres (68,6%), em idosos com menor tempo de escolaridade (64,6%), com renda até dois salários mínimos (90,9%), que moravam com esposo(a) e filho(s) (65,1%) e com situação econômica atual razoável/ruim (72,0%). Os idosos com 70 anos ou mais apresentaram 28% mais chances de capacidade funcional não adequada.

Em contrapartida, no estudo realizado por Gonçalves et al. (2011), onde avaliaram 401 idosos assistidos pelas Unidades Saúde da Família da Paraíba, não houve associação entre capacidade funcional e sexo, porém as mulheres eram mais

dependente (16,6%); a dificuldade de realização de algum tipo de AVD se mostrou igual entre as faixas etárias. Contudo, a amostra apresentou associação entre capacidade funcional e autopercepção de saúde, ou seja, idosos com percepção de saúde negativa apresentavam comprometimento para realizar AVDs (17,5%).

Fialho et al. (2014) conduziram um estudo na região Metropolitana de Belo Horizonte no qual avaliaram 1624 idosos em relação à capacidade funcional e o uso dos serviços de saúde. Em relação à capacidade funcional, os idosos da amostra apresentaram 64,2% de independência funcional para a realização de AVDs e AIVDs e 19,6% apresentaram alguma dificuldade para realizar pelo menos uma AIVD e 16,2% para realizar uma ou mais AIVD. Quanto à utilização dos serviços de saúde, 14,3% relataram ter histórico de hospitalização nos últimos 12 meses, apresentando associação positiva em relação à incapacidade funcional, tanto a limitação para AVDs quanto para AIVDs.

Um fator externo que tem grande impacto na capacidade funcional na população idosa são as quedas. Esse fato pode ser comprovado na pesquisa conduzida por Perracini e Ramos (2002) em uma coorte de 1667 idosos, realizado em São Paulo. O referido estudo teve dois cortes transversais, participando da amostra no primeiro inquérito 1415 idosos e no segundo 951. No ano anterior ao primeiro inquérito 30,9% dos idosos relataram ter caído, e desses 10,8% duas ou mais quedas (média de quedas $0,67 \pm 3,13$). No seguinte inquérito, 32,7% referiram ter sofrido quedas em pelos menos um dos inquéritos, e 13,9% relataram quedas em ambos. Os resultados demonstram que aumentam as chances de quedas recorrentes entre mulheres (RP= 2,63, IC 95% = 1,69 – 4,11), idosos viúvos, solteiros ou desquitados (RP= 2,34, IC 95% = 1,58 – 3,47) e com grau de comprometimento na realização de AVDs (RP= 1,52, IC = 1,26 – 1,85). Tal fato pode estar associado devido às mulheres realizarem mais tarefas domésticas e estarem expostas a um comportamento de maior risco, pois a incumbência nessas tarefas associada a instabilidade postural podem gerar situações de risco para quedas.

O processo de envelhecimento está relacionado ao aumento da prevalência, incidência e de mortalidade por DCNT, a presença de uma ou mais doenças desse grupo e o não tratamento auxiliam para um manejo não adequado, podendo trazer como consequência um declínio na capacidade funcional (BRASIL, 2007). Alves et al. (2007) investigaram a influência das DCNT na capacidade funcional em idosos no

município de São Paulo. Entre as doenças de maior prevalência a hipertensão arterial foi a condição crônica mais frequente (53,4%), seguida por artropatia (33,8%), doença cardíaca (20,6%), diabetes mellitus (17,5%) doença pulmonar (12,5%) e câncer (3,6%). A presença de doença pulmonar, artropatia, HAS e doença cardíaca apresentaram associação direta com a dependência nas AVDs e AIVDs.

De acordo com o estudo de Nunes et al. (2010), a dependência na realização das AVDs apresentou associação estatisticamente significativa com depressão (RP= 1,88, IC 95%= 1,44-2,45), osteoporose (RP= 1,85, IC 95%= 1,39-2,46), possuir 80 anos ou mais de idade (RP= 1,69, IC 95%= 1,24-2,29), acuidade visual comprometida (RP= 1,62, IC 95%= 1,152,29), presença de doença (RP= 1,57, IC 95%= 1,10-2,24), sexo feminino (RP= 1,55, IC 95%= 1,152,1), queda (RP= 1,47, IC 95%= 1,12-1,93). Para as AIVDs a associação foi significativa quando apresentou doença pulmonar obstrutiva crônica (RP= 1,47, IC 95%= 1,20-1,80), presença de doenças (RP= 1,23, IC 95%= 1,011,49), depressão (RP= 1,21, IC 95%= 1,03-1,42), hipertensão arterial (RP= 1,19, IC 95%= 1,011,40), ter idade entre 70 e 79 anos (RP= 1,23, IC 95%= 1,05-1,44) e sexo feminino (RP= 1,19, IC 95%= 1,01-1,42). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Nogueira et al. (2010), onde observou-se associação positiva entre pior capacidade funcional e uso de polifarmácia (uso de cinco medicamentos ou mais) e algumas morbidades como a depressão, as artropatias e as doenças do sistema nervoso. Em um outro, a dependência apenas para a AIVD foi positivamente associada à faixa etária ≥ 75 anos (OR = 8,38), ao sexo feminino (OR = 3,64) e com doença cardíaca (OR = 3,24). A dependência tanto nas AIVD, como nas ABVD, foi positivamente associada à faixa etária ≥ 75 anos (OR = 6,40), sem companheiro (OR = 3,26), aos que apresentavam AVE (OR = 51,85), doença cardíaca (OR = 4,18) e diabetes (OR = 3,35) (BARBOSA et al., 2014). O Quadro II apresenta o resumo dos principais estudos relacionados à capacidade funcional em idosos.

Quadro II. Resumo dos estudos da revisão sobre capacidade funcional em idosos.

Referência	Tipo de estudo	N e amostra	Instrumento de coleta de dados	Principais resultados
Barbosa B.R, et al. Montes Claros – MG. 2014.	Estudo epidemiológico transversal, descritivo e analítico de base populacional.	286 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família Lourdes II da cidade de Montes Claros (MG).	Escala de Lawton e Brody para mensurar as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e a Escala de Katz para mensurar as atividades básicas de vida diária (ABVD).	Em relação a capacidade funcional 61,95 dos idosos foram classificados como independentes, 25,9% eram dependentes somente para realizar as AIVD e 12,2% apresentavam dependência para as ABVD e AIVD. Quanto aos que apresentaram dependência na ABVD, 19 (6,6%) eram dependentes para a minoria (até três) das ABVD e 16 (5,6%) dependentes para a maioria destas atividades. Os idosos precisaram de ajuda principalmente para: controle da micção (9,4%), vestir-se (7,6%) e banhar-se (6,6%). A dependência apenas na AIVD foi positivamente associada à faixa etária ≥ 75 anos (OR = 8,38), ao sexo feminino (OR= 3,64) e com doença cardíaca (OR = 3,24). A dependência tanto nas AIVD, como nas ABVD, foi positivamente associada à faixa etária ≥ 75 anos (OR = 6,40), sem companheiro (OR = 3,26), aos que apresentavam AVE (OR = 51,85), doença cardíaca (OR = 4,18) e aos com diabetes (OR = 3,35).
Trize, DM. et al. São Paulo, SP. 2014.	Estudo transversal.	363 idosos nas áreas de abrangência da	Escala de Katz e Lawton.	Em relação as AVDs 63,1% eram independentes enquanto para as AIVDs 49% eram independentes. Houve relação significativa das AVD com faixa

		ESF na região Norte de Bauru – São Paulo.		etária, sexo, raça, anos de estudo, doenças relatadas, sedentarismo e dor musculoesquelética e as AIVD associaram-se à idade, aos anos de estudo, às doenças relatadas, ao sedentarismo e à dor musculoesquelética.
Lopes GL, Santos MIPO. Ananindeua, Pará. 2015.	Estudo observacional, do tipo transversal e descritivo.	124 idosos cadastrados nas sete microáreas da ESF Águas Lindas I, no município de Ananindeua – Pará/Brasil.	Índice de Katz e Escala de Lawton.	A média de idade foi de 68,5±8,19 anos, sendo a maioria do sexo feminino, casados e baixa escolaridade. A maioria mostrou-se independentes para a realização das AVDs e AIVDs.
Kagawa CA, Corrente JE. São Paulo, SP. 2015.	Estudo transversal.	365 idosos residentes no município de Avari, São Paulo/Brasil.	Escala de ABVD e AIVD.	Em relação às ABVDs 8,49% apresentam dependência e 10,96% para as AIVDs. Em relação as AIVDs não ter qualidade de vida e ser do sexo feminino foi fator de risco para dependência funcional. Ter menos idade foi fator de proteção para dependência.
Brito, KQD, de Menezes, TN, de Olinda, RA. Campina Grande. 2015.	Estudo transversal de base domiciliar.	420 idosos cadastrados na ESF em Campina Grande	Índice de Barthel.	A média de idade foi de 71,6 (dp 9,19) anos. A amostra apresentou maiores prevalências de incapacidade funcional no sexo feminino (40,8%), com 80 anos ou mais (65%), em brancos (38,3%), viúvos (52,3%), pertencentes as classes econômicas D/E (54,9%) e que residiam no domicílio sozinhos (41,7%). As variáveis sexo, estado conjugal, faixa etária e nível

				socioeconômico apresentaram associação com a capacidade funcional.
Leite MT, Castiane D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Rio Grande do Sul – Brasil. 2015.	Estudo quantitativo, transversal e descritivo.	368 idosos residentes da área urbana de um município do Rio Grande do Sul/Brasil.	Índice de Katz e Escala de Lawton.	A amostra foi composta em sua maioria por mulheres (64,9%), entre 60-70 anos, brancos e casados, aposentados e com ensino fundamental incompleto. A maioria apresentou independência para as AVDs. 93,4% dos idosos eram independentes para a realização das AVD, 60,3% não apresentaram declínio cognitivo. Dos 6,6% idosos que apresentaram dependência parcial ou total, 4,7% tinham declínio cognitivo.
Fiedler, MM; Peres, KG. Joaçaba – SC. 2008.	Transversal de base populacional.	345 idosos entre 60 e 94 anos de idade, residentes na zona urbana do Município de Joaçaba-SC.	Escala de auto avaliação proposta por Rikli e Jones.	Capacidade funcional inadequada foi observada em 37,1% dos idosos. Quanto maior a idade menor era a capacidade funcional, a prevalência de capacidade funcional inadequada foi maior nas mulheres (43,1%) que nos homens (25,8%), quanto menos a renda do domicílio maior a prevalência de capacidade funcional inadequada. Os que consideraram sua situação econômica ruim ou muito ruim apresentaram associação quanto à incapacidade funcional inadequada em comparação com os que consideravam boa ou muito boa. Em relação à escolaridade quanto menos anos de estudos apresentavam maior a proporção de indivíduos com capacidade funcional inadequada.
Assis VG, et al. Montes Claros. 2014.	Transversal.	516 idosos residentes nas áreas circunscritas à	Escala de auto avaliação com 12 tipos de atividades, proposta por Rikli e Jones.	Dos idosos entrevistados, 33,9% (175) apresentaram capacidade funcional não adequada, dos quais 68,5% (120) eram mulheres e 31,5% (55), homens. Pode-se observar diminuição da

		Estratégia Saúde da Família (ESF) no Distrito de Grande Santos Reis, no município de Montes Claros.		capacidade funcional quando associada ao aumento da idade, em mulheres, em idosos com menor tempo de escolaridade, renda até dois salários mínimos, que moravam com esposo(a) e filho(s) e com situação econômica atual razoável. Os idosos com 70 anos ou mais apresentaram 28% mais chances de capacidade funcional não adequada.
Gonçalves, SX. et al. João Pessoa – PB. 2011.	Transversal.	401 idosos de duas microáreas distintas de 18 Unidades de Saúde da Família do município, distribuídas em seis diferentes bairros da cidade de João Pessoa.	Index de Katz para avaliar 6 tipos de atividades básicas de vida diária (ABVD).	Mais da metade de amostra (87,0%) foi classificada como independente para todas as ABVD, dependência leve ou moderada e a dependência completa em pelo menos uma das atividades foram verificadas em 10,3% e 2,7%, respectivamente. As atividades que apresentaram maiores prevalências de dependência foram a continência (8,7%), e as atividades de banhar-se (2,7%) e vestir-se (2,5%), sendo a primeira para dependência leve ou moderada e as duas últimas para dependência completa. Idosos que perceberam sua saúde negativamente (17,5%), com quatro ou mais diagnósticos (18,7%), que eram restritos ao domicílio (29,9%) e que possuíam cuidadores (36,4%) apresentaram maior prevalência de algum grau de dependência. A variável sexo não apresentou associação estatística ($p = 0,008$), porém, verificou-se prevalência maior de algum grau de dependência entre as mulheres (16,6%). Quanto à faixa etária, a distribuição de idosos com algum grau de dependência mostrou-se homogêneo entre as duas faixas etárias estudadas (60-69 anos

				e 70 anos ou mais).
Fialho, CB. et al. Belo Horizonte. 2014.	Transversal de base populacional.	1.624 idosos residentes da região metropolitana de Belo Horizonte.	Questionário para ABVD e AIVD.	Em relação à capacidade funcional, 64,2% dos idosos eram independentes para realizar todas as AIVD e ABVD, 19,6% apresentavam alguma dificuldade para realizar pelo menos uma AIVD e 16,2% tinham alguma dificuldade para realizar uma ou mais ABVD. Em geral, observou-se um aumento na prevalência de limitações para ABVD e AIVD com a idade.
Perracini, MR; Ramos, LR. São Paulo. 2002.	Estudo de Coorte, com duas ondas de corte transversal.	1.667 idosos residentes na cidade de São Paulo/BR.	BOMAFQ	No primeiro inquérito 30,9% dos idosos afirmaram ter caído. No segundo inquérito 32,7% referiram quedas em pelo menos um dos inquéritos e 13,9% em ambos. As chances de queda recorrente aumentam em mulheres, idosos viúvos, solteiros/divorciados, e com comprometimento de AVD.
Alves, LC. et al. São Paulo. 2007.	Estudo epidemiológico transversal com base nos dados do Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na América	1769 idosos residentes no Município de São Paulo/Brasil.	Questionário do Projeto SABE.	A média de idade foi de 71,93 anos (dp 7,79) e predomínio do sexo feminino. A condição crônica mais prevalente foi HAS, seguida das artropatias, doença cardíaca, DM, doença pulmonar e câncer. Idosos dependentes nas ABVDs e AIVDs apresentaram maior prevalência de doença pulmonar, seguida da doença cardíaca e artropatia. Doença pulmonar, artropatia, doenças cardíaca e HAS demonstram forte associação com dependência em ABVDs e AIVDs.

	Latina e Caribe (Projeto SABE).			
Nogueira, SL. et al. São Geraldo – MG. 2010.	Estudo transversal de base populacional.	129 idosos residentes no município de São Geraldo – Minas Gerais/Brasil.	Modelo desenvolvido por Andreotti e Okuma ²⁶ , que inclui 40 questões envolvendo AVDs e AIVDs.	Gênero feminino, com idade igual ou superior à 85 anos, ausência de cônjuge, polifarmácia, depressão, artropatias e doenças do sistema nervoso apresentaram associação com pior capacidade funcional.

2.6 Atividade Física

A prática regular de atividade física está associada a diversos fatores positivos para a saúde, de acordo com dados apresentados na literatura, indivíduos que aderem a AF reduzem significativamente a mortalidade quando comparados com aqueles que não aderem (SCHOENBORN; STOMMEL, 2011). Além da redução do risco de mortalidade, a AF contribui para a prevenção do acometimento por doenças crônicas, complicações secundárias (WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006) e apresenta resultados positivos quando integrada com outras estratégias comportamentais, visando a promoção da saúde e a adoção de hábitos de vida saudáveis (CAMPOS; MACIEL; NETO, 2012).

O estudo conduzido por Mielke e colaboradores (2015), descreveu a prática de atividade física em adultos brasileiros no ano de 2013. A pesquisa foi realizada com base nos dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), no qual foram validadas informações de 59.667 adultos residentes em domicílios particulares do Brasil. Do total estudado, 22,5% dos adultos foram considerados ativos no lazer, sendo os homens (27,1%) mais ativos que as mulheres (18,4%). No domínio do deslocamento, 31,9% dos entrevistados foram considerados ativos e 46% da amostra não atingiram a recomendação de pelo menos 150 min/semanais de prática de AF, sendo a prevalência maior de inatividade física entre as mulheres (51,5%).

Hallal et al. (2012) conduziram uma pesquisa realizada em 122 países, no qual avaliaram o nível de AF em todos os domínios, concluindo que 31% dos adultos em todo o mundo são fisicamente inativos. Ainda, o estudo mostrou maior prevalência de inatividade física em mulheres, diminuição da AF conforme o aumento da idade e inatividade mais comum em países de alta renda quando comparados aos de baixa renda.

O nível socioeconômico está diretamente ligado ao nível de AF nos diferentes domínios. Países desenvolvidos tendem a ter maior prevalência de AF em atividades de lazer (MARTINEZ-GONZALEZ *et al.*, 2001) quando comparados a países em desenvolvimento, como o Brasil, onde a prevalência se dá nas AF de deslocamento para o trabalho ou para a escola, no próprio trabalho e nos serviços domésticos (HALLAL *et al.*, 2003).

Em unidades básicas de saúde do Brasil encontram-se prevalências diferentes nos domínios de lazer e deslocamento, tendo em vista que o ambiente, a

renda o acesso a informações influenciam na prática de AF. A pesquisa realizada por Siqueira et al. (2008), em adultos e idosos residentes nas áreas de abrangências de unidades básicas de saúde das regiões sul e nordeste do Brasil, identificaram que a maioria possuía renda *per capita* de até 1 salário mínimo e, em relação aos idosos 58% foram considerados sedentários, sendo mais expressivo o número de inativos na região nordeste.

Conforme alguns estudos têm demonstrado, com avanço da idade o nível de AF tende a diminuir (COSTA e NERI, 2011; FLORINDO *et al.*, 2009; MENDES *et al.*, 2013; PALACIOS-CENA *et al.*, 2011; RAMALHO *et al.*, 2014). Contudo, deve-se destacar que existe uma correlação positiva entre a AF e a saúde do idoso (GALPER *et al.*, 2006; PAFFENBARGER; BLAIR; LEE, 2001), fazendo-se necessário o estudo da mesma nessa população, levando em consideração que a AF é uma alternativa importante para a prevenção e tratamento de diversas doenças crônicas prevalentes nessa parcela da população (SIQUEIRA et al., 2008).

2.6.1 Atividade física e envelhecimento

Tem-se conhecimento que a prática regular de AF no envelhecimento pode ser considerada como um determinante no que se refere à manutenção da saúde e da capacidade funcional, além de proporcionar ao idoso uma melhora da qualidade de vida e do bem-estar geral (MOREIRA et al., 2014).

Nessa linha, diversos estudos comprovam que ser fisicamente ativo pode reduzir os riscos associados à morbimortalidade nessa população e alterar o curso de muitas doenças características da velhice (GREGG *et al.*, 2003; NELSON *et al.*, 2007). Costa e Neri (2011) corroboram com os dados acima, tendo em vista que em seu estudo a prevalência de idosos ativos foi de 45,3%, havendo associação direta entre o aumento do risco para comorbidades e o fato de ser sedentário. Uma associação direta entre doença cardíaca e baixo nível de AF foi constatada na pesquisa conduzida por Streit et al. (2015) onde foram estudados apenas idosos longevos (80 anos ou mais).

Além disso, idosos com doenças associadas são mais propensos a sofrerem quedas, principalmente àquelas que levam ao déficit de equilíbrio e comprometimento da mobilidade (BARBOSA, 2001). Diversos estudos tratam a AF como uma medida preventiva para evitar as quedas nessa faixa etária Mazo et al.

(2007), realizaram um estudo com 256 idosos, do qual destes, 201 (79,1%) foram considerados muito ativos. Concluíram também que dos 201 idosos muito ativos, 38 sofreram quedas no último ano. A pesquisa encontrou associação direta entre nível de AF pouco ativo, quedas e estado de saúde ruim, metade dos idosos pouco ativos que sofreram quedas relataram como sendo ruim sua saúde atual.

O acometimento por DCNT e a maior suscetibilidade a quedas levam ao comprometimento da mobilidade e, conseqüentemente, limitam a adoção de estilos de vida mais ativos. Nesse sentido faz-se necessário avaliar o nível de AF nos domínios de lazer e como meio de deslocamento ou transporte, sendo que ambos os domínios são passíveis de intervenções, a fim de minimizar e controlar os problemas relacionados a inatividade física e ao declínio da capacidade funcional (RABACOW *et al.*, 2006).

2.6.2 Atividade física de Lazer

A AFL pode ser definida como sendo qualquer prática de atividade realizada no tempo livre, sendo considerado ativo o indivíduo que realize pelo menos 30 minutos diários em cinco dias da semana com intensidade moderada ou, pelo menos 20 minutos diários em três dias da semana com uma intensidade vigorosa (DE SOUSA *et al.*, 2015).

A importância de medir a AF nessa faixa etária se dá pelo fato de que idosos possuem maior tempo de lazer do que outras parcelas da população, tendo em vista que a maioria usufrui da aposentadoria, tornando-se assim, esse domínio, forte indicador do nível de AF nessa faixa etária (ZAITUNE *et al.*, 2007).

Pigler (2006) constatou que 49,6% dos idosos cadastrados em uma UBS realizavam AFL; dos que afirmaram praticar AFL, 57,4% realizavam pelo menos uma vez por semana e, 21,6% praticam mais de três vezes por semana.

Um estudo baseado nos dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde Espanhola (SNHS) conduzido por Palacios-Ceña *et al.* (2011) demonstrou que mulheres apresentaram menor prevalência de AFL em relação aos homens em todos os inquéritos, porém, houve um aumento da AFL com o decorrer do tempo.

Giehl *et al* (2012) acharam resultados semelhantes ao estudar o nível de AFL em idosos residentes na zona urbana de Florianópolis. Ao total foram 1.705 indivíduos na amostra e a prevalência de AFL foi de 29,7%, sendo maior em homens

que em mulheres. Nessa linha, o estudo realizado por Mourão et al. (2013) observou que a prevalência de idosos insuficientemente ativos foi de 76,2%, tendo maior proporção em mulheres (80,6%) comparadas aos homens (66,0%), em idosos com 80 anos ou mais (92,1%), que recebiam menos de um SM (87,6%) e que possuíam de quatro a sete anos de estudos (82,1%).

No cenário mundial o avanço da tecnologia e a rápida modernização e urbanização dos países desenvolvidos também contribuem para a diminuição da AFL. Nesse sentido, Feng et al. (2011) realizaram um estudo longitudinal com quatro cortes transversais, a fim de analisar a tendência da AFL em idosos de Xangai, a cidade mais populosa da China e que possui a maior proporção de idosos do país. Cada vez menos idosos relataram realizar algum tipo de AFL durante o acompanhamento, sendo realizado por apenas 25% dos idosos da amostra.

Rocha et al (2013), conduziram uma pesquisa, de base populacional, com o objetivo de analisar a frequência e os fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos residente em áreas urbanas de um município do Nordeste do Brasil. A frequência da prática de AFL foi maior em homens (22,8%), de faixas etárias mais jovens (19,7%), com renda maior que um salário mínimo (31,1%), que viviam sem companheiros (16,0%) e que referiram ser portador de doença crônica (17,3%). Ainda, os autores encontram associação estatisticamente significativa entre faixa etária e renda com atividade física insuficiente no lazer. Idosos com idade mais avançada (80 anos ou mais) apresentavam maior risco para atividade física insuficiente no lazer e idosos com maior renda apresentam proteção para ser inativos no lazer.

2.6.3 Atividade física de deslocamento

O domínio da AF de deslocamento ou transporte diz respeito à maneira de como o indivíduo se desloca de um lugar para o outro (MAZO *et al.*, 2005), sendo considerado os deslocamentos caminhando ou utilizando como transporte a bicicleta (MADEIRA *et al.*, 2013).

Mourão et al. (2013) mediram o nível de AF no transporte de idosos residentes na zona urbana de Maceió/AL. Dos 320 idosos incluídos na amostra 87,5% foram considerados insuficientemente ativos nesse domínio, sendo maior a prevalência entre aqueles que possuíam 70 anos ou mais (97,9%). Um inquérito

internacional encontrou resultados semelhantes quanto a prevalência de inatividade física no deslocamento, sendo que um pouco mais de 70% dos idosos dos EUA foram considerados inativos nesse domínio (KRUGER et al., 2008).

Em tempo, Mourão et al. (2013) concluíram que idosos com menor renda per capita possuíam maior nível de atividade física no deslocamento, em contrapartida, conforme o avanço da idade menores foram os níveis de AF como transporte.

A pesquisa conduzida por Madeira et al. (2013) descreve a prevalência de AF insuficiente nesse contexto. O estudo foi realizado em adultos e idosos moradores da zona urbana de 100 municípios, abrangendo os seguintes estados: Acre, Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins. Ao total foram entrevistados 6.506 idosos, desses, a prevalência de AF insuficiente foi de 73,9% e levando em consideração o porte de cada município a prevalência de AF insuficiente variou de 73% a 82,1% nessa população, e estava associada a ser do sexo feminino e ter idade mais elevada (MADEIRA et al., 2013).

Pesquisa realizada por Benedetti et al. (2008) em idosos de Santa Catarina, evidenciou que a prevalência de inatividade físico no deslocamento era alta (80,5%), sendo maior no sexo feminino (85,5%).

No Quadro III, apresentado no Anexo C, consta o resumo dos principais estudos relacionados ao nível de atividade física global e nos domínios de lazer e deslocamento em idosos.

Quadro III. Resumo dos estudos da revisão sobre prevalência de atividade física em adultos e idosos.

Autores, local e ano	Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados
Mielke, GI. et al. Capitais brasileiras e Distrito Federal. 2015.	Estudo transversal de base domiciliar.	59.667 adultos brasileiros.	Modelo de questionário aplicado pelo VIGITEL.	Foram considerados ativos no lazer 22,5% da amostra, sendo 27,1% homens e 18,4% mulheres. Em relação ao deslocamento 31,9% foram considerados ativos (31% homens e 32,6% mulheres), 46% foram considerados insuficientemente ativos, prevalência de mulheres (51,5%) quando comparadas aos homens (39,8%).
Palacios-Ceña, et al. Espanha. 2011.	Estudo transversal com dados obtidos dos Inquéritos Nacionais de Saúde Espanhola (SNHS) em um período de 20 anos.	29,263 indivíduos com 60 anos ou mais.	Questionário através do SNHS.	Atividade física de lazer aumentou com o tempo, as mulheres apresentaram menor prevalência de AFL em todos os inquéritos quando comparadas com os homens. Variáveis associadas para diminuição da AFL em mulheres foram: idade maior ou igual a 80 anos, apresentar duas ou mais comorbidades e obesidade. Para os homens os fatores associados foram: idade maior ou igual a 80 anos, serem casados e obesos.
Costa, TB.; Neri, AL. Campinas – SP. 2011.	Estudo baseado nos dados do banco eletrônico REDE FIBRA, de um estudo	689 idosos residentes na zona urbana de Campinas/SP.	MLTPAQ	Segundo os critérios da ACSM 83,55% dos idosos foram considerados ativos. Considerando o tempo semanal acumulado em exercícios físicos, 45,27% foram considerados ativos. O aumento do risco para comorbidade

	populacional, descritivo e de corte transversal.			associou-se a ser sedentário.
Madeira, M. et al. Brasil. 2013.	Estudo transversal de base populacional.	6.506 idosos residentes da zona urbana de 100 municípios das cinco regiões geográficas e de 23 estados brasileiros.	IPAQ domínio deslocamento	A prevalência de AF insuficiente foi de 73,9% entre os idosos, considerando o porte dos municípios, variando de 73% a 82,1% nos idosos.
Mendes, M. et al. Belo Horizonte. 2013.	Estudo transversal	Usuários de Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte-BH.	IPAQ versão curta.	As mulheres apresentaram menores níveis de atividade física quando comparadas aos homens.
Streit, IA. et al, Florianópolis – SC. 2015.	Estudo transversal do tipo descritivo e comparativo.	23 idosos longevos	Pedômetro	Fizeram parte da amostra 19 mulheres e 4 homens. Oito idosos não apresentaram nenhuma DCN, a mediana de doença foi 1 e a mediana de medicamentos foi 2 medicamentos ao dia. Oito idosos foram considerados pouco ativos, sete mais ou menos ativos e oito muito ativos. Idosos com doença cardíaca tem tendência a apresentar baixo nível de AF.
Mazo, GZ. et al,	Estudo transversal	256 idosos	IPAQ versão longa	Prevalência do sexo feminino (85,5%), média de

São José – SC. 2007.		atendidos em 37 Grupos de Convivência de Idosos na cidade de São José.		idade de 70,8 anos. Foram considerados ativos 201 (79,13%) dos idosos, destes, 38 sofreram quedas nos últimos 3 meses. Houve associação entre nível de AF pouco ativo, quedas e estado de saúde ruim. Metade dos idosos pouco ativos que sofreram quedas relataram ter saúde atual ruim. Somente 20% dos idosos pouco ativos que sofreram quedas estavam satisfeitos com a saúde.
Giehl, MWC. et al. Florianópolis –SC. 2012.	Estudo transversal de base populacional	1.656 indivíduos com 60 anos ou mais residentes na zona urbana de Florianópolis, SC, de setembro de 2009 a junho de 2010.	IPAQ versão longa	A prevalência de atividade física no lazer foi de 29,7%, 35,6% entre os homens e 26,3% entre as mulheres. A média de min/sem de AFL de idosos foi de 131,8 (dp=216) sendo maior para homens (161,5) do que para as mulheres (115min).
Mourão, ARC. et al. Maceió – AL. 2013.	Estudo transversal por inquérito populacional.	319 idosos residentes na zona urbana de Maceió/AL.	IPAQ versão longa adaptado e validado para idosos.	A prevalência de idosos insuficientemente ativos no transporte foi de 87,5%, maior entre os idosos com 70 anos ou mais (97,8%), em idosos com 4 anos ou mais de estudos (97,2%), com maior renda per capita (5 ou mais salários mínimos) (96,9%). No lazer a prevalência de idosos insuficientemente ativos foi de 76,2%, com maior proporção entre as mulheres (80,6%) comparadas aos homens (66%), com 80 anos ou mais (92,1%) e naqueles que recebiam

				menos de um salário mínimo (87,6%) e que possuíam de 4 a 7 anos de estudos (82,1%).
Ramalho, JRO. et al. Belo Horizonte – MG. 2013.	Estudo transversal	Usuários adultos e idosos atendidos na UBS na região leste do município de Belo Horizonte/MG.	IPAQ versão curta	Houve associação significativa entre indivíduos sedentários e a idade (mais velhos maior chance de ser sedentário) ($p=0,011$) e no sexo masculino ($p=0,027$).

3. Metodologia

3.1 Delineamento

O presente estudo caracteriza-se como sendo transversal e foi delineado para verificar a prevalência da independência funcional em relação ao nível de atividade física em idosos usuários das UBS da zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

3.2 População alvo

A população alvo do estudo será composta por indivíduos idosos, com 60 anos ou mais, usuários de UBS da zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

De acordo com o Censo Demográfico de 2010 a população do município era igual a 328.275 habitantes, sendo 93,27% residentes na zona urbana. A população idosa representava 15,2% do total da população municipal, com predominância da faixa etária de 60 a 64 anos (2,1%), seguindo a tendência de que conforme aumentava a idade, diminuía a população (PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS, 2013).

Pelotas conta atualmente com 51 UBS, sendo que 38 delas estão localizadas na zona urbana. Em 2013 foi aprovado o projeto de Distritos Sanitários, no qual as Unidades foram divididas em 6 distritos, sendo que o último abrange a zona rural e não será abordado nesse estudo (Quadro IV). Através dessa divisão almeja-se ter um ganho na possibilidade de uma gestão mais próxima da unidade gerada de demandas em saúde, do cidadão e do controle social (PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS, 2013). Serão excluídas do estudo duas UBS da zona urbana, Puericultura e Presídio, por atenderem uma demanda específica.

Quadro IV: Distritos Sanitários da zona urbana da cidade de Pelotas/RS e suas respectivas Unidades Básicas de Saúde de abrangência.

DISTRITOS SANITÁRIOS	ÁREA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
DS I – Três Vendas	Início pela Rua Zeferino Costa passando pela Estrada dos Maricas Br 116 (barragem), Rua Hipólito Ribeiro - rua 4	UBS Cohab Lindóia UBS Jardim de Allah UBS Py Crespo

	(Armindo da Silva), Rua Ataliba de Figueiredo Paz, Rua Egídio Zanatto, Avenida 25 de Julho, Rua Joana Neutzling, João Goulart, Carúccio até Fernando Osório.	UBS Santa Terezinha UBS Sítio Floresta UBS União de Bairros UBS Vila Princesa UBS Pestano Caic
DS II – Três Vendas	Início pelo Engenho Ildefonso Simões Lopes passando pela Estrada dos Maricas, Zeferino Costa, Avenida Salgado Filho, Fernando Osório, Avenida Dom Joaquim até Juscelino Kubitschek.	UBS Cohab Pestano UBS Getúlio Vargas UBS Sanga Funda UBS Salgado Filho UBS Vila Municipal
DS III – Centro/Porto	Início pela Avenida João Goularte passando pela Praça Vinte de Setembro, Rua Marcílio Dias, Rua Manduca Rodrigues, Rua Santos Dumont, Ceval, Doquinhas, Ocupação Paulo Guilayn, Estrada do Engenho, Avenida Ferreira Viana, Juscelino Kubitschek, Dom Joaquim, Fernando Osório até Francisco Carúccio.	UBS Balsa UBS CSU Cruzeiro UBS Fátima UBS Navegantes UBS SANSCA
DS IV – Fragata	Início pela Avenida Presidente João Goulart passando pela Praça Vinte de Setembro, Rua	UBS Cohab Fragata UBS Cohab Guabiroba

	Marcílio Dias, Br 392, Br 116, Avenida Cidade de Lisboa (abrangendo barragem), Avenida 25 de Julho, Br 116 e Avenida João Goulart.	UBS Dom Pedro I UBS FRAGET UBS PAM Fragata UBS Simões Lopes UBS Virgilio Costa
DS V – Areal/Laranjal	Estrada dos Maricas até Avenida Engenho Ildelfonso Simões Lopes até Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira. Avenida Ferreira Viana, Avenida São Francisco de Paula, Estrada do Engenho Canal São Gonçalo até Pontal da Barra (beirando lagoa dos Patos até Colônia Z3, Avenida Adolfo Fetter abrangendo Vila da Palha, Estrada da granja e Estrada do cotovelo.	UBS Arco Íris UBS Areal Fundos UBS Areal I UBS Leocádia UBS Bom Jesus UBS Obelisco UBS CSU Areal UBS Dunas UBS Laranjal UBS Barro Duro UBS Colônia Z3
DS VI – Colônia	Colônia Cascata, Colônia Cerrito Alegre, Colônia Cordeiro de Farias, Colônia Corrientes (inclui Posto Branco), Colônia Grupelli, Colônia Maciel, Colônia Monte Bonito, Colônia Osório, Colônia Pedreiras, Colônia Santa	UBS Colônia Grupelli UBS Colônia Osório UBS Colônia Santa Silvana UBS Colônia Vila Nova UBS Colônia Maciel

	Silvana, Colônia Triunfo e Colônia Vila Nova.	UBS Colônia Corrientes UBS Colônia Cordeiro de Farias UBS Colônia Cerrito Alegre UBS Colônia Pedreiras UBS Colônia Monte Bonito UBS Colônia Cascata UBS Colônia Posto Branco UBS Colônia Triunfo
--	---	---

3.3 Amostra

A amostra do estudo será formada por indivíduos idosos, com 60 anos ou mais, usuários de UBS da zona urbana da cidade de Pelotas/RS, que estarão aguardando atendimento na sala de espera e que tenham utilizado a UBS nos últimos 12 meses anteriores ao dia da entrevista.

3.4 Critérios de inclusão

Serão incluídos na amostra os sujeitos com 60 anos ou mais, que utilizaram a UBS nos últimos 12 meses, com condições de se manifestarem livremente e, que concordarem em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A).

3.5 Critérios de exclusão

Serão excluídas do estudo as UBS das zonas urbanas especiais (UBS presídio e UBS puericultura).

3.6 Definição operacional das variáveis dependentes

Capacidade funcional será definida como a habilidade física e mental para manter uma vida de maneira independente e autônoma (Alves et al., 2008), e mensurada a partir da escala de avaliação da Medida de Independência Funcional (RIBERTO *et al.*, 2004), sendo considerado independentes àqueles que obtiverem escore 6 ou 7 e dependente àqueles que obtiverem escores menores que 6 .

Atividade física será definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resultam em gasto de energia acima dos níveis de repouso (CASPERSEN et al., 1985), podendo ser exemplificada por atividades de lazer e de deslocamento (PITANGA, 2002). Para avaliar o nível de AF será utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (CRAIG *et al.*, 2003), versão longa, referente a uma semana habitual. Será considerada AF nos domínios de lazer e deslocamento, onde os idosos serão classificados em inativos (<10 minutos/semana), insuficientemente ativos (10 a 149 minutos/semana) e ativos (≥ 150 minutos/semana). O escore de AF de lazer será realizado através do somatório da AF de caminhada, AF de intensidade média e AF vigorosa, sendo a AF vigorosa multiplicada por 2 ($AFL_{total} = afcam + afmed + (afvig*2)$). O escore de AF de deslocamento será obtido através do somatório do tempo de deslocamento de bicicleta e do tempo de deslocamento caminhando ($AFD_{total} = afbici + afcam$).

3.7 Definição operacional das variáveis independentes

Quadro V – Variáveis independentes utilizadas para o presente estudo.

Variável	Tipo de variável	Operacionalização
Sexo	Categórica dicotômica	Masculino Feminino
Idade	Numérica discreta	Anos completos
Cor da pele	Categórica dicotômica	Branca Não branca
Situação conjugal	Categórica dicotômica	Com companheiro(a) Sem companheiro(a)
Escolaridade	Numérica discreta	Anos completos de estudo

Renda	Categórica ordinal	Em salários mínimos Até 1 Entre 1 e 2 De 2 a 3 Entre 3 e 4 De 4 a 5 5 ou mais
Religião	Categórica dicotômica	Sim Não
Tipo de religião	Categórica politômica	Católica Espírita Adventista Umbanda Protestante Luterana Outra
Número de pessoas que vivem na residência	Númerica discreta	1 2 3 4 5 ou mais
Estatura	Numérica discreta	Altura em centímetros
Peso	Numérica discreta	Peso em Kg
Índice de Massa Corporal (IMC)	Categórica ordinal	Normal: 18,5-24,9 kg/m ² Sobrepeso: 25-29,9 kg/m ² Obesidade: ≥30 kg/m ²
Autopercepção de saúde	Categórica ordinal	Excelente Muito Boa Boa Regular Ruim
Hipertensão (autorreferida)	Categórica dicotômica	Não Sim
Diabetes (autorreferida)	Categórica dicotômica	Não Sim
Doença osteomuscular	Categórica dicotômica	Não Sim
DPOC	Categórica dicotômica	Não Sim

Depressão	Categórica dicotômica	Não Sim
Outra doença	Categórica dicotômica	Não Sim
Hospitalização no último ano	Categórica dicotômica	Não Sim
Episódios de quedas no último ano	Categórica dicotômica	Não Sim
Número de quedas no último ano	Numérica discreta	1 2 3 4 5 ou mais
Número de medicamentos utilizados de maneira regular	Numérica discreta	1 2 3 4 5 ou mais
Tabagismo	Categórica nominal	Fumante Ex-fumante Nunca fumou
Atividade Física (IPAQ)	Numérica discreta	≥ 150 min/semana – ativo 10 a 149 min/semana- insuficientemente ativo < 10 min/semana - inativo
Medida de Independência Funcional	Categórica dicotômica	≥ 6 – independente ≤ 5 – dependente

3.8 Instrumentos para coleta de dados

Para traçar o perfil epidemiológico da população estudada será utilizado um questionário estruturado composto por questões relativas a variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde.

Para medir a atividade física dos usuários das UBS será utilizado o “*International Physical Activity Questionnaire*” – Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ” nos domínios de lazer e deslocamento.

O desfecho capacidade funcional será operacionalizado através do instrumento de avaliação da escala de Medida de Independência Funcional – MIF, a

qual verifica o desempenho do indivíduo em 18 tarefas referentes à subescalas de autocuidado, controle esfincteriano, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item pode ser classificado em uma escala de graus de dependência de sete níveis, sendo o valor um (1) correspondente a dependência total e o valor sete (7) a normalidade da realização de tarefas de forma independente, após a soma dos resultados parciais a mesma será dividida por 18, obtendo assim um resultado final permitindo classificar o nível de independência nas AVDs de cada indivíduo.

Os instrumentos serão impressos em um único questionário (ANEXO B) e será aplicado individualmente através de entrevistas face a face na sala de espera da UBS.

3.9 Seleção e capacitação para o trabalho de campo

Serão selecionados estudantes do curso de Educação Física que participam do Projeto UBS+Ativa para a realização da coleta de dados. Todos passarão por capacitação relacionada às técnicas de pesquisa, aos instrumentos que serão utilizados e a logística do trabalho. A capacitação terá uma duração de 20 horas.

3.10 Logística do trabalho de campo

Primeiramente, foi realizado um levantamento sobre a localização e o número de UBS existentes na zona urbana da cidade de Pelotas/RS, sendo esses dados coletados na Secretaria Municipal de Saúde.

Após, o presente projeto será encaminhado ao Comitê de Ética da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas. Dada à aprovação, será realizado contato com a secretaria de saúde do município para a entrega de uma carta de apresentação e autorização (ANEXO C), a fim de obter o seu consentimento para a realização da pesquisa. Após a autorização, será efetuado o mesmo procedimento com os coordenadores de cada UBS.

Concluída essa etapa, será iniciada a coleta de dados. As entrevistas serão realizadas individualmente na sala de espera.

O sujeito estará apto a participar da pesquisa após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Inicialmente será aplicado o Questionário de caracterização da amostra, seguido do IPAQ e da MIF.

3.11 Cálculo do tamanho amostral

Considerando a capacidade funcional de idosos variando entre 65% e 75% (valores entre as categorias de capacidade funcional independente em idosos), com um poder de 80% com nível de confiança de 95%, estima-se a maior necessidade de n para este estudo de prevalência e associação, $n=636$ indivíduos. Com um acréscimo de 15% para perdas e recusas serão necessários 689 idosos.

Considerando um n de 36 UBS na zona urbana de Pelotas, será considerada uma cota de 20 indivíduos em cada unidade. A coleta de dados será feita em um dia previamente pactuado em cada UBS e terminará ao ser atingida a cota de 20 idosos. Considerando o $n=2$ entrevistadores, em cada semana serão coletados dados em 4 UBS. Neste caso, estima-se que o trabalho de campo será realizado em no máximo 9 semanas. Cada entrevistador sempre deverá se apresentar na recepção da UBS antes do início da coleta de dados. A coleta de dados terá início em 19 de setembro de 2016 e seu término está previsto para de 18 de dezembro de 2016.

3.12 Estudo piloto

O estudo piloto será desenvolvido em uma UBS, localizada na cidade de Pelotas e que não fará parte da amostra (UBS da zona rural). Terá por finalidade o teste final dos questionários, a organização do trabalho de campo e a avaliação do desempenho dos entrevistadores diante de situações reais de entrevista. Caso ocorram possíveis problemas na logística e nos instrumentos de coleta de dados, será realizada as alterações e adequações necessárias.

3.13 Controle de qualidade

Durante a coleta de dados, ao final de cada semana, 10% do total de entrevistas realizadas serão sorteadas e o Controle de Qualidade será realizado por telefone. O objetivo do Controle de Qualidade será de verificar a realização da entrevista e a concordância das respostas. Para isso, perguntas do início, meio e fim do instrumento serão novamente realizadas. Os entrevistadores serão mantidos cegos em relação à estratégia do Controle de Qualidade.

4. Processamento e análise de dados

Após a aplicação dos questionários face a face, todas as informações serão digitadas para a confecção do banco de dados do estudo. Todos os dados passarão

por uma avaliação de consistência e integrará um banco de dados prévio, que ao final do estudo se transformará no Banco Final. Os dados serão digitados no programa Epidata e, sendo a análise dos dados realizada com o programa STATA 14.0.

Será realizada uma análise descritiva para caracterizar a amostra, e posteriormente, análise bivariada para o teste das hipóteses iniciais do estudo. Para todos os testes de hipóteses será adotado um nível de significância de 5%.

A análise descritiva calculará as prevalências de todas as variáveis incluídas no estudo com respectivos intervalos de confiança. A análise bruta calculará as prevalências relacionadas aos estágios de capacidade funcional e os grupos das variáveis independentes, com respectivos riscos relativos, intervalos de confiança e valores p. No caso da comparação de variáveis categóricas dicotômicas, será realizado o teste do qui-quadrado. No caso de comparação de uma variável categórica dicotômica com outra ordinal, será realizado o teste para tendência linear, além do qui-quadrado. Para a análise multivariável será utilizada a Regressão de Poisson com verificação das diferenças pelos testes de Wald para heterogeneidade e Tendência Linear.

5. Aspectos éticos

O presente projeto envolve exclusivamente realização de entrevistas, não incluindo coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. O estudo pode ser considerado de risco ético mínimo, segundo parâmetros definidos pela Organização Mundial da Saúde na publicação “International ethical guidelines for medical research involving humans subjects” (CIOMS/WHO, 1993). A participação dos indivíduos no estudo ocorrerá através de consentimento informado. A confidencialidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar serão plenamente garantidos. A proposta desta pesquisa será submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas.

6. Cronograma

2015				2016												2017						
ATIVIDADES	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Elaboração do projeto			X	X	X	X	X	X	X	X												
Qualificação do projeto											X											
Seleção dos entrevistadores											X	X										
Treinamento dos entrevistadores												X										
Estudo Piloto												X										
Coleta de dados												X	X	X	X							
Digitização dos dados												X	X	X	X							
Análise dos dados																X	X					
Elaboração do artigo																	X	X	X	X	X	
Defesa da dissertação																						X

7. Divulgação dos resultados

As principais formas de divulgação dos resultados serão realizadas através da Dissertação de Mestrado em Educação Física, quesito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física pelo Programa de Pós Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas e, posteriormente, pela publicação do artigo em um periódico científico. Também será publicado um press-

release para comunidade com os principais resultados, bem como a participação em eventos de meio acadêmico.

Referências

- AFFIUNE, A. Envelhecimento cardiovascular. In: FREITAS, E.V; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S. . (Org.). . **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Koogan, Guanabara, 2002. p. 2002.
- ALVES, L. C. *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924–1930, 2007.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. D. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1199–1207, 2008.
- ASSIS, V. G. *et al.* Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 153–163, 2014.
- BARBOSA, B. R. *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317–3325, 2014.
- BARBOSA, M. T. Como avaliar quedas em idosos? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 2, p. 93–94, 2001.
- BENEDETTI, T. R. B. *et al.* Atividade física e estado de saúde mental de idosos Physical activity and mental health. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 302–307, 2008.
- BOSSERT, T.; LARRANAGA, O.; MEIR, F. R. Decentralisation of health systems in Latin America. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, n. 1–2, p. 84–91, 2000.
- BRASIL. *A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. **Ministério da Saúde**. [S.l: s.n.], 2006a.
- BRASIL. Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Caderno de atenção básica**, n. 27, p. 1–160, 2009.
- BRASIL. *Diretrizes operacionais: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Pactos pela Saúde*. [S.l: s.n.], 2006b.
- BRASIL. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica*. [S.l: s.n.], 2007.
- BRASIL. *Estatuto do Idoso*. **Ministério da Saúde**. [S.l: s.n.], 2013.
- BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde*. [S.l: s.n.], 2012.
- BRASIL, M. DA S. *Política Nacional de Promoção da Saúde. Pactos pela Saúde*. [S.l: s.n.], 2010.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A construção política do Estado. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, n. 81, p. 117–146, 2010.

BRITO, K. Q. D.; MENEZES, T. N. DE; OLINDA, R. A. DE. Functional disability and socioeconomic and demographic factors in elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 4, p. 548–556, 2015.

BULCÃO, C. B. *et al.* Aspectos fisiológicos , cognitivos e psicossociais da senescência sexual Physiological , cognitive , and psychosocial aspects of sexual senescence. *Ciências & Cognição*, v. 1, p. 54–75, 2004.

CAMPOS, M. O.; MACIEL, M. G.; NETO, J. F. R. Atividade física insuficiente : fatores associados e qualidade de vida Insufficient physical activity : factors. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v. 17, n. 6, p. 562–572, 2012.

CANÇADO, F.A.X.; HORTA, M. . Envelhecimento cerebral. In: FREITAS, E.V.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (Org.). . *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. .

CARVALHO, A. I. DE. Os Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado. *Ciência e Saude Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 23–25, 1998.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, v. 100, n. 2, p. 126–31, 1985.

CASTRO, J. D. DE; CORTES, S. V. O financiamento dos Sistemas de Saúde do Brasil e Portugal: Qual o Futuro? *Saúde em Redes*, v. 1, n. 2, p. 31–42, 2015.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 33, n. 5, p. 454–460, 1999.

CLARES, J. W. B. *et al.* De Fortaleza-Ce * Profile of Elderly Registered At a Family Health Unit of Fortaleza-Ce. *Rev Rene, Fortaleza*, v. 12, n. n.esp., p. 988–994, 2011.

COSTA, N. R. C. D. *et al.* Política de Saúde do Idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica. *Revista de Pesquisa em Saúde*, v. 16, n. 2, p. 95–101, 2015.

COSTA, T. B.; NERI, A. L. Medidas de atividade física e fragilidade em idosos: dados do FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 8, p. 1537–1550, 2011.

CRAIG, C. L. *et al.* International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, v. 35, n. 8, p. 1381–1395, 2003.

D'ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Work, social support and leisure protect the elderly from functional loss: EPIDOSO study. *Revista de Saude Pública*, v. 45, n. 4, p. 685–692, 2011.

DE SOUSA, F. DE J. *et al.* Condições de vida e saúde de usuários idosos do

programa de saúde da família. **Estud. Interdiscipl. envelhec.**, v. 20, p. 219–234, 2015.

DE VITTA, A. Atividade física e bem estar na velhice. In: NERI, A.; FREIRE, S. (Org.). **E por falar em boa velhice**. Campinas, São Paulo: Papirus, 2000. .

DORETY, T. *et al.* Effects of motor unit loser on strength in older men and women. **Journal of Applied Physiology**, p. 868–877, 1993.

FENG, Q. *et al.* Less exercise and more TV: Leisure-time physical activity trends of Shanghai elders, 1998–2008. **Journal of Public Health**, v. 33, n. 4, p. 543–550, 2011.

FERREIRA, O. L. *et al.* Active Aging and Its Relationship To Functional. **Text Context Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 513–518, 2012.

FIALHO, C. B. *et al.* Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 599–610, 2014.

FIEDLER, M. M. M.; PERES, K. K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 409–415, 2008.

FIGUEIREDO, E. N. DE. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. **Módulo Político Gestor**, p. 1–69, 2010.

FIRMINO, H. Psicogeriatria. **Psiquiatria Clínica**. [S.l.: s.n.], 2006. .

FLECK, M. P. D. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33–38, 2000.

FLORINDO, A. A. *et al.* Practice of physical activities and associated factors in adults, Brazil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. SUPPL. 2, p. 65–73, 2009.

GALLAHUE, D. .; OZMUN, J. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 3ed. ed. São Paulo: Phorte, 2005.

GALPER, D. I. *et al.* Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 38, n. 1, p. 173–178, 2006.

GAZZOLA, J. M. *et al.* Functional balance associated factors in the elderly with chronic vestibular disorder. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 72, n. 5, p. 683–690, 2006.

GIEHL, M. W. C. *et al.* Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis Physical activity and environment perception among older adults: a population study in Florianópolis, Brazil RESUMO. **Revista Saúde**

Pública, v. 46, n. 3, p. 516–25, 2012.

GOMES, A. P. *et al.* Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 4, p. 541–549, 2012.

GONÇALVES, S. X. *et al.* Capacidade Funcional de Idosos Adscritos à Estratégia Saúde da Família no Município de João Pessoa – PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 287–94, 2011..

GORDILHO, A. *et al.* Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. **UnATI**, p. 92p, 2000.

GORZONI, M. .; RUSSO, M. . Envelhecimento respiratório. In: FREITAS, E. V. *et al.* (Org.). . **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. .

GREGG, E. W. *et al.* Relationship of Changes in Physical Activity and Mortality Among Older Women. **Jama**, v. 289, n. 18, p. 2379–2386, 2003.

HALLAL, P. C. *et al.* Global physical activity levels: Surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, v. 380, p. 247–257, 2012.

HALLAL, P. C. *et al.* Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 35, n. 11, p. 1894–1900, 2003.

KAGAWA, C. A.; CORRENTE, J. E. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados Analysis of elderly functional capacity in the municipality of Avaré, São Paulo: associated factors. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 577–586, 2015..

KATZ, S. *et al.* The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. **Jama**, v. 185, n. 12, p. 914–919, 2011.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165–180, 2012.

LEANDRO, L. A. **Fatores associados ao desempenho funcional de idosos portadores da doença de parkinson**. 2011. 91f f. Universidade Federal do Paraná, 2011.

LEITE, M. T. *et al.* Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil Functional capacity and cognitive level of elderly resi. **Revista Enfermería Global**, n. 37, p. 12–22, 2015.

LOPES, G. L.; SANTOS, M. I. P. DE O. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 71–83, 2015.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, v. 16, n. 4, p.

1024–1032, 2010.

MADEIRA, M. C. *et al.* Atividade física no deslocamento em adultos e idosos do Brasil: prevalências e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 165–174, 2013.

MARTINEZ-GONZALEZ, M. A. *et al.* Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 33, n. 7, p. 1142–1146, 2001.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, T. L. D. B. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 8, n. 4, p. 21–32, 2000.

MAZO, G. Z. *et al.* Condições de saúde incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 6, p. 437–442, 2007.

MAZO, G. Z. *et al.* Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. **Revista Portuguesa de Ciência do Desporto**, v. 2, n. V, p. 202–212, 2005.

MENDES, M. *et al.* Percepção E Prática De Atividade Física Regular Entre Usuários De Serviço De Atenção Primária À Saúde. **Revista APS**, v. 16, n. 2, p. 151–157, 2013.

MIELKE, G. I. *et al.* Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 277–286, 2015.

MILLER, K. E. *et al.* O paciente geriátrico: uma abordagem sistemática para a manutenção da saúde. **Am Fam Médico**, v. 61, n. 4, p. 1089–1104, 2017.

MORAES, E. N. DE; MORAES, F. L. DE; LIMA, S. D. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67–73, 2010.

MOREIRA, R. M.; TEIXEIRA, R. M.; NOVAES, K. O. Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 201–217, 2014.

MOURÃO, A. R. DE C. *et al.* Physical activity in the older adults related to commuting and leisure, Macei??, Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 47, n. 6, p. 1112–1122, 2013.

NARANJO, J. . *et al.* Autonomia e validismo em la tercera idad. **Rev. Cubana Med Gen Integr**, 2001.

NARASIMHAN, V. *et al.* Responding to the global human resource crisis. **The Lancet**, v. 363, p. 1469–1472, 2004.

NELSON, M. E. *et al.* Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American

Heart Association. **Circulation**, v. 116, n. 1, p. 1094–1105, 2007.

NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2002.

NOGUEIRA, S. L. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 4, p. 322–329, 2010.

NUNES, D. P. *et al.* Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2887–2898, 2010.

OLIVEIRA, R., VILLAYERDE, C. Una nueva aproximación conceptual para la Incapacidad. **Rev Multidisciplinar de Gerontología**, v. 11, n. 2, p. 72–77, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *A atenção a saúde oordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*. [S.l: s.n.], 2011.

PAFFENBARGER, R. S.; BLAIR, S. N.; LEE, I. M. A history of physical activity, cardiovascular health and longevity. **International Journal of Epidemiology**, v. 30, p. 1184–1192, 2001.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. DA. Universalidade, Integralidade, Equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 109–114, 2010.

PAIVA, D. C. P. DE; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 377–385, 2006.

PAIXÃO JUNIOR, C. .; HECKMAN, M. . Distúrbios da postura, marchas e quedas. In: FREITAS, E. . *et al.* (Org.). . **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. .

PALACIOS-CENA, D. *et al.* Time trends in leisure time physical activity and physical fitness in elderly people: 20 year follow-up of the Spanish population national health survey (1987-2006). **BMC Public Health**, v. 11, n. 799, p. 1–11, 2011.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTES, J. . Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. 2ed. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. .

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. DA S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 967–974, 2006.

PEDRINELLI, A.; GARCEZ-LEME, L. E.; NOBRE, R. D. S. A. O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 44, n. 2, p. 96–101, 2009.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fall-related factors in a cohort of elderly community residents. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 709–716, 2002.

PICCINI, R. X. *et al.* Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 657–667, 2006.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. DE F. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, p. 907–913, 2013.

PILGER, J. W. **Perfil do Idoso atendido por um Programa de Saúde da Família em Veranópolis - RS**. 2006. 153f f. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul., 2006.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 10, n. 3, p. 49–54, 2002.

PONTES, A. P. M. DE *et al.* O Princípio De Universalidade Do Acesso Aos Serviços De Saúde: O Que Pensam Os Usuários? **Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p. 500–7, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Plano Municipal de Saúde de Pelotas.* . [S.l: s.n.], 2013.

RABACOW, F. M. *et al.* Questionário de Medidas de Atividade Física em Idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 8, n. 4, p. 99–106, 2006.

RAMALHO, J. R. DE O. *et al.* Physical activity levels and factors associated with the sedentary lifestyle of users of a basic health unit in Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 426–432, 2014.

RAMOS, L. . A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: RAMOS, L. .; NETO, J. . (Org.). . **Guia de Geriatria e Gerontologia**. São Paulo: Manole, 2005. .

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793–797, 2003.

REBELATTO, J. R. *et al.* Equilíbrio estático e dinâmico em indivíduos senescentes e o índice de massa corporal. **Fisioterapia e Movimento**, v. 21, n. 3, p. 69–75, 2008.

REIS, L. A. DOS. **Relação entre ambiente e capacidade funcional de idosos residentes no município de Jequié/BA**. 2010. 112f f. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2010.

RIBAS, C.; OLIVEIRA, K. R. DE. Perfil dos medicamentos prescritos para idosos em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ijuí-RS. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 99–114, 2014.

RIBERTO, M. *et al.* Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure. **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 72–76, 2004.

RIVERO, D. A. . Alma-Ata: 25 años después. **Perspectivas de Salud**, v. 8, n. 2, p. 2–7, 2003.

ROCHA, S. V. *et al.* Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 19, n. 3, p. 191–195, 2013.

RODRIGUES, P. H. DE A. Political challenges facing the consolidation of the Sistema Único de Saúde: a historical approach. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 1–22, 2014.

ROSA, T. E. DA C. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saude Publica**, v. 37, n. 1, p. 40–48, 2003.

SAWATZKY, R. *et al.* Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 5, n. 68, p. 1–11, 2007.

SCHALLERT, T.; WOODLEE, M. . Brain-dependent movements and cerebral- spinal connections: key targets of celular and behavioral enrichment in CNS injury models. **Journal of Rehabilitation Research and Development**, p. 9–18, 2003.

SCHOENBORN, C. A.; STOMMEL, M. Adherence to the 2008 adult physical activity guidelines and mortality risk. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 40, n. 5, p. 514–521, 2011.

SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos sobre envelhecimentos**, v. 8, n. 1, 2005.

SIQUEIRA, F. V. *et al.* Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 39–54, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. [S.l: s.n.], 2002.

STREIT, I. A. *et al.* Nível de atividade física e condições de saúde em idosos centenários. **DO CORPO: Ciências e Artes**, v. 5, n. 1, p. 1–10, 2015.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1834–1840, 2012.

WARBURTON, D. E. R.; NICOL, C. W.; BREDIN, S. S. D. Health benefits of physical activity: the evidence. **CMAJ : Canadian Medical Association**, v. 174, n. 6, p. 801–809, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento Ativo: um política de saúde.* . [S.l: s.n.], 2005.

ZAITUNE, M. P. DO A. *et al.* Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1329–1338, 2007.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisadores responsáveis: **Graciele F. de Ferreira Mendes, Fernando Carlos Vinholes Siqueira**

Instituição: **Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas**

Endereço: Rua Luiz de Camões, 625, Pelotas/RS

Telefone: 053-32732752

Concordo em participar do estudo “Avaliação da capacidade funcional e nível de atividade física em idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Pelotas/RS”. Estou ciente de que estou sendo convidado a participar voluntariamente do mesmo.

PROCEDIMENTOS: Fui informado de que o objetivo geral do estudo será avaliar a capacidade funcional e o nível de atividade física em idosos usuários de unidades básicas de saúde da zona urbana do município de Pelotas/RS e estou ciente de que a minha participação envolverá responder a um questionário contendo perguntas sobre dados socioeconômicos, demográficos, de saúde, comportamental, de capacidade funcional e atividade física.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: Fui informado de que não existem riscos no estudo.

BENEFÍCIOS: Os benefícios de participar na pesquisa relacionam-se ao fato que os resultados serão incorporados ao conhecimento científico e posteriormente a situações de ensino-aprendizagem, sendo os dados repassados aos coordenadores de cada UBS. Também servirão como base para a implantação de futuras políticas públicas visando a preservação da capacidade funcional do idoso, bem como o incentivo à prática de atividade física.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Tenho consciência de que minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento.

DESPESAS: Estou ciente de que não terei que pagar por nenhum dos procedimentos, nem receberei compensações financeiras.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente de que minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa

Nome do participante: _____ Identidade: _____

ASSINATURA: _____ DATA: ____ / ____ / ____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ESEF/UFPel – Rua Luís de Camões, 625 – CEP: 96055-630 - Pelotas/RS; Telefone: (53)3273-2752.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO B – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA	
Dados de identificação	
01. Nome da UBS: _____	
02. Número da UBS: ____	NUBS ____
03. N° do questionário: ____	NQUES ____
04. Qual é o seu nome? _____	
05. Qual é o número do telefone para contato? _____ (9) IGN	TEL _____
06. Qual é o seu endereço? _____ _____ (9) IGN	
07. Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	SEXO ____
08. Cor da pele: (0) Branca (1) Não branca (9) IGN	COR ____
09. Qual é a sua idade? ____ anos (999) IGN	IDADE ____
10. Qual é a sua situação conjugal? (0) Sem companheiro(a) (1) Com companheiro(a)	SITCONJ ____
11. Qual é a sua escolaridade? (Anos completos de estudo) ____ (99) IGN	ESCOLA ____
12. Qual é sua renda mensal em salário(s) mínimo(s)? (0) Até 1 (1) Entre 1 e 2 SM (2) De 2 a 3 SM (3) Entre 3 e 4 SM (4) De 4 a 5 SM (5) 5 ou mais SM (9) IGN	RENDA ____
13. O(A) Sr(a) pratica alguma religião? (0) Não (1) Sim Se sim, qual? _____ (88) NSA (99)IGN	RELIG ____
14. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr(a) em sua residência? (exceto o idoso)	

_____	PESVIVE ____
(0) Institucionalizado	
Agora vamos falar sobre sua saúde	
15. Como o(a) Sr(a) considera a sua saúde? (0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (9) IGN	AUTSAU ____
16. Algum médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem hipertensão (pressão alta)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	HIPERT ____
17. Algum médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	DIABET ____
18. Algum médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem alguma doença osteomuscular (nos ossos ou músculos)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	OSTEOM ____
19. Algum médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	DPOC ____
20. Algum médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem depressão? (0) Não (1) Sim (9) IGN	DEPRE ____
21. Algum médico lhe disse que o(a) Sr(a) possui alguma outra doença? (0) Não (1) Sim Se sim, quais? _____ _____ (88) NSA (99) IGN	OUTDOEN ____ OUTQUAL1 ____ OUTQUAL2 ____ OUTQUAL3 ____
22. O (A) Sr(a) foi hospitalizado(a) no último ano? (0) Não (1) Sim Se sim, qual motivo? _____ _____ (88) NSA (99) IGN	HOSP ____ MOTHOSP1 ____ MOTHOSP2 ____ MOTHOSP3 ____
23. O (A) Sr(a) sofreu alguma queda no último ano? (0) Não (1) Sim Se sim, quantas? _____ (88) NSA (99) IGN	QUEDA ____ NQUEDA ____
24. O(a) Sr(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumei (1) Já fumei, mas parei (2) Sim, fumo um ou mais cigarros por dia a pelo menos um mês (9) IGN	FUMO ____
25. O(A) Sr(a) faz uso de medicamentos de maneira regular? (0) Não (1) Sim	MEDIC ____

Se sim, quantos? ____ (88) NSA (99) IGN	NMEDC ____
26. Qual é a sua altura: ____ cm (9) IGN	ALT ____
27. Qual é o seu peso corporal: ____ kg ____ g (9) IGN	PESO ____ , ____
IPAQ	
Esta seção se refere às atividades físicas que você faz em uma semana habitual unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Pense somente nas atividades físicas que faz por pelo menos 10 minutos contínuos.	
28. Em uma semana habitual, quantos dias o(a) Sr(a) faz caminhadas no seu tempo livre? ____ dias por semana (0) Nenhum → PULE PARA 29 (9) IGN	CAMDIA ____
29. Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia? ____ minutos (888) NSA (999) IGN	TEMCAM ____
30. Em uma semana habitual, quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas FORTES no seu tempo livre? Por ex.: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos, etc. ____ dias por semana (0) Nenhum → PULE PARA 31 (9) IGN	AFFOR ____
31. Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades fortes, quanto tempo no total elas duram por dia? ____ minutos (888) NSA (999) IGN	TEMFOR ____
32. Em uma semana habitual, quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas MÉDIAS fora as caminhadas no seu tempo livre? Por ex.: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão, etc. ____ dias por semana (0) Nenhum → PULE PARA QUESTÃO 33 (9) IGN	AFMED ____
33. Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades médias, quanto tempo no total elas duram por dia? ____ minutos (888) NSA (999) IGN	TEMMED ____
Essas questões se referem à forma típica de como o senhor(a) se desloca de um lugar para outro.	
Pense SOMENTE em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar ao outro em uma semana normal.	
34. Em quantos dias de uma semana normal você anda de bicicleta por pelo	

<p>menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (NAO inclua o pedalar por lazer ou exercício)</p> <p>____ dias por SEMANA (0) Nenhum – PULE PARA QUESTÃO 37</p>	<p>DEBIC ____</p>
<p>35. Nos dias em que você pedala, quanto tempo no total você pedala POR DIA para ir de um lugar ao outro?</p> <p>__ __ __ minutos</p>	<p>TDEBIC __ __ __</p>
<p>36. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (NAO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)</p> <p>__ dias por SEMANA (0) Nenhum – PULE PARA QUESTÃO 39</p>	<p>DECAM ____</p>
<p>37. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanta tempo POR DIA voce gasta? (NAO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)</p> <p>__ __ __ minutos</p>	<p>TDECAM __ __ __</p>

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – MIF

Esta seção se refere ao modo de como o Sr(a) realiza suas atividades de vida diária no MOMENTO.

As perguntas abaixo são referentes ao autocuidado do(a) senhor(a).

<p>38. Como o(a) senhor(a) costuma realizar sua alimentação?</p> <p>7 – Come alimentos de qualquer consistência, utiliza colher ou garfo para levar a comida a boca, o alimento é mastigado e engolido.</p> <p>6 – Necessita de dispositivo de adaptação ou apoio (ex: canudo), necessita alterar a consistência da comida ou liquefazê-la.</p> <p>5- Necessita de alguém para abrir embalagens, cortar carne, SEM CONTATO FÍSICO.</p> <p>4- Necessário apenas tocar a pessoa em auxílio para a realização da tarefa.</p> <p>3 – É capaz de executar de 50% a 74% das tarefas de alimentação.</p> <p>2 - É capaz de executar de 25% a 49% das tarefas de alimentação.</p> <p>1 – Executa menos que 25% e/ou alimentação ministrada por via oral ou por outras vias (parenteral ou gastrostomia) e ela não consegue administra-las pelos seus próprios meios.</p>	
<p>39. Como o(a) senhor(a) realiza sua higiene pessoal e cuidado com a aparência?</p> <p>7 – Penteia o cabelo, escova os dentes, lava mãos e rosto com segurança.</p> <p>6 – Necessita de equipamento especializado (órteses) ou quando toma mais tempo do que o razoável para a realização, ou quando exige cuidados de segurança.</p>	

<p>5- Exige supervisão</p> <p>4 – É necessário tocar a pessoa em auxílio para a realização da tarefa, realiza 75% ou mais dela.</p> <p>3 - É capaz de executar de 50% a 74% das tarefas.</p> <p>2 - É capaz de executar de 25% a 49% das tarefas.</p> <p>1 – Executa menos que 25% da tarefa.</p>	
<p>40. Como o(a) senhor(a) realiza seu banho (essa atividade inclui lavar e secar o corpo do pescoço para baixo, incluindo as costas, no chuveiro e/ou banheira)?</p> <p>7 – Lava e seca o corpo com segurança.</p> <p>6 – Exige equipamento especializado (órteses, próteses) e/ou leva mais tempo que o razoável, e/ou exige cuidados de segurança.</p> <p>5 – Exige supervisão (estar alguém ao lado para supervisionar, incentivar).</p> <p>4 – Necessita apenas tocar a pessoa em auxílio, executa mais de 75% da tarefa.</p> <p>3 - É capaz de executar de 50% a 74% das tarefas.</p> <p>2 - É capaz de executar de 25% a 49% das tarefas.</p> <p>1 – Executa menos que 25% da tarefa.</p>	
<p>41. O(A) senhor(a) consegue vestir a parte superior do corpo (colocar camiseta, casaco, moletom, etc)?</p> <p>7 – Realiza de maneira independente, buscando obter roupas do armário e gavetas, maneja as mesmas, coloca e remove prótese e órtese, realiza a tarefa com segurança.</p> <p>6 – Exige adaptações (velcro ou dispositivo de ajuda), depende de um tempo acima do razoável.</p> <p>5 – Exige supervisão ou preparação.</p> <p>4 – Necessita apenas tocar a pessoa em auxílio, executa mais de 75% da tarefa.</p> <p>3 - É capaz de executar de 50% a 74% das tarefas.</p> <p>2 - É capaz de executar de 25% a 49% das tarefas.</p> <p>1 – Executa menos que 25% da tarefa.</p>	
<p>42. O(A) senhor(a) consegue vestir a metade inferior do corpo (essa tarefa inclui vestir-se ou despir-se da cintura para baixo, assim como colocar e remover prótese ou órteses na metade inferior)?</p> <p>7 – Realiza de maneira independente, buscando obter roupas do armário e gavetas, maneja as mesmas, coloca e remove prótese e órtese, realiza a tarefa com segurança.</p> <p>6 – Exige adaptações (velcro ou dispositivo de ajuda), depende de um tempo acima do razoável.</p> <p>5 – Exige supervisão ou preparação.</p> <p>4 – Necessita apenas tocar a pessoa em auxílio, executa mais de 75% da tarefa.</p> <p>3 - É capaz de executar de 50% a 74% das tarefas.</p> <p>2 - É capaz de executar de 25% a 49% das tarefas.</p> <p>1 – Executa menos que 25% da tarefa.</p>	
<p>43. O(A) senhor(a) consegue utilizar o vaso sanitário (essa atividade envolve a manutenção da higiene na região perineal, assim como retirar e ajustar roupas antes e depois de usar o vaso sanitário ou comadre/papagaio)?</p> <p>7 – Limpa-se após o uso do vaso sanitário, maneja papéis higiênicos e tampões, retira e repõe a roupa para ir ao toalete. Desempenha a tarefa com seguro.</p> <p>6 – Necessita de equipamento especializado (órtese e prótese), há comprometimento da segurança, leva um tempo acima do razoável.</p> <p>5 – Exige supervisão ou preparação.</p> <p>4 – Necessita apenas tocar a pessoa em auxílio, executa mais de 75% da tarefa.</p> <p>3 - É capaz de executar de 50% a 74% das tarefas.</p> <p>2 - É capaz de executar de 25% a 49% das tarefas.</p>	

1 – Executa menos que 25% da tarefa.	
Agora vamos falar sobre o controle dos esfíncteres do(a) senhor(a).	
<p>44. O(A) senhor(a) consegue controlar a urina?</p> <p>7- Controla intencional e completamente o ato de urinar e este nunca é incontinente.</p> <p>6 – Requer sonda, cateter urinário, urinol, fralda, comadre, cateter ou medicamento para controle de urina. Maneja-os sem acidente (ex: esvazia coletor).</p> <p>5 – Requer supervisão do equipamento para manter um padrão satisfatório de excreção urinário ou manter o dispositivo externo. O tempo para chegar ao banheiro ou usar a comadre/papagaio pode provocar acidentes ocasionais ou derramamentos do urinol, mas MENOS de UMA VEZ AO MÊS.</p> <p>4 – Requer assistência moderada para manter um dispositivo externo, executa mais de 75% da tarefa, apresenta acidentes ocasionais MENOS de UMA VEZ POR SEMANA.</p> <p>3 – Requer assistência moderada para manter um dispositivo externo, é capaz de executar de 50% a 74% das tarefas, apresenta acidentes ocasionais MENOS DE UMA VEZ POR DIA.</p> <p>2 – Apesar da assistência se molha quase todos os dias, necessita usar absorventes quer esteja ou não usando dispositivos, é capaz de executar de 25% a 49% das tarefas.</p> <p>1 – Apesar da assistência se molha quase todos os dias, necessita usar absorventes quer esteja ou não usando dispositivos, é capaz de executar de 25% a 49% das tarefas., executa menos que 25% da tarefa.</p>	
<p>45. O(A) senhor(a) consegue controlar as fezes?</p> <p>7- Controla intencional e completamente o ato de defecar e este nunca é incontinente.</p> <p>6 – Requer o uso de comadre, mesa de apoio, estímulo manual, supositórios, laxantes artificiais, lavagens de forma regular ou de medicamento para controle. (Capaz de manter a colostomia se usar) Maneja-os sem acidente.</p> <p>5 – Requer supervisão do equipamento para manter um padrão satisfatório de defecação ou manter o dispositivo de ostomia. Acidentes ocasionais MENOS de UMA VEZ AO MÊS.</p> <p>4 – Requer assistência moderada para manter um padrão satisfatório de defecação através de supositórios, lavagens ou algum dispositivo externo, poderá ter acidentes ocasionais MENOS de UMA VEZ POR SEMANA.</p> <p>3 – Requer assistência moderada para manter um padrão satisfatório de defecação através de supositórios, lavagens ou dispositivo externo, apresenta acidentes ocasionais MENOS DE UMA VEZ POR DIA.</p> <p>2 – Apesar da assistência o(a) senhor(a) suja-se quase todos os dias, necessita usar absorventes quer esteja ou não usando dispositivos, é capaz de executar de 25% a 49% das tarefas.</p> <p>1 – Apesar da assistência o(a) senhor(a) suja-se quase todos os dias, necessita usar absorventes quer esteja ou não usando dispositivos, é capaz de executar de 25% a 49% das tarefas., executa menos que 25% da tarefa.</p>	
Agora vamos falar da mobilidade e das transferências que o(a) senhor(a) é capaz de realizar.	
<p>46. Como o(a) senhor(a) realiza suas transferências (envolve todos os aspectos de transferência de/para cama, cadeira e cadeira de rodas, assim como passar para a posição em pé)?</p> <p>7- SE DEAMBULA deve aproximar-se, sentar-se, levantar-se de uma cadeira normal e ficar numa posição ereta, transfere-se do leito para a cadeira. SE USA CADEIRA DE RODAS deve realizar as transferências de maneira sozinha, executando com segurança.</p> <p>6- Requer dispositivos de ajuda ou adaptação (equipamentos móveis ou de elevação, tábua de transferência, bancos ou cadeiras especiais, suportes ou muletas).</p>	

<p>5- Requer alguém do lado ou que posicionem os equipamentos móveis, ajustando os pedais, etc.</p> <p>4 – Necessita apenas tocar a pessoa em auxílio, executa mais de 75% da tarefa.</p> <p>3 - É capaz de executar de 50% a 74% das tarefas.</p> <p>2 - É capaz de executar de 25% a 49% das tarefas.</p> <p>1 – Executa menos que 25% da tarefa.</p>	
<p>47. Como o(a) senhor(a) realiza sua transferência para o vaso sanitário (essa atividade envolve sentar-se e levantar-se do vaso sanitário)?</p> <p>7- SE DEAMBULA: aproxima-se, senta-se e levanta-se de um vaso padrão. Se USA CADEIRAS DE RODAS: aproxima-se do vaso, aciona o freio, ajusta os pedais e remove suporte de braços se necessário, transfere-se e retorna.</p> <p>6- Requer dispositivos de ajuda ou adaptação (equipamentos móveis ou de elevação, tábua de transferência, bancos ou cadeiras especiais, suportes ou muletas).</p> <p>5- Requer alguém do lado ou que posicionem os equipamentos móveis, ajustando os pedais, etc.</p> <p>4 – Necessita apenas tocar a pessoa em auxílio, executa mais de 75% da tarefa.</p> <p>3 - É capaz de executar de 50% a 74% das tarefas.</p> <p>2 - É capaz de executar de 25% a 49% das tarefas.</p> <p>1 – Executa menos que 25% da tarefa</p>	
<p>48. Como o(a) senhor(a) realiza sua transferência para banheira ou chuveiro (essa atividade inclui entrar e sair de uma banheira ou de um boxe)?</p> <p>7- SE DEAMBULA: aproxima-se, entra e sai de uma banheira ou de um boxe. Se USA CADEIRAS DE RODAS: aproxima-se do vaso, aciona o freio, ajusta os pedais e remove suporte de braços se necessário, transfere-se e retorna.</p> <p>6- Requer dispositivos de ajuda ou adaptação (equipamentos móveis ou de elevação, tábua de transferência, bancos ou cadeiras especiais, suportes ou muletas).</p> <p>5- Requer alguém do lado ou que posicionem os equipamentos móveis, ajustando os pedais, etc.</p> <p>4 – Necessita apenas tocar a pessoa em auxílio, executa mais de 75% da tarefa.</p> <p>3 - É capaz de executar de 50% a 74% das tarefas.</p> <p>2 - É capaz de executar de 25% a 49% das tarefas.</p> <p>1 – Executa menos que 25% da tarefa</p>	
<p>Agora vamos falar sobre como o(a) senhor(a) se locomove.</p>	
<p>49. Como o(a) senhor(a) realiza sua CAMINHADA (ou USA CADEIRA DE RODAS) em superfície plana?</p> <p>7- Deambula pelo menos 50 metros sem dispositivos auxiliares. Não usa cadeira de rodas.</p> <p>6- SE DEAMBULA: anda pelo menos 50 metros mas usa um apoio (órtese) em membro inferior (sapatos especiais, bengala, muletas, andador). SE NÃO DEAMBULA: opera cadeira de rodas manual ou motorizada independentemente por no mínimo 50 metros, dá volta, manobra a cadeira, suporta uma inclinação de pelo menos 3cm.</p> <p>5- Deambula ou conduz independentemente a cadeira de rodas apenas pequenas distâncias <15metros com ou sem dispositivos.</p> <p>4 – Necessita apenas tocar a pessoa em auxílio, executa mais de 75% ou mais do esforço de locomoção para deambular um mínimo de 50 metros.</p> <p>3 - É capaz de executar de 50% a 74% ou mais do esforço de locomoção para deambular um mínimo de 50 metros.</p> <p>2 - É capaz de executar de 25% a 49% ou mais do esforço de locomoção para deambular um mínimo de 50 metros.</p> <p>1 – Executa menos que 25% ou mais do esforço de locomoção para deambular um mínimo de 50 metros.</p>	

<p>50. Como o(a) senhor(a) utiliza a escada (essa atividade consiste em subir e descer um lance de escada (12 a 14 degraus) em ambiente fechado, casa ou hospital)?</p> <p>7- Sobe e desce pelo menos um lance de escada sem corrimão e sem apoio. 6- Sobe e desce um lance de escada requerendo corrimão ou algum tipo de apoio. 5- Requer alguém do lado incentivando para subir e descer um lance de escada. 4 – Necessita apenas tocar a pessoa em auxílio, executa mais de 75% ou mais para subir e descer um lance de escada. 3 - É capaz de executar de 50% a 74% ou mais do esforço para subir e descer um lance de escada. 2 - É capaz de executar de 25% a 49% ou mais do esforço para subir e descer 4 a 6 degraus, requer assistência de uma só pessoa. 1 – Executa menos que 25% do esforço, ou requer assistência de duas ou mais pessoas, ou não sobe e desce de 4 a 6 degraus.</p>					
<p>Vamos conversar agora sobre como o(a) senhor(a) tem se comunicado.</p>					
<p>51. O(A) senhor(a) consegue entender a comunicação sonora ou visual (compreende instruções e conversas)?</p> <p>7- Entende instruções e conversação complexa, entende sua língua materna falada ou escrita. 6- Entende instruções e conversação complexa na maior parte das vezes ou com pequena dificuldade. 5- Entende orientações sobre atividades cotidianas básicas, em mais de 90% do tempo. Requer facilitações (falar mais calma, repetir, realçar palavras, etc). 4- Entende orientações e conversação sobre necessidades cotidianas básicas entre 75 a 90% do tempo, requer facilitações entre 10% a 25% do tempo de comunicação. 3- Entende orientações e conversação sobre necessidades cotidianas básicas entre 50% a 74% do tempo, requer facilitações entre 25% a 50% do tempo de comunicação. 2- Entende orientações e conversação sobre necessidades cotidianas básicas entre 25% a 49% do tempo, pode entender perguntas e afirmações simples (Bom dia! Como vai?) ou gestos (adeus, obrigado). Requer facilitação em mais da metade do tempo de comunicação. 1-Entende orientações e conversação sobre necessidades cotidianas básicas em menos de 25% do tempo de comunicação, não entende perguntas e afirmações simples e não responde de forma apropriada ou consistente.</p>	<table> <tr> <td data-bbox="1214 757 1329 1014">A</td><td data-bbox="1329 757 1559 1014"></td></tr> <tr> <td data-bbox="1214 1014 1329 1429">V</td><td data-bbox="1329 1014 1559 1429"></td></tr> </table>	A		V	
A					
V					
<p>52. O(A) senhor(a) consegue se expressar com outras pessoas (inclui exprimir linguagem oral ou não com clareza)?</p> <p>7- Exprimi ideias complexa ou abstratas com clareza e fluência. 6- Exprimi ideias complexa ou abstratas na maior parte das ocasiões ou com pequena dificuldade, pode necessitar de um dispositivo de ampliação sonora ou de comunicação. 5- Exprime ideias e necessidades cotidianas básicas em mais de 90% tempo, requer facilitação em menos de 10% para ser entendido. 4- Exprime ideias e necessidades cotidianas básicas entre 75% a 90% do tempo, requer facilitação entre 10% e 25% do tempo de expressão. 3- Exprime ideias e necessidades cotidianas básicas entre 50% a 74% do tempo, requer facilitação entre 25% e 50% do tempo de expressão. 2- Exprime ideias e necessidades cotidianas básicas entre 25% a 49% do tempo, requer facilitação em mais da metade do tempo de expressão, pode usar apenas gestos e palavras simples. 1- Exprime ideias e necessidades cotidianas básicas em menos que 25% do tempo, não exprimi as necessidades básicas de forma apropriada ou consistente.</p>	<table> <tr> <td data-bbox="1214 1429 1329 1675">Vocal</td><td data-bbox="1329 1429 1559 1675"></td></tr> <tr> <td data-bbox="1214 1675 1329 2020">Não-vocal</td><td data-bbox="1329 1675 1559 2020"></td></tr> </table>	Vocal		Não-vocal	
Vocal					
Não-vocal					

Agora vamos conversar sobre a cognição social do(a) senhor(a).

53. O(A) senhor(a) consegue interagir com as pessoas que convive?

- 7- Interage adequadamente com as pessoas que convive. Não precisa de medicamento para se controlar.
- 6- Interage adequadamente com as pessoas que convive na maior parte e apenas perde o controle ocasionalmente. Pode necessitar de medicamentos para controle.
- 5- Requer supervisão apenas em situações incomuns ou sob tensão, mas não mais que 10% do tempo. Pode precisar de incentivo para começar a participar.
- 4- Interage adequadamente entre 75% a 90%, apresenta comportamento inadequado entre 10% e 25% do tempo, necessita de orientação mínima.
- 3- Interage adequadamente entre 50% a 74%, apresenta comportamento inadequado entre 25% a 50% do tempo, necessitando orientação moderada.
- 2- Interage adequadamente entre 25% a 49%, pode necessitar de restrições de contato ou deslocamentos devido ao comportamento social inadequado.
- 1- Não interage adequadamente ou faz em menos de 25% do tempo, necessita de restrições de contato ou deslocamentos devido ao comportamento social inadequado.

54. O(A) senhor(a) consegue resolver seus problemas (essa tarefa inclui habilidades para resolver problemas de vida diária, tomar decisões razoáveis, seguras e em tempo sobre assuntos financeiros, sociais e pessoais)?

- 7- Reconhece consistentemente um problema, toma decisões apropriadas, aplica correções quando comete um erro.
- 6- Reconhece um problema, toma decisões apropriadas, faz correções quando comete erros e na maioria das vezes dá início a uma sequência de etapas para resolver problemas complexos.
- 5- Requer supervisão em até 10% das vezes para resolver os problemas, problemas de rotina sob tensão ou condições incomuns.
- 4- Resolve problemas de rotina em 75% a 90% do tempo.
- 3- Resolve problemas de rotina em 50% a 74% do tempo.
- 2- Resolve problemas de rotina em 25% a 49% do tempo, em mais da metade do tempo necessita de orientação para começar, planejar ou concluir atividades de vida diária, podem necessitar de restrições de contato.
- 1- Resolve problemas de rotina em menos de 25% do tempo, necessita de orientação quase todo o tempo e pode não resolver adequadamente os problemas, pode necessitar constantemente de orientação para realizar uma atividade de vida diária.

55. Como o(a) senhor(a) tem notado sua memória (essa atividade consiste na capacidade de reconhecer e lembrar-se enquanto realiza atividades cotidianas em um contexto institucional ou comunitário, guardar e recuperar informações)?

- 7- Reconhece as pessoas que encontra com frequência e lembra-se das rotinas diárias, executa tarefas sem necessidade de repetição por outras pessoas.
- 6- Tem apenas uma ligeira dificuldade em reconhecer as pessoas que encontra frequentemente, lembrando-se das rotinas diárias, Pode usar anotações ou lembrete.
- 5- Necessita de facilitações, porém não mais que em 10% do tempo.
- 4- Reconhece e lembra-se em 75% a 90% do tempo.
- 3- Reconhece e lembra-se em 50% a 74% do tempo.
- 2- Reconhece e lembra-se em 25% a 49% do tempo, necessita de ajuda em mais da metade do tempo.
- 1- Não reconhece ou não lembra ou faz em menos de 25% do tempo.

Total ____ /18 = ____	MIF ____
-----------------------	----------

Nota: Não Deixe nenhum item em branco; se não possível de ser testado, marque 1.

ANEXO C- CARTA DE ANUÊNCIA

Prezada Sra. Eliedes de Freitas Ribeiro
Diretora de ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

Eu, Graciele Ferreira de Ferreira Mendes, estou planejando realizar a pesquisa intitulada “**Capacidade funcional e nível de atividade física em idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pelotas/RS**”, cujo projeto faz parte do grau de exigência para realização de Dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFPel, sob orientação do Prof. Dr. Fernando Carlos Vinholes Siqueira, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. (Projeto em anexo). Por consequência, venho através desta carta solicitar sua autorização para a coleta de dados nas Unidades Básicas de Saúde da zona Urbana da cidade de Pelotas/RS (exceto as Unidades Básicas de Saúde puericultura e presídio). Informo que não haverá custos para a instituição e, não irei interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas das Unidades Básicas de Saúde.

Esclareço que tal autorização é uma pré-condição para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Agradeço antecipadamente seu apoio e compreensão, certa de sua colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica em nossa região.

Pelotas, 01 de agosto de 2016.

Graciele Ferreira de Ferreira Mendes
Mestrando do Curso de Pós-Graduação em Educação Física ESEF/UFPel

Prof. Dr. Fernando Carlos Vinholes Siqueira
Escola Superior de Educação Física

Conforme o exposto acima, estou de acordo em colaborar com a pesquisa “Aconselhamento para a prática de atividade física e estágios de mudança de comportamento dos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pelotas/RS”, e permitir a consulta de dados e informações que possam contribuir para o pesquisador, de acordo com os preceitos éticos preservando a integridade da pessoa física.

Eliedes de Freitas Ribeiro
Diretora de ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

Contato do Estudo: Graciele Ferreria de Ferreira Mendes – Programa de Pós-Graduação em Educação Física – ESEF/UFPel

E-mail: graciferreiramendes@hotmail.com
Telefone: 53- 84180849

**Orientador do Estudo: Fernando Carlos Vinholes Siqueira – Escola Superior de
Educação Física – ESEF/UFPeI**
E-mail: fcvsiqueira@uol.com.br
Telefone: 53-99828270

**RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DE CAMPO DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA
AO CURSO DE MESTRADO DA ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA
LINHA DE EPIDEMIOLOGIA DA ATIVIDADE FÍSICA, DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS**

1. Introdução

O trabalho de campo realizado foi parte da dissertação de mestrado da linha de pesquisa Epidemiologia da Atividade Física do Programa de Pós Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, a qual buscou avaliar a capacidade funcional e verificar sua associação com o nível de atividade física nos domínios lazer e deslocamento, e demais variáveis, de idosos usuários das unidades básicas de saúde da zona urbana do município de Pelotas/RS.

O projeto foi qualificado em agosto de 2016 e aprovado pela banca composta pelos professores Dr. Airton Rombaldi e Dr. Felipe Fossati Reichert. No mesmo mês, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas através da Plataforma Brasil e aprovado sob o parecer de número 1.714.554 de 06 de setembro de 2016 (ANEXO I).

2. Pactuação do trabalho de campo

No dia 01 de agosto de 2016, foi feito o contato com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Pelotas, representada pela Enf. Eliédes de Freitas Ribeiro - Diretora de Ações em Saúde da SMS de Pelotas e, entregues a Carta de Anuência (ANEXO II) juntamente com o projeto de pesquisa. A autorização para a realização da pesquisa deu-se uma semana após a entrega da documentação.

Após a autorização da SMS de Pelotas e a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética, foi realizado o contato com os responsáveis por cada uma das unidades básicas da amostra, com o objetivo de informá-los sobre a pesquisa, entregar a carta de anuência assinada pela SMS e obter o consentimento para realização da pesquisa.

3. Treinamento dos entrevistadores

O recrutamento e o treinamento dos entrevistadores aconteceram no dia 12 de setembro na sala do Professor Fernando Carlos Vinholes Siqueira na Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas. Compareceram dois alunos do programa de Pós Graduação em Educação Física da ESEF/UFPel.

No momento, foram abordados os aspectos relacionados ao modo de apresentação na UBS, abordagem ao idoso, logística do trabalho de campo, apresentação dos questionários, aplicação entre os entrevistadores e distribuição das UBS para a coleta.

Um novo treinamento foi realizado no dia 16 de setembro no centro acadêmico do Hospital Universitário São Francisco de Paula, onde compareceram uma aluna do curso de mestrado em Educação Física, cinco acadêmicos de graduação em Educação Física da ESEF/UFPeL e duas residentes em saúde UCPeL/HUSFP.

Cada entrevistador (a) ficou responsável por uma UBS, inicialmente de sua escolha, de modo que fosse de melhor acesso para a mesma.

4. Coleta de dados

Foram elegíveis para participar da amostra idosos com 60 anos ou mais, que utilizaram a UBS nos últimos 12 meses, com condições de se manifestarem livremente e que assinaram o TCLE.

A coleta de dados teve início no dia 19 de setembro de 2016 e término no dia 4 de janeiro de 2017 (QUADRO I – ANEXO III). Inicialmente realizaram a coleta de dados a pesquisadora responsável pelo estudo e mais dez entrevistadores voluntários. Durante a coleta de dados algumas dificuldades e barreiras foram encontradas e serão elencadas e discutidas a seguir.

Duas UBS (Guabiroba e Cohab Fragata) estavam realizando seus atendimentos em outras UBS (Fraget e PAM Fragata) pois, as mesmas estavam sendo reformadas. Esse fato facilitou as coletas nesses locais, visto que, por estarem no mesmo local, mas realizando atendimentos separados, podia-se entrevistar um maior número de idosos de UBS diferentes no mesmo dia.

Uma das grandes barreiras encontradas foi em que muitas UBS poucos idosos realizam consultas, levando um tempo maior para que a cota fosse alcançada. Muitas vezes conseguia-se apenas um ou dois idosos por turno elegível para responder a pesquisa. Tal fato desmotivou algumas entrevistadoras fazendo com que duas desistissem do trabalho de campo. Para tentar reverter esse problema foi conversado com os responsáveis por essas UBS para saber quais turnos e dias em que eram distribuídas mais fichas para idosos e também se havia um dia específico para atendimento prioritário ao idoso.

Por se tratar de uma pesquisa em que era realizada na sala de espera muitas vezes o idoso era chamado para atendimento, tendo o entrevistador que ficar esperando seu retorno da consulta, o que às vezes levava muito tempo.

A pesquisadora responsável foi quem aplicou a maioria dos questionários, dificultando dessa forma a coleta em mais de uma unidade por dia. Algumas unidades trabalham em horários diferentes, sendo possível fazer uma rota que desse tempo de entrevistar o maior número de pessoas no turno.

5. Análise dos dados

A codificação dos questionários era realizada primeiramente no próprio questionário por cada entrevistador, com o objetivo de reduzir possíveis erros na identificação das respostas no mesmo dia em que a entrevista tinha sido realizada. Após nova revisão era realizada pela pesquisadora responsável com o objetivo de certificar-se de que todas as variáveis foram preenchidas corretamente. Posteriormente os dados foram digitados, pela pesquisadora responsável, no programa Epidata e transferidos para o pacote estatístico de análise de dados STATA 14.0. A digitação dos dados no programa Epidata teve início na primeira semana de outubro e teve seu término uma semana após o encerramento das coletas de dados.

A análise de dados apresentada no projeto não sofreu alterações, entretanto, foi criado o modelo de regressão de Poisson antes não apresentado conforme solicitado pela banca revisora. Para a análise ajustada foi levado em consideração dois modelos hierárquicos: um modelo incluindo atividade física de lazer e outro utilizando atividade física de deslocamento. Em ambos os modelos, com sete níveis, as variáveis independentes foram inseridas na seguinte ordem: 1º nível - sexo, idade, cor da pele, situação conjugal e renda mensal; 2º nível – religião e tabagismo; 3º nível - IMC; 4º nível queda no último ano, diagnóstico médico referido de hipertensão, diabetes mellitus, doença osteomuscular, DPOC e depressão; 5º nível - número de medicamentos de uso contínuo; 6º nível – autopercepção de saúde; 7º nível – atividade física de lazer ou atividade física de deslocamento.

6. Recusas

Para que o n de 720 idosos fosse alcançado foi necessário abordar 750 idosos, destes 30 recusaram-se a participar da pesquisa. O quadro II (ANEXO IV) apresenta o número de recusas e a UBS correspondente.

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESEF/UFPeI

ESCOLA SUPERIOR DE
EDUCAÇÃO FÍSICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Capacidade funcional e nível de atividade física em idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pelotas/RS

Pesquisador: Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58875416.6.0000.5313

Instituição Proponente: Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.714.554

Apresentação do Projeto:

O acelerado processo de envelhecimento populacional tem chamado a atenção sobre a qualidade de vida dos idosos em relação a sua funcionalidade. Neste sentido é de suma importância a avaliação da capacidade funcional nos idosos, levando em consideração que envelhecer com autonomia e independência como fator indispensável para a se manter ativo e com uma boa qualidade de vida. O estilo de vida adotado pelo indivíduo é quem determina o envelhecimento com a preservação da capacidade funcional e, através da prática de atividade física é possível a promoção da saúde e reduzir dos fatores de risco que podem levar a diminuição da funcionalidade.

Objetivo da Pesquisa:

Determinar a associação entre capacidade funcional e nível de atividade física em idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Pelota/RS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos advindos da participação no estudo são praticamente nulos. No entanto, os benefícios das conclusões do presente projeto de pesquisa poderão impulsionar novas políticas para atender as camadas mais necessitadas da população.

Endereço: Luis de Camões,625

Bairro: Tablada

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3273-2752

CEP: 96.055-630

E-mail: schivi@terra.com.br

ESCOLA SUPERIOR DE
EDUCAÇÃO FÍSICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.714.554

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é muito relevante e perfeitamente exequível dentro do prazo planejado. Certamente, contribuirá com a melhora da qualidade de vida da população idosa que frequenta as unidades básicas de saúde urbanas da cidade de Pelotas/RS,

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão presentes e foram escritos de forma adequada.

Recomendações:

Não recomendações a fazer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A conclusão é pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a)

O CEP considera o protocolo de pesquisa adequado, conforme parecer do relator, considerando as normas éticas de pesquisa em seres humanos. Solicita-se que o pesquisador responsável retorne com o RELATÓRIO FINAL ao término do estudo, considerando o cronograma estabelecido.

Att,

Suzete Chiviacowsky Clark

Presidente: CEP/ESEF/UFPEL

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_763534.pdf	17/08/2016 18:57:17		Aceito
Folha de Rosto	Folharostoassinada.pdf	17/08/2016 18:56:31	Fernando Carlos Vinholes Siqueira	Aceito
Outros	Instrumento.docx	22/07/2016 10:43:38	Fernando Carlos Vinholes Siqueira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TC.docx	22/07/2016 10:42:22	Fernando Carlos Vinholes Siqueira	Aceito

Endereço: Luis de Camões,625

Bairro: Tablada

CEP: 96.055-630

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3273-2752

E-mail: schivi@terra.com.br

ESCOLA SUPERIOR DE
EDUCAÇÃO FÍSICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.714.554

Ausência	TC.docx	22/07/2016 10:42:22	Fernando Carlos Vinholes Siqueira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADO.doc	22/07/2016 10:39:23	Fernando Carlos Vinholes Siqueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 06 de Setembro de 2016

Assinado por:
Suzete Chiviakowsky
(Coordenador)

Endereço: Luis de Camões,625

Bairro: Tablada

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3273-2752

CEP: 96.055-630

E-mail: schivi@terra.com.br

ANEXO II – CARTA DE ANUÊNCIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA



Carta de anuência

Prezada Sra. Eliedes de Freitas Ribeiro
Diretora de ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

Eu, Graciele Ferreira de Ferreira Mendes, estou planejando realizar a pesquisa intitulada “**Capacidade funcional e nível de atividade física em idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pelotas/RS**”, cujo projeto faz parte do grau de exigência para realização de Dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFPel, sob orientação do Prof. Dr. Fernando Carlos Vinholes Siqueira, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. (Projeto em anexo). Por consequência, venho através desta carta solicitar sua autorização para a coleta de dados nas Unidades Básicas de Saúde da zona Urbana da cidade de Pelotas/RS (exceto as Unidades Básicas de Saúde puericultura e presídio). Informo que não haverá custos para a instituição e, não irei interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas das Unidades Básicas de Saúde.

Esclareço que tal autorização é uma pré-condição para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Agradeço antecipadamente seu apoio e compreensão, certa de sua colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica em nossa região.

Pelotas, 01 de agosto de 2016.

Graciele F. de Ferreira Mendes
Graciele Ferreira de Ferreira Mendes

Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Educação Física ESEF/UFPel

Prof. Dr. Fernando Carlos Vinholes Siqueira
Prof. Dr. Fernando Carlos Vinholes Siqueira
Escola Superior de Educação Física

Conforme o exposto acima, estou de acordo em colaborar com a pesquisa “Aconselhamento para a prática de atividade física e estágios de mudança de comportamento dos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pelotas/RS”, e permitir a consulta de dados e informações que possam contribuir para o pesquisador, de acordo com os preceitos éticos preservando a integridade da pessoa física.

Eliedes de F. Ribeiro
Eliedes de Freitas Ribeiro
Diretora de ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

Contato do Estudo: Graciele Ferreria de Ferreira Mendes – Programa de Pós-Graduação em Educação Física – ESEF/UFPeI
E-mail: graciferreiramendes@hotmail.com
Telefone: 53- 84180849

Orientador do Estudo: Fernando Carlos Vinholes Siqueira – Escola Superior de Educação Física – ESEF/UFPeI
E-mail: fcvsiqueira@uol.com.br
Telefone: 53-99828270

ANEXO III – QUADRO DO CONTROLE DE COLETA DE DADOS

NOME DA UBS	ENDEREÇO	TELEFONE	RESPONSÁVEL	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	DIA DA COLETA	ENTREVISTADOR
ARCO ÍRIS	Av. Pery Ribas, 523	3277-6203	Enfermeira Cristiane	7h30 – 12h 13h30 – 17h	26/09 – Manhã 20/10 – Manhã 27/10 – Tarde	Graciele
AREAL FUNDOS	Av. Domingos José de Almeida, 4265	3227-9949	Dra. Denise	8h – 11h30 13h30 – 17h	01/12 – Manhã/Tarde 02/12 – Manhã/Tarde	Letícia
AREAL I	Apolinário de Porto Alegre, 290	3278-3531	Artenisa	8h – 11h30 13h30 – 17h	31/10 – Manhã 01/11 – Manhã 03/11 – Manhã 07/11 – Manhã 08/11 – Manhã 10/11 – Manhã 17/11 – Manhã	Daniele
BALSA	João Tomaz Munhoz, 270	3272-2077	Enfermeira Sônia	7h30 – 11h30 13h – 17h30	14/10 – Tarde 17/10 – Tarde 07/11 – Manhã	Graciele
BARRO DURO	Praça Aratiba, 12	3226-9979	Enfermeira Cristiane	8h – 11h30 13h30 – 17h	12/12 – Manhã/Tarde	Renata
BOM JESUS	Av. Itália, 350	3228-9364	Enfermeira Elisabete	8h – 20h	09/12 – Manhã	Graciele
COHAB FRAGATA	Paulo Simões Lopes, 230	3271-9425	Márcia	8h – 11h30 13h30 – 17h	30/09 – Tarde 04/11 – Tarde	Graciele
COHAB GUABIROBA	Arnaldo da Silva Ferreira, 352	3278-9733	Enfermeira Juliana	8h – 12h 13h30 – 17h	12/12 – Manhã 20/12 – Manhã	Graciele
COHAB LINDÓIA	Ernani Osmar Blaas, 344	3283-1414	Moraci	8h – 11h 13h30 – 16h30	05/10/16 – Manhã	Lorena

					19/10/16 – Manhã	
COHAB PESTANO	Av. Leopoldo Brod, 2297	3283-11841	Terena	7h30 – 11h30 13h30 – 17h	30/11 12/12 30/12	Darlan
CSU AREAL	Guararapes, 50 A	3228-3488	Enfermeira Renata	7h – 19h	02/12 – Manhã/Tarde	Graciele
CSU CRUZEIRO	Barão de Itamaracá, 690	3279-2609	Enfermeira Lenisia	8h – 11h30 13h30 – 17h	02/12 08/12 09/12 22/12 20/12 03/01	Vítor
DOM PEDRO I	Ulisses Batinga, 749	3271-3383	Enfermeira Marta	8h – 11h 13h – 17h	15/12 – Manhã/Tarde 16/12 – Tarde 19/12 – Tarde	Graciele
DUNAS	Tito Borges, 1988	3228-4666	Enfermeira Taiane	7h30 – 11h 13h30 – 17h	16/12 – Manhã 19/12 – Manhã	Graciele
FÁTIMA	Baldomero Trapaga, 480	3222-4028	Enfermeira Jéssica		19/09 – Tarde	Luiza Graciele
FRAGET	Jornalista Carlos Andrade, 81	3221-3500	Enfermeira Aline	7h30 – 21h	27/10 – Tarde 03/11 – Tarde	Graciele
GETÚLIO VARGAS	Rua 7, nº 184	3283-3768	Enfermeira Ana Rita		27/09 – Manhã	Graciele
JARDIM DE ALLAH	Av. Fernando Osório, 7430	3283-3769	Erci Ribeiro	7h30 – 13h30	21/11 – Manhã 20/12 – Manhã 26/12 – Manhã	Graciele
LARANJAL	São Borja, 683	3226-4488	Enfermeira Rosa Maria	8h – 12h 13h – 17h	12/12 – Tarde	Renata
LEOCÁDIA	David	3282-2476	Enfermeira	8h – 11h	28/10 – Tarde	Graciele

	Canabarro, 890		Andreia	13h30 – 17h	32/11 – Tarde	
NAVEGANTES	Rua Darcy Vargas, 212	3279-4627	Margarete	13h30 – 20h	26/09 – Tarde 08/12 – Tarde	Graciele
OBELISCO	Rua Francisco Ribeiro Silva, 505	3282-2477	Enfermeiro Leonardo	7h30 – 17h	05/12 – Manhã/Tarde	Graciele
PAM FRAGATA	Av. Pinheiro Machado, 168	3221-0362	Doutora Georgina	8h – 17h	01/12 – Manhã 09/12 – Manhã	Graciele
PESTANO CAIC	Av. Leopoldo Brod, 3220	3273-6603	Doutora Carla	8h - 11 13h – 16h	18/11 – Manhã/Tarde	Graciele
PY CRESPO	Rua Marquês de Olinda, 1291	3223-0823	Enfermeira Amanda	8h – 11h 13h – 16h	21/09 – Tarde 27/09 – Tarde 18/10 – Tarde	Graciele
SALGADO FILHO	Av. Salgado Filho, 912	3283-6202	Giovane	7h30 – 17h	17/10 – Manhã 18/10 – Manhã	Graciele
SANGA FUNDA	Av. Idelfonso Simões Lopes, 5225	3274-3266	Enfermeira Rosana	8h – 11h30 13h – 17h	09/12 – Tarde 23/12 – Manhã/Tarde	Graciele
SANSCA	Rua Doutor Amarante, 919	3222-7980	Enfermeira Maria Melicia	8h – 12h 13h30 – 17h	21/09 – Manhã 19/10 – Manhã 03/11 – Manhã	Graciele
SANTA TEREZINHA	Rua São Miguel, 5	3283-7509	Daniela	8h – 11h30 13h30 – 17h	19/09 – Manhã 10/10 – Manhã	Graciele
SIMÕES LOPES	Av. Viscondessa da Graça, 107	3225-8008			12/12 13/12	Eduarda
SÍTIO FLORESTA	Rua Ignácio Teixeira Machado, 299	3278-9188	Enfermeira Ivani		06/12 – Manhã 13/12 – Tarde	Graciele
UNIÃO DE BAIRROS	Rua Um, s/nº loteamento	3278-1089	Doutor Tiago	8h – 11h 13h – 16h	10/10 – Tarde 11/10 – Tarde	Graciele

	dos Municipários				24/10 – Manhã	
VILA MUNICIPAL	Rua Luciano Gaileti, 600	3283-7626	Enfermeira Tatiana	7h – 11h 13h – 17h	20/10 – Tarde 21/10 – Tarde 24/10 – Tarde	Graciele
VILA PRINCESA	Avenida Princesa, 3205	3278-1564	Enfermeira Caroline	8h – 12h 13h – 17h	07/11 – Tarde 21/11 – Tarde 26/12 – Tarde	Graciele
VIRGILIO COSTA	Av. Pinheiro Machado, 168	3271-0715	Enfermeira Juliana	8h – 19h	22/09 – Tarde 23/09 – Tarde	Graciele
Z3	Almirante Raphael Brusque, 19	3226-0418	Enfermeira Vera	8h – 12h 13h – 17h	22/12 – Manhã 27/12 – Tarde	Graciele

ANEXO IV – QUADRO II – NÚMERO DE RECUSAS DE ACORDO COM A UBS

Número de recusas	Unidade Básica
1	Balsa
1	Cohab Fragata
1	Cohab Guabiroba
2	Cruzeiro
1	Dunas
1	Jardim de Allah
1	Leocádia
2	Lindóia
1	Obelisco
1	PAM Fragata
3	Pestano
1	Pestano Caic
1	Py Crespo
1	Salgado Filho
1	Sansca
3	Santa Terezinha
2	Sítio Floresta
3	Vila Princesa
2	Virgilio Costa
1	Z3

ARTIGO

**INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER E
DESLOCAMENTO EM USUÁRIOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA
CIDADE DE PELOTAS/RS**

**FUNCTIONAL INDEPENDENCE AND PHYSICAL ACTIVITY IN THE LEISURE-
TIME AND TRANSPORTATION IN USERS OF BASIC HEALTH UNITS OF
PELOTAS/RS**

Será encaminhado para

Journal of Aging and Physical Activity

O artigo já se encontra nas normas da revista

**INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER E
DESLOCAMENTO EM IDOSOS USUÁRIOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
DA CIDADE DE PELOTAS/RS**

Graciele Ferreira de Ferreira Mendes^{1,2}

Fernando Carlos Vinholes Siqueira^{1,2}

¹ Escola Superior de Educação Física – Universidade Federal de Pelotas

² Programa de Pós-Graduação em Educação Física – Universidade Federal de Pelotas

Contato:

Graciele Ferreira de Ferreira Mendes

Rua Luis de Camões, 625 – Cep 96055-630, Pelotas, RS, Brasil

Telefones: (53) 32732752/ (53) 984180849

email: graciferreiramendes@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de independência funcional, verificar a associação entre o desfecho e atividade física no lazer e deslocamento, e demais variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde. Foi realizado um estudo transversal com uma amostra de 720 idosos usuários de 36 Unidades Básicas de Saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS. A prevalência de independência funcional foi de 88,2%. Com relação à prática de atividade física no lazer e no deslocamento respectivamente, 83,3% e 73,5% dos usuários não atingiram o ponto de corte para serem considerados ativos. Os idosos do sexo masculino, na faixa etária mais jovem, com maior renda, que não sofreram quedas e sem hospitalização no último ano, sem diagnóstico médico referido de doença osteomuscular, que não utilizam medicamentos contínuos, com melhor percepção de saúde e que realizam atividade física no lazer e no deslocamento apresentam maior probabilidade de serem independentes.

PALAVRAS CHAVES: Funcionalidade, Atividade Motora, Epidemiologia, Envelhecimento.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the prevalence of functional independence, to verify the association between outcome and physical activity in leisure-time and transportation, and other socioeconomic, demographic, behavioral and health variables. A cross-sectional study was conducted with a sample of 720 elderly users of 36 Basic Health Units from the urban area of the city of Pelotas/Southern Brazil. The prevalence of functional independence was 88.2%. Regarding the practice of physical activity in the leisure-time and the transportation respectively, 83.3% and 73.5% of the users did not reach the cut-off point to be considered active. Among the elderly, those younger, male, with a higher income, who did not suffer falls and without hospitalization in the last year, without a medical diagnosis of musculoskeletal disease, who did not use continuous medications with better health self-perception and who performed activities leisure-time and transportation physical activity were more likely to be independent.

KEYWORDS: Functionality, Motor Activity, Epidemiology, Aging.

INTRODUÇÃO

Vários países no mundo, principalmente aqueles em desenvolvimento, convivem com uma crescente modificação no perfil de saúde da população (Leandro, 2011). Em menos de 40 anos o Brasil, passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem com predominância de doenças infectocontagiosas e parasitárias, para um padrão caracterizado pela elevada ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), próprias das faixas etárias mais avançadas (Gordilho et al., 2000). Tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, as doenças crônicas têm ocasionado importantes mudanças no estilo e qualidade de vida dos indivíduos, bem como dispendiosas demandas ao sistema de saúde, com elevação dos custos diretos e indiretos (Paixão & Heckman, 2002).

O acelerado processo de envelhecimento populacional tem chamado a atenção sobre as condições de saúde durante esses anos adicionais com foco na funcionalidade do idoso (Parahyba & Simões, 2006). Nesse sentido, a avaliação da capacidade funcional torna-se uma relevante questão de pesquisa na área do envelhecimento, dado que envelhecer com autonomia e independência é fator indispensável para a manutenção e preservação da qualidade de vida (Alves, Leite, & Machado, 2008).

A capacidade funcional, de acordo com Alves et al. (2008) é definida como a habilidade física e mental do indivíduo de manter uma vida independente e autônoma. É determinada pelas atividades básicas de vida diária (AVD) e pelas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), as quais são avaliadas quanto ao nível de dependência e independência que o idoso possui para executá-la. A redução gradual e progressiva da capacidade funcional associada ao envelhecimento e a afecções por DCNT resultam em maior utilização de serviços de saúde por parte dessa população (Ramos, 2005). Inúmeros desafios recorrentes dessa mudança demográfica e epidemiológica, sendo que uma é a necessidade de novas lógicas assistenciais

nos serviços de saúde, priorizando serviços e ações voltados à prevenção de agravos e não apenas o tratamento dos problemas de saúde já existentes (Veras, 2012).

A aprovação do “Pacto pela Saúde” do Sistema Único de Saúde – SUS pelo Ministério da Saúde permitiu articular três componentes básicos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. No Pacto pela Vida foram estabelecidas algumas prioridades de atendimento, dentre elas, a atenção à saúde do idoso (Brasil, 2006), sendo, revista e estabelecida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), tendo como uma de suas diretrizes essenciais à promoção do envelhecimento ativo e saudável (Brasil, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o estilo de vida adotado pelo indivíduo é um componente importante para o envelhecimento saudável e reconhece que através da prática de atividade física é possível promover a saúde e reduzir os fatores de risco que podem levar a diminuição da capacidade funcional dos idosos (Maciel, 2010). O objetivo do presente estudo foi descrever a prevalência de independência funcional, verificar a associação entre independência funcional e o nível de atividade física no lazer e deslocamento e demais variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde em idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de delineamento transversal com indivíduos de 60 anos ou mais, usuários das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS. O município de Pelotas (RS), conta atualmente com 51 UBS sendo que, 38 delas estão localizadas na zona urbana. Deste total foram excluídas duas UBS por atenderem população específica (puericultura e presídio), finalizando o estudo com 36 UBS.

O cálculo do tamanho amostral para a prevalência do desfecho foi realizado considerando uma prevalência de independência funcional variando entre 65% e 75%, com

um poder de 80%, nível de confiança de 95%, estimando-se para este estudo um $n=636$. Com acréscimo de 10% para perdas e recusas, o tamanho da amostra necessário para esse estudo foi de 700 idosos. Considerando o total de participante e uma distribuição similar nas 36 UBS, foram recrutados 20 idosos em cada unidade de saúde, chegando a uma amostra final de 720 usuários.

Foram considerados elegíveis sujeitos com 60 anos ou mais, que utilizaram a UBS pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, com condições de se manifestarem livremente e que concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Inicialmente foi solicitada a autorização para a realização da pesquisa junto a Secretaria Municipal de Saúde do município de Pelotas com a entrega da carta de anuência acompanhada do projeto de pesquisa. Após a autorização, entrou-se em contato com os responsáveis de cada UBS com o objetivo de apresentar o projeto e pactuar a logística do trabalho de campo.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro de 2016 a janeiro de 2017. As entrevistas foram realizadas individualmente na sala de espera da UBS, garantindo sigilo e ambiente confortável para as respostas, começando pelo primeiro sujeito idoso que estava na direita da porta de entrada da sala aguardando o atendimento, continuando pelo idoso seguinte a sua direita e assim sucessivamente até atingir a cota definida de 20 idosos. Realizaram as entrevistas oito entrevistadores, submetidos a um treinamento específico em um total de 20 horas com conteúdo relacionado ao conhecimento do projeto, técnica de abordagem e pesquisa, aprendizado do instrumento e realização do estudo piloto.

O desfecho, independência funcional, foi avaliado através da Escala de Medida de Independência Funcional – MIF, validada para a população brasileira (Riberto et al., 2004), a qual verifica o desempenho do indivíduo em 18 tarefas referentes à subescalas de

autocuidado, controle esfincteriano, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item é avaliado podendo ser classificado em uma escala de graus de sete níveis, sendo o valor mais baixo (1) correspondente à dependência total e o valor maior (7) a realização das tarefas de forma independente, variando a pontuação total de 18 a 126. Para obtenção do escore final divide-se a pontuação total pelo número de itens (18). O indivíduo então é classificado em um dos sete níveis. Foram considerados independentes àqueles indivíduos que obtiveram escore 6 ou 7 e, dependentes/necessidade de ajuda os idosos com escores menores ou igual a 5. O nível de atividade física no lazer e deslocamento, foi obtido através da aplicação do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (Craig et al., 2003) versão longa, referente a uma semana habitual, onde os idosos foram classificados em inativos (<10 minutos/semana), insuficientemente ativos (10 a 149 minutos/semana) e ativos (≥ 150 minutos/semana) nos domínios de lazer e deslocamento separadamente.

Para caracterizar a amostra foi aplicado um questionário que continham informações referentes às variáveis demográficas – idade (60-69, 70-79, 80 anos ou mais), sexo (masculino e feminino) e cor da pele observada (branca, não branca); variáveis socioeconômicas – renda mensal do entrevistado em salários mínimos (até 1 salário, de 1,01 a 2, de 2,01 a 3 e 3,01 ou mais), situação conjugal (com companheiro, sem companheiro), religião (sim e não); variável nutricional – índice de massa corporal (IMC) calculado através da estatura e do peso referidos (normal – até $24,9 \text{ Kg/m}^2$, sobrepeso – $25,0$ até $29,9 \text{ Kg/m}^2$ e obeso – 30 ou mais Kg/m^2); variáveis de saúde - autopercepção de saúde (excelente, muito boa, boa, regular, ruim); diagnóstico médico referido de hipertensão arterial (sim e não), diabetes mellitus (sim e não), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (sim e não), doença osteomuscular (sim e não) e depressão (sim e não), número de medicamentos referidos como uso contínuo (nenhum, 1, de 2 a 4, 5 ou mais medicamentos), hospitalização no último ano (sim e não) e variáveis

comportamentais – quedas no último ano (nenhuma queda, 1 queda, 2 ou mais quedas) e tabagismo (nunca fumou, fumou mas parou, fuma).

Os dados foram organizados e codificados manualmente no instrumento de coleta de dados, com o objetivo de reduzir erros na identificação das respostas e, posteriormente foram digitados no programa Epidata e transferidos para o pacote estatístico de análise de dados STATA 14.0.

A análise descritiva foi realizada incluindo as variáveis demográficas, socioeconômicas, de saúde, comportamentais, níveis de atividade física de lazer e deslocamento e o desfecho independência funcional. A análise bruta entre o desfecho e as variáveis independentes foi realizada através do teste de qui-quadrado para heterogeneidade e tendência linear. Na análise ajustada, foi utilizada a regressão de Poisson, com cálculo de razões de prevalência, intervalos de confiança de 95% e valores de significância usando o teste de Wald para heterogeneidade e tendência linear, considerando para associação o valor de $p < 0,05$. Todas as variáveis com $p \leq 0,20$ foram mantidas no modelo de regressão com a finalidade de controlar para possíveis fatores de confusão.

As análises levaram em consideração dois modelos hierárquicos: um modelo incluindo atividade física de lazer e outro utilizando atividade física de deslocamento. Em ambos os modelos, com sete níveis, as variáveis independentes foram inseridas na seguinte ordem: 1º nível - sexo, idade, cor da pele, situação conjugal e renda mensal; 2º nível – religião e tabagismo; 3º nível - IMC; 4º nível queda no último ano, diagnóstico médico referido de hipertensão, diabetes mellitus, doença osteomuscular, DPOC e depressão; 5º nível - número de medicamentos de uso contínuo; 6º nível – autopercepção de saúde; 7º nível – atividade física de lazer ou atividade física de deslocamento.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas através da Plataforma Brasil e aprovado

sob o parecer de número 1.714.554 de 06 de setembro de 2016. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram do estudo 720 idosos com idade entre 60 e 98 anos ($69,3 \pm 7,1$ anos). Para atingir a cota de 720 idosos foram abordados 750 idosos, deste total, 30 (4,0%) indivíduos recusaram a participação no estudo. As recusas não foram diferentes em termos de sexo e foram distribuídas em 20 UBS.

O desfecho independência funcional apresentou prevalência de 88,2%. Entre os idosos da amostra, a maioria era do sexo feminino (66,9%), na faixa etária de 60 a 69 anos (58,1%), brancos (81,5%), vivendo sem companheiro (56,5%) e com renda mensal de até um salário mínimo (62,0%). Aproximadamente 71,0% referiram praticar alguma religião e, um pouco mais da metade (51,3%) afirmaram nunca ter fumado. A maioria (87,3%) dos idosos não apresentou histórico de hospitalização no último ano e episódios de quedas (69,5%). Quanto ao recebimento de diagnóstico médico, 70,6% referiram ter recebido diagnóstico de hipertensão, 29,8% de diabetes mellitus, 42,3% de doença osteomuscular, 8,6% de DPOC e 24,5% de depressão. Em relação ao IMC, 75,0% da amostra foi classificada com sobrepeso e obesidade. No que se refere ao número de medicamentos utilizados, 90% relatou utilizar pelo menos um medicamento de uso contínuo. A autopercepção de saúde foi considerada regular por aproximadamente 40% dos idosos. Com relação à prática de atividade física no lazer e no deslocamento respectivamente, 83,3% e 73,5% dos usuários não atingiram o ponto de corte para serem considerados ativos, (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição das variáveis demográficas, socioeconômicas, de saúde e comportamentais dos idosos usuários de Unidades Básicas da zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

VARIÁVEL	N	%
SEXO		
Masculino	238	33,1
Feminino	482	66,9
IDADE		
60 – 69 anos	418	58,1
70 – 79 anos	237	32,9
80 anos ou mais	65	9,0
COR DE PELE		
Branca	587	81,5
Não branca	133	18,5
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Com companheiro	313	43,5
Sem companheiro	407	56,5
RENDA		
Até 1SM	442	62,0
De 1,01 a 2SM	212	29,7
Entre 2,01 a 3SM	36	5,1
3,01 ou mais	23	3,2
RELIGIÃO		
Sim	514	71,4
Não	206	28,6
TABAGISMO*		
Nunca fumou	369	51,3
Já fumou, mas parou	270	37,6
Sim, fuma um ou mais cigarros por dia	80	11,1
HOSPITALIZAÇÃO NO ÚLTIMO ANO*		
Sim	91	12,7
Não	628	87,3
QUEDAS NO ÚLTIMO ANO*		
Nenhuma queda	500	69,5
1 queda	108	15,0
2 ou mais quedas	111	15,5
HIPERTENSÃO		
Sim	508	70,6
Não	212	29,4

DIABETES*

Sim	214	29,8
Não	505	70,2

DOENÇA OSTEOMUSCULAR*

Sim	304	42,3
Não	415	57,7

DPOC*

Sim	62	8,6
Não	657	91,4

DEPRESSÃO**

Sim	176	24,5
Não	542	75,5

IMC***

Normal	134	25,0
Sobrepeso	231	43,3
Obesidade	169	31,7

**NÚMERO DE MEDICAMENTOS
UTILIZADOS[#]**

Nenhum medicamento	71	10,0
1 medicamento	113	15,9
2 a 4 medicamentos	326	45,8
5 ou mais medicamentos	202	28,4

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE*

Excelente	24	3,3
Muito Boa	21	2,9
Boa	255	35,5
Regular	291	40,5
Ruim	128	17,8

AF LAZER**

Inativo	536	74,7
Insuficientemente ativo	62	8,6
Ativo	120	16,7

AF DESLOCAMENTO^{##}

Inativo	217	30,4
Insuficientemente ativo	307	43,1
Ativo	189	26,5

SM – Salários mínimos; DPOC – doença pulmonar obstrutiva crônica; IMC – índice de massa corporal; AF – atividade física.

*n=719; **n=718; ***n=534; [#]n=712; ^{##}n=713

A figura 1 mostra a prevalência do desfecho de acordo com o nível de atividade física no lazer e deslocamento. Verifica-se que à medida que se muda de nível de atividade física a independência funcional aumenta, apresentando maiores prevalências em idosos ativos. Porém, idosos insuficientemente ativos também apresentam prevalências de independência funcional elevada.

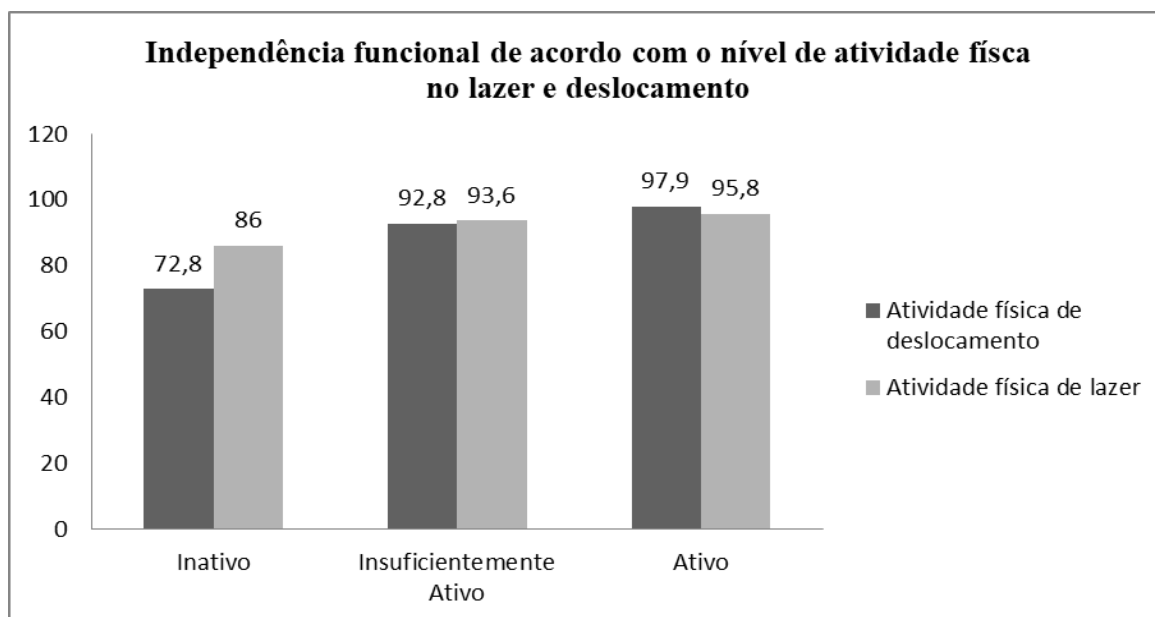


Figura 1. Prevalência do desfecho independência funcional de acordo com o nível de atividade física no lazer e deslocamento.

Na análise bruta mostraram-se associadas à capacidade funcional independente as variáveis; sexo ($p=0,032$), idade ($p<0,001$), renda mensal em salários mínimos ($p=0,004$), episódios de quedas no último ano ($p<0,001$), diagnóstico médico referido de HAS ($p=0,010$), DM ($p=0,016$), doença osteomuscular ($p<0,001$) e depressão ($p=0,031$); medicamentos de uso contínuo ($p<0,001$), histórico de hospitalização no último ano ($p=0,003$), autopercepção de saúde ($p<0,001$) e atividade física no lazer ($p<0,001$) e deslocamento ($p<0,001$). Na análise ajustada, permaneceram associadas ao desfecho o sexo ($p=0,040$), idade ($p<0,001$), renda mensal ($p=0,044$), episódio de queda no último ano ($p=0,006$), diagnóstico médico referido de

doença osteomuscular ($p=0,009$), medicamentos de uso contínuo ($p=0,014$), hospitalização no último ano ($p=0,010$), autopercepção de saúde ($p=0,004$) e atividade física no lazer ($p=0,031$) e deslocamento ($p<0,001$). (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência do desfecho independência funcional, análise bruta e ajustada do desfecho Independência Funcional de idosos usuários das UBS. Pelotas, 2016.

VARIÁVEL	%	ANÁLISE BRUTA RP (IC 95%)	P VALOR	ANÁLISE AJUSTADA RP (IC 95%)	P VALOR
SEXO¹			0,032		0,040
Masculino	91,6	1,0		1,0	
Feminino	86,5	0,94 (0,89-1,00)		0,94 (0,89 – 1,00)	
IDADE¹			< 0,001 ^T		<0,001 ^T
80 anos ou mais	63,1	1,0		1,0	
70-79 anos	87,3	1,38 (1,14 - 1,67)		1,37 (1,13 – 1,66)	
60 - 69 anos	92,6	1,46 (1,21 – 1,77)		1,46 (1,21 – 1,76)	
COR DE PELE¹			0,708		0,843
Branca	88,4	1,0		1,0	
Não Branca	87,2	0,98 (0,91 – 1,05)		0,99 (0,92 – 1,06)	
SITUAÇÃO CONJUGAL¹			0,248		0,504
Com companheiro	86,6	1,0		1,0	
Sem companheiro	89,4	1,03 (0,97 – 1,09)		0,98 (0,92 – 1,03)	
RENDA¹			0,004 ^T		0,044 ^T
Até 1 SM	86,0	1,0		1,0	
Entre 1,01 e 2 SM	90,6	1,05 (0,99 – 1,11)		1,05 (0,99 – 1,11)	
De 2,01 a 3 SM	94,4	1,09 (1,00 – 1,19)		1,09 (1,00 – 1,19)	
Mais de 3,01 SM	95,7	1,11 (1,01 – 1,22)		1,04 (0,94 – 1,15)	
RELIGIÃO²			0,732		0,993
Sim	87,9	1,0		1,0	
Não	88,8	1,01 (0,5 – 1,07)		1,00 (0,94 – 1,05)	
TABAGISMO²			0,376		0,590
Nunca fumou	87,8	1,0		1,0	
Fumou mas parou	87,4	0,99 (0,93 – 1,05)		0,96 (0,90 – 1,02)	
Fuma	92,5	1,05 (0,97 – 1,13)		1,00 (0,92 – 1,08)	
IMC³			0,846		0,375
Normal	91,0	1,0		1,0	
Sobrepeso	91,8	1,00 (0,94 – 1,07)		1,02 (0,96 – 1,09)	
Obesidade	91,7	1,00 (0,93 – 1,08)		1,03 (0,96 – 1,10)	
QUEDA NO ÚLTIMO ANO⁴			<0,001 ^T		0,006 ^T
2 ou mais quedas	73,0	1,0		1,0	
1 queda	86,1	1,18 (1,02 – 1,35)		1,16 (1,01 – 1,33)	
Nenhuma queda	92,0	1,26 (1,12 – 1,41)		1,18 (1,05 – 1,33)	
HIPERTENSÃO⁴			0,010		0,148
Sim	86,4	1,0		1,0	
Não	92,5	0,93 (1,01 – 1,12)		1,03 (0,98 – 1,09)	

DIABETES⁴			0,016		0,120
Sim	83,2	1,0		1,0	
Não	90,3	1,08 (1,01 – 1,16)		1,04 (0,98 – 1,11)	
DOENÇA OSTEOMUSCULAR⁴			<0,001		0,009
Sim	82,6	1,0		1,0	
Não	92,3	1,11 (1,05 – 1,18)		1,08 (1,02 – 1,15)	
DPOC⁴			0,791		0,990
Sim	87,1	1,0		1,0	
Não	88,3	1,01 (0,91 – 1,12)		1,00 (0,90 – 1,10)	
DEPRESSÃO⁴			0,031		0,216
Sim	83,0	1,0		1,0	
Não	89,9	1,08 (1,00 – 1,16)		1,04 (0,97 – 1,12)	
MEDICAMENTOS⁵			<0,001 ^T		0,014 ^T
5 ou mais	79,2	1,0		1,0	
2 a 4	89,3	1,12 (1,04 – 1,22)		1,07 (0,99 – 1,16)	
1	94,7	1,19 (1,10 – 1,29)		1,11 (1,01 – 1,21)	
Nenhum	98,6	1,24 (1,15 – 1,34)		1,12 (1,02 – 1,24)	
HOSPITALIZAÇÃO ULTIMO ANO⁵			0,003		0,010
Sim	74,7	1,0		1,0	
Não	90,1	1,20 (1,06 – 1,36)		1,17 (1,04 – 1,32)	
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE⁶			<0,001 ^T		0,004 ^T
Ruim	73,4	1,0		1,0	
Regular	88,0	1,19 (1,07 – 1,34)		1,15 (1,03 – 1,29)	
Boa	94,5	1,28 (1,15 – 1,43)		1,18 (1,06 – 1,31)	
Muito Boa	90,5	1,23 (1,03 – 1,46)		1,14 (0,94 – 1,37)	
Excelente	100,0	1,36 (1,22 – 1,51)		1,17 (1,04 – 1,30)	
AF LAZER^{7*}			<0,001 ^T		0,031 ^T
Inativo	86,0	1,0		1,0	
Insuficientemente ativo	93,6	1,08 (1,01 – 1,17)		1,04 (0,96 – 1,12)	
Ativo	95,8	1,11 (1,05 – 1,17)		1,05 (1,00 – 1,10)	
AF DESLOCAMENTO^{7*}			<0,001 ^T		<0,001 ^T
Inativo	72,8	1,0		1,0	
Insuficientemente ativo	92,8	1,27 (1,16 – 1,39)		1,24 (1,14 – 1,35)	
Ativo	97,9	1,34 (1,23 – 1,46)		1,25 (1,16 – 1,35)	

¹⁻⁷ níveis das variáveis para análise ajustada

^{7*} variáveis que não entram no mesmo modelo de análise

^T Teste de Wald para Tendência Linear

SM = salários mínimos, IMC = índice de massa corporal, DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica, AF= atividade física.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, observou-se que os idosos do sexo masculino, na faixa etária mais jovem, com maior renda, que não sofreram quedas e nem

foram hospitalizados no último ano, que não receberam diagnóstico médico referido de doença osteomuscular, que não utilizam medicamentos contínuos, com melhor percepção de saúde e que realizam AF no lazer e no deslocamento apresentam maiores probabilidades de serem independentes funcionalmente.

No que diz respeito à independência funcional, 88,2% da amostra apresentou condições para realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária. Para Veras (2012), não é a presença ou ausência de doença que irá determinar a qualidade de vida do idoso e sim, as habilidades que ele possui para administrar sua vida de maneira autônoma e independente. No estudo de Barbosa et al. (2014), foram avaliados 286 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) Lourdes II da cidade de Montes Claros (MG) e, destes, 61,9% eram independentes para a realização das AVDs. Trize et al. (2014) ao avaliarem idosos da região norte de Bauru/SP encontraram prevalências de independência funcional semelhante (63,1%). Trabalho realizado com idosos cadastrados nas UBS e ESF do município de Avaré/SP registrou um percentual ainda maior de independência funcional (91,5%). Os resultados apresentados nos diferentes estudos fortalecem o nosso achado visto que em todos estes a prevalência da categoria de independência funcional foi sempre a mais alta. No entanto, acreditamos que as diferenças metodológicas entre os estudos, diferentes instrumentos utilizados para avaliar capacidade funcional e recrutamento da amostra, podem estar determinando as diferentes prevalências encontradas. Outrossim, acreditamos que nosso resultado pode ser conservador devido ao fato de ter sido estudado os idosos que utilizam a UBS e portanto, os que tiveram condições de se deslocar até o local de atendimento.

No presente estudo, ser do sexo masculino, na faixa etária de 60 a 69 anos, ter renda mensal de 3,01 salários mínimos ou mais, não ter sofrido queda, não ter sido hospitalizado no último ano, não ter diagnóstico clínico de HAS, DM, doenças osteomusculares, e depressão; não fazer uso de medicamentos contínuos, considerar sua saúde excelente e ser ativo no lazer

e deslocamento demonstraram maior prevalência entre os idosos com capacidade funcional independente. De acordo com a literatura as mulheres são mais longevas e por isso tornam-se mais suscetíveis à diminuição ou perda da capacidade funcional independente, dado que com o avanço da idade múltiplos problemas de saúde são mais comuns (OMS, 2005), fortalecendo os resultados encontrados neste estudo.

Fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e de saúde estão intimamente ligados à preservação da independência funcional. Idosos de faixa etárias mais elevadas (Fiedler & Peres, 2008) e baixa situação econômica (Trize et al., 2014) apresentam maiores prevalências de dependência funcional, assim como, àqueles que relatam ter uma ou mais DCNT, que por consequência acabam consumindo maior número de medicamentos, podendo dessa forma, aumentar o risco de incapacidades e hospitalizações (McGuire, Ford, & Ajani, 2006). A autopercepção de saúde é um indicador multidimensional considerado eficaz para mensurar aspectos de saúde da população e um importante preditor de incapacidade funcional em idosos (Borges et al., 2014). Em relação à atividade física a literatura (Neto, Rombaldi, Saes, & Siqueira, 2015; Ribeiro et al., 2015) apresenta como sendo um fator protetor para a dependência funcional, mesmo naqueles indivíduos de idades mais avançadas (Santos, Koszuoski, Dias-da-Costa, & Pattussi, 2007).

Observou-se através dos resultados, que estiveram associados à independência funcional na análise bruta o sexo, a idade, a renda, queda no último ano, diagnóstico clínico de HAS, DM, doença osteomuscular, depressão, medicamentos de uso contínuo, hospitalização no último ano, autopercepção de saúde, AF lazer e AF deslocamento, corroborando com estudos que avaliaram fatores que influenciam na capacidade funcional de idosos (D'Orsi, Xavier, & Ramos, 2011; Trize et al., 2014). No entanto, após o ajuste no modelo de regressão, o único diagnóstico médico que permaneceu associado à independência funcional foi ter doença osteomuscular. Embora estudos demonstrem que a doença

osteomuscular é um fator limitante e que contribui para a dependência funcional (Reis & Torres, 2011; Rigo, Paskulin, & Morais, 2010), pode-se levar em consideração que ser diagnosticado com a doença seja uma limitação para a realização das atividades do cotidiano, porém, ao mesmo tempo o idoso ao apresentar o diagnóstico pode buscar meios de se manter ativo e independente por mais tempo.

Os idosos que não receberam diagnóstico clínico de doença osteomuscular apresentaram maior chances de serem independentes. Sabe-se que a doença aumenta progressivamente de acordo com a idade, sendo explicado pelas características próprias do processo de envelhecimento, e que podem levar ao maior risco de sofrer quedas. Episódios de quedas em idosos são considerados um evento que interfere diretamente na capacidade funcional, sendo a segunda causa de morte por lesões acidentais e não acidentais (Fhon et al., 2012).

Com relação à associação do desfecho e a atividade física de deslocamento, observou-se que mesmo os idosos não alcançando a recomendação da OMS de realizar 150 minutos por semana, ser insuficientemente ativo contribui para a manutenção e preservação da independência funcional. Estudos realizados por Mourão et al (2013) e Madeira et al (2013) encontraram prevalências 70% e 87,5% de idosos insuficientemente ativos no deslocamento. O fato de ser recomendado pela OMS realizar 150 minutos de atividade física semanal, muitas vezes pode ser uma barreira para os idosos por considerarem muito tempo, sendo assim, realizar algum tipo de atividade física no deslocamento já demonstra resultados positivos em relação à manutenção da capacidade funcional independente.

Em relação à atividade física no lazer ao realizar após a análise ajustada a mesma perdeu magnitude. No entanto, na análise de heterogeneidade os ativos mostraram 5,0% mais risco para o desfecho que os idosos inativos. A importância de medir a AF nessa etária e no domínio lazer se dá pelo fato de que os idosos possuem maior tempo de lazer do que outras

parcelas da população, tendo em vista que a maioria usufrui da aposentadoria, tornando-se assim, esse domínio forte indicador do nível de AF nessa faixa etária (Zaitune et al, 2010). Prevalências semelhantes foram encontradas no estudo conduzido por Rocha et al. (2013), no qual 18,3% dos idosos foram considerados ativos no lazer. No cenário mundial Feng et al. (2011), realizaram um estudo longitudinal com quatro cortes transversais, a fim de analisar a tendência de AF no lazer em idosos de Xangai, cidade mais populosa da China e que possui maior proporção de idosos do país. Durante o acompanhamento, os idosos relataram cada vez menos realizar algum tipo de AF d lazer, sendo realizada por 25,0% dos idosos da amostra.

Os resultados deste estudo demonstraram que os idosos usuários das UBS apresentaram níveis de atividade física no deslocamento melhores quando comparados aos níveis de atividade física de lazer. Uma hipótese para esse achado é que a população estudada se refere aos usuários de UBS e, portanto, moradores de áreas de maior vulnerabilidade, acarretando maiores deslocamentos e despendendo menos tempo para atividades físicas de lazer. De acordo com alguns autores, indivíduos com renda menor são menos ativos quando comparados aos de maior renda por terem menos acesso a informações e serviços ou, por viverem em ambiente que não favorece a prática de atividade física (Florindo, Salvador, Reis & Guimarães, 2011; Zaitune et al., 2010).

Tem-se conhecimento que que praticar atividade física regular pode ser considerado um determinante no que se refere à manutenção da saúde e melhora da capacidade funcional, além de proporcionar uma melhora na qualidade de vida e do bem estar geral (Moreira, Teixeira & Novaes, 2014).

Por se tratar de uma análise transversal, não é possível demonstrar relação de causalidade entre o desfecho e algumas variáveis de exposição, nesse sentido, alguns dos resultados devem ser considerados com certo cuidado pela possibilidade de estar sofrendo ação de possível limitação deste delineamento. Sugere-se a realização de estudos

longitudinais que possam explorar melhor essas relações, bem como o efeito da atividade física de lazer e deslocamento, a longo prazo, na capacidade funcional independente dos idosos.

Os achados evidenciam informações relevantes para que políticas públicas de saúde sejam elaboradas enfocando as variáveis passíveis de mudança, para os usuários de UBS, tendo em vista que promover essas mudanças bem como, incentivar a prática de atividade física no lazer e deslocamento pode retardar a dependência, contribuindo dessa forma, para a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

- Alves, L. C., Leite, I. D. C., & Machado, C. J. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1199–1207.
- Barbosa, B. R., Almeida, J. M. de, Barbosa, M. R., & Rossi-Barbosa, L. A. R. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3317–3325.
- Borges, A. M., Santos, G., Kummer, J. A., Fior, L., Molin, V. D., & Wibeling, L. M. (2014). Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 17(1), 79–86.
- Brasil, M. da S. (2006). *Pactos pela Vida e de Gestão do SUS. Pacto pela Saúde* (Vol. I).
- Brasil, M. da S. (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde. Pacto pela Saúde 2006*, v.7.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., ... Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1381–1395.
- D’Orsi, E., Xavier, A. J., & Ramos, L. R. (2011). Work, social support and leisure protect the elderly from functional loss: EPIDOSO study. *Revista de Saúde Pública*, 45(4).
- Feng, Q., Purser, J. L., Zhen, Z., & Duncan, P. W. (2011). Less exercise and more TV: Leisure-time physical activity trends of Shanghai elders, 1998-2008. *Journal of Public Health*, 33(4), 543–550.
- Fhon, J. R. S., Wehbe, S. C. C. F., Vendruscolo, T. R. P., Stackfleth, R., Marques, S., & Rodrigues, R. A. P. (2012). Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), Tela 1-Tela 8. Retrieved from
- Fiedler, M. M. M., & Peres, K. K. G. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 409–415.
- Florindo, A. A., Salvador, E. P., Reis, R. S., & Guimarães, V. V. (2011). Perception of the environment and practice of physical activity by adults in a low socioeconomic area. *Revista De Saúde Pública*, 45(2), 302–310.
- Leandro, L. A. (2011). *Fatores associados ao desempenho funcional de idosos portadores da Doença de Parkinson*. Universidade Federal do Paraná.
- Maciel, M. G. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz*, 16(4), 1024–1032.
- McGuire, L. C., Ford, E. S., & Ajani, U. A. (2006). The impact of cognitive functioning on mortality and the development of functional disability in older adults with diabetes: the

- second longitudinal study on aging. *BMC Geriatrics*, 6(8), 1–7. .
- Moreira, R. M., Teixeira, R. M., & Novaes, K. O. (2014). Contribuições da atividade física na promoção da saúde , autonomia e independência de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(1), 201–217.
- Neto, V. E. P., Rombaldi, A. J., Saes, M. de O., & Siqueira, F. V. (2015). Physical activity and gait kinematics in the elderly TT - Atividade física e cinemática da marcha em idosos. *Revista Brasileira de Atividade Física E Saúde*, 20(3), 243–251.
- OMS, O. P.-A. da S. – O. –. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. World Health Organization (Vol. 380).
- Parahyba, M. I., & Simões, C. C. da S. (2006). A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 967–974.
- Ramos LR. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: Ramos LR, Toniolo-Neto J, organizadores. *Guia de geriatria e gerontologia*. São Paulo: Editora Manole; 2005. p. 1-7.
- Reis, L. A., & Torres, G. de V. (2011). Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 274–280.
- Riberto, M., Miyazaki, M. H., Jucá, S. S. H., Sakamoto, H., Pinto, P. P. N., & Battistella, L. R. (2004). Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure. *Acta Fisiatrica*, 11(2), 72–76.
- Rocha, S. V., Almeida, M. M. G. de, Araújo, T. M. de, Santos, L. B. S., & Rodrigues, W. K. M. (2013). Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, 19(3), 191–195.
- Santos, K. A. dos, Koszuoski, R., Dias-da-Costa, J. S., & Pattussi, M. P. (2007). Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11), 2781–2788.
- Trize, D. de M., Conti, M. H. S. de, Gatti, M. A. N., Quintino, N. M., Simeão, S. F. A. P., & Vitta, A. de. (2014). Fatores associados à capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. *Fisioter Pesq*, 21(4), 378–383.
- Veras, R. P. (2012). Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(10), 1834–1840.
- Zaitune, M. P. D. A., Barros, M. B. D. A., César, C. L. G., Carandina, L., Goldbaum, M., & Alves, M. C. G. P. (2010). Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(8), 1606–1618.

JOURNAL OF AGING AND PHYSICAL ACTIVITY
Normas Editoriais

JOURNAL OF AGING AND PHYSICAL ACTIVITY

AUTHOR GUIDELINES

Prior to submission, please carefully read and follow the submission guidelines detailed below. Authors must submit their manuscripts through the journal's ScholarOne online submission system. To submit, click the button below:

AUTHORSHIP GUIDELINES

The Journals Division at Human Kinetics adheres to the criteria for authorship as outlined by the International Committee of Medical Journal Editors*:

Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content. Authorship credit should be based only on substantial contributions to:

- a. Conception and design, or analysis and interpretation of data; and
- b. Drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and
- c. Final approval of the version to be published.

Conditions a, b, and c must all be met. Individuals who do not meet the above criteria may be listed in the acknowledgments section of the manuscript.

*Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324, 424–428.

OPEN ACCESS

Human Kinetics is pleased to allow our authors the option of having their articles published Open Access within JAPA. In order for an article to be published Open Access, authors must complete and return the Request for Open Access form and provide payment for this option. To request Open Access, click [here](#).

MANUSCRIPT GUIDELINES

The *Journal of Aging and Physical Activity* (JAPA) consists of three peer-reviewed sections: Original Research, Scholarly Reviews, and Professional Applications. The Original Research section contains scientific studies and investigations, systematic clinical observations, and controlled case studies. The Scholarly Reviews section publishes reviews that synthesize research and practice on important issues in the study of physical activity and aging. Articles based on experience in working with older populations and the available scientific evidence that focus on program development, program activities, and application of exercise principles are appropriate for the Professional Applications section. JAPA also includes an editorial section for exchange of viewpoints on key issues affecting physical activity and older adults.

FORMAT

In preparing manuscripts for publication in JAPA, authors should adhere to the guidelines in the *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th edition, 2010) unless otherwise noted in these submission guidelines. Copies of the APA Publication Manual can be found in most university libraries or purchased online through the [APA website](#). Please note that the APA guidelines (p. 15) particularly require that authors acknowledge the existence of similar publications so that the Editor can “make an informed judgment as to whether the submitted manuscript includes sufficient new information to warrant consideration.” If similar publications exist, please address this in your cover letter and provide a brief explanation of how the submitted manuscript adds to the literature. Manuscripts that do not conform to APA guidelines and to the guidelines described here may be rejected without review. Please upload a Title Page as a separate document. This page should include the manuscript title, names of authors and institutional affiliation(s), suggested running head, and full mailing address, e-mail address, and telephone and fax numbers of the corresponding author. The manuscript itself should not contain any author-identifying information and should be uploaded as the Main Document. Within the Main Document, the first page of the manuscript should contain only the title of the article. Page 2 should contain the abstract, with the text of the manuscript beginning

on page 3. All manuscripts must include an abstract of 100–150 words. Beneath the abstract, please also include 3–5 keywords not included in the title. The manuscript must be double-spaced, including the abstract, references, and any block quotes. Include line numbers that restart on each page of the manuscript (through Page Setup in Microsoft Word). Every effort should be made to see that the manuscript itself contains no clue to the author's identity. Please also include, when relevant, a statement regarding compliance with regulations for the use of human subjects.

Randomized Controlled Trials. Manuscripts reporting randomized controlled trials are required to follow the CONSORT guidelines, which can be found at <http://www.consort-statement.org/>.

ARTWORK AND TABLE INSTRUCTIONS

All art must be professionally prepared, with clean, crisp lines; freehand or typewritten lettering will not be accepted. If photos are used, they should be black and white, sharply focused, and show good contrast. Each figure and photo must be properly identified. In graphs, use black and white or gray shading only, no color. Keep labels proportionate with the size of the figures on the journal page, which is 6.5 in. wide. Digital images should be 300 dpi at full size for photos and 600 dpi for line art. Format tables in the table function of your word processing program rather than aligning columns in text with tabs and spaces or using text boxes. When creating tables, the size and complexity should be determined with consideration for its legibility and ability to fit the printed page.

Authors wishing to reproduce previously published material should obtain prior written permission to reprint from the copyright holder(s) of the original manuscript. Any fees associated with reprinting material are the responsibility of the author(s). Any permission document should be included as a supplementary file with the manuscript submission.

REVIEW

Manuscripts are read by the Editor and/or an Associate Editor and, when possible, by at least one member of the Editorial Board and one or two additional reviewers. The review process is expected to take 9–12 weeks. There are no page charges to contributors. Manuscripts are evaluated through blind review.

All submissions should show evidence of good scholarship, judged by the explanation and rationale for the study, topical relevance and interest to the readership, the design and conduct of the project, and the presentation and discussion of results. Manuscripts that are judged as failing to meet these initial criteria may be rejected by the Editor without further review.

BEFORE SUBMITTING

Manuscripts must not be submitted to another journal at the same time. Authors are advised to check very carefully the typing of the final copy, particularly the accuracy of references, and to retain a duplicate copy to guard against loss.

Authors of manuscripts accepted for publication must transfer copyright to Human Kinetics, Inc. This transfer of copyright form will be provided to authors upon submission.

PRESS RELEASE

CAPACIDADE FUNCIONAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS USUÁRIOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A capacidade funcional é definida como a habilidade física e mental do indivíduo de manter uma vida de maneira independente e autônoma e, é determinada pelas atividades básicas de vida diária (AVD) e pelas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), as quais são avaliadas quanto ao nível de dependência e independência que o idoso possui para executá-las (Alves et al., 2008). A redução gradual e progressiva da capacidade funcional associada ao envelhecimento e a afecções por DCNT resultam em maior consumo de serviços de saúde por parte dessa população (Ramos, 2005). O acelerado processo de envelhecimento populacional tem chamado a atenção sobre as condições de saúde durante esses anos adicionais com foco na funcionalidade do idoso (Parahyba & Simões, 2006). Nesse sentido, a avaliação da capacidade funcional torna-se uma relevante questão de pesquisa na área do envelhecimento, dado que envelhecer com autonomia e independência é fator indispensável para a manutenção e preservação da qualidade de vida (Alves et al., 2008).

Nesse sentido, Graciele Ferreira Mendes, aluna do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Católica de Pelotas, orientada pelo professor Dr. Fernando Siqueira, desenvolveu um estudo com o objetivo de avaliar a capacidade funcional e o nível de atividade física de idosos usuários das unidades básicas da zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

Os resultados demonstraram que 88,2% dos idosos apresentaram capacidade funcional independente e em relação à prática de atividade física no lazer e no deslocamento respectivamente, 83,3% e 73,5% dos usuários não atingiram o ponto de corte para serem considerados ativos (≥ 150 minutos/semana). A capacidade funcional independente foi maior em idosos do sexo masculino, na faixa etária mais jovem (60 – 69 anos), com renda mensal de 3,01 ou mais salários mínimos, que não relataram histórico de quedas e hospitalização no último ano, não receberam diagnóstico médico de hipertensão, diabetes, doença osteomuscular e depressão, não utilizam nenhum medicamento de uso contínuo, consideram sua saúde excelente e são ativos no lazer e deslocamento.

Além disso, observou-se que mesmo os idosos não alcançando a recomendação da OMS de realizar 150 minutos por semana de atividade física no deslocamento, ser insuficientemente ativo contribui para a manutenção e preservação da independência funcional.

Os autores concluem que estes resultados evidenciam informações relevantes para que políticas públicas de saúde sejam elaboradas enfocando as variáveis passíveis de mudança, para os usuários de UBS, tendo em vista que promover essas mudanças bem como, incentivar a prática de atividade física no lazer e deslocamento pode retardar a dependência, contribuindo dessa forma, para a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos.