



Perfil sócio-funcional de idosos assistidos pelo Sistema Único de Saúde de uma cidade do Nordeste Brasileiro

Socio-functional profile of elderly people assisted by the Unified Health System in a city in Northeast Brazil

Perfil socio-funcional de ancianos atendidos por el Sistema Único de Salud en una ciudad del Nordeste de Brasil

Felipe Lima Rebêlo.  Orcid: 0000-0001-5338-523X¹

Melba Melissa Brito Calazans.  Orcid: 0000-0002-7921-0443

Nicole Fernanda dos Santos Lima.  Orcid: 0000-0003-2629-3158

Vitória Anjos da Silva.  Orcid: 0000-0002-1196-8493

Resumo

Introdução: O envelhecimento é um processo fisiológico que traz alterações no organismo do idoso, interferindo diretamente na sua capacidade funcional, assim como nas suas condições socioeconômicas e demográficas, que também podem interferir em sua funcionalidade. **Objetivo:** Traçar o perfil socioeconômico-demográfico e funcional de um grupo de idosos assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado com 30 idosos da Unidade Saúde da Família do Cavaco (PSF) e do Centro de Medicina Física e Reabilitação de Arapiraca (AL). Foi aplicado o IASFI, instrumento que visa obter dados de identificação, representação do estado de saúde e desempenho social dos idosos e avaliação funcional. Os dados estão apresentados em frequências relativas e absolutas. **Resultados:** Houve predominância do sexo feminino (76,67%), sendo a maioria casados (63,33%), residindo com 2 a 4 pessoas (53,33%), analfabetos (66,67%) e vivendo com uma renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (40%). Já em relação aos dados referentes à saúde e as relações sociais, a maioria relatou não praticar atividade física (66,33%), ter boa relação com familiares e amigos (66,67%). A grande maioria (83,33%) percebe a saúde como regular e todos (100%) referiram conviver com alguma doença. Mais da metade dos idosos avaliados (53,33%) apresentaram algum grau de dependência funcional. **Conclusão:** O perfil socioeconômico e demográfico refletiu a realidade para a população idosa do Nordeste do Brasil. Funcionalmente, identificou-se um importante grau de comprometimento funcional.

Palavras-chave: Idoso. Análise socioeconômica. Dados demográficos.

¹ Autor correspondente: feliperebello_fisio@yahoo.com.br. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

Abstract

Introduction: Aging is a physiological process that changes the body of the elderly, directly interfering with their functional capacity, as well as their socioeconomic and demographic conditions, which can also interfere with their functionality. **Objective:** To trace the socioeconomic-demographic and functional profile of a group of elderly people assisted by the Unified Health System (SUS) in a city in the Northeast of Brazil. **Methods:** This is a quantitative, cross-sectional and descriptive study, carried out with 30 elderly people from the Cavaco Family Health Unit (PSF) and the Arapiraca Physical Medicine and Rehabilitation Center (AL). The IASFI was applied, an instrument that aims to obtain identification data, representation of the health status and social performance of the elderly and functional assessment. The data are presented in relative and absolute frequencies. **Results:** There was a predominance of females (76.67%), most of whom were married (63.33%), living with 2 to 4 people (53.33%), illiterate (66.67%) and living on an income 1 to 2 minimum wages (40%). In relation to data on health and social relationships, most reported not practicing physical activity (66.33%), having a good relationship with family and friends (66.67%). The vast majority (83.33%) perceived health as regular and all (100%) reported living with some disease. More than half of the elderly assessed (53.33%) had some degree of functional dependence. **Conclusion:** The socioeconomic and demographic profile reflected the reality for the elderly population in Northeast Brazil. Functionally, an important degree of functional impairment was identified.

Keywords: Aged. Socioeconomic Analysis. Demographic Data.

Resumen

Introducción: El envejecimiento es un proceso fisiológico que cambia el cuerpo de las personas mayores, interfiriendo directamente en su capacidad funcional, así como en sus condiciones socioeconómicas y demográficas, que también pueden interferir en su funcionalidad. **Objetivo:** Trazar el perfil socioeconómico-demográfico y funcional de un grupo de ancianos atendidos por el Sistema Único de Salud (SUS) en una ciudad del Nordeste de Brasil. **Métodos:** Se trata de un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, realizado con 30 ancianos de la Unidad de Salud de la Familia Cavaco (PSF) y del Centro de Rehabilitación y Medicina Física (AL) Arapiraca. Se aplicó el IASFI, instrumento que tiene como objetivo obtener datos de identificación, representación del estado de salud y desempeño social de las personas mayores y evaluación funcional. Los datos se presentan en frecuencias relativas y absolutas. **Resultados:** Predominó el sexo femenino (76,67%), la mayoría de las cuales estaban casadas (63,33%), vivían con 2 a 4 personas (53,33%), eran analfabetas (66,67%) y vivían de un ingreso. 1 a 2 salarios mínimos (40%). En relación a los datos de salud y relaciones sociales, la mayoría refirió no practicar actividad física (66,33%), tener buena relación con familiares y amigos (66,67%). La gran mayoría (83,33%) percibió la salud como regular y todos (100%) informaron vivir con alguna enfermedad. Más de la mitad de los ancianos evaluados (53,33%) tenían algún grado de dependencia funcional. **Conclusión:** El perfil socioeconómico y demográfico reflejó la realidad de la población anciana en el noreste de Brasil. Funcionalmente, se identificó un grado importante de deterioro funcional.

Descriptor: Anciano. Análisis Socioeconómico. Datos Demográficos.

Introdução

O envelhecimento pode ser definido como um processo sequencial, de desgaste cumulativo, irreversível e não patológico, que provoca um conjunto de alterações morfofuncionais, levando a uma maior prevalência de doenças e incapacidades. Atualmente, o Brasil apresenta um acelerado processo de envelhecimento, com transformações profundas na composição etária de sua população, onde os idosos, particularmente os acima de 80 anos, constituem o segmento que mais cresce da população brasileira.¹⁻²⁻³

O Ministério da Saúde instituiu em 1999, através de portaria reformulada em 2006, como forma de enfrentamento desse problema de saúde pública, a “Política de Saúde dos Idosos”. Entre os temas abordados na política nacional dos idosos está a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional, pelo maior tempo possível. No Brasil, as desigualdades sociais apresentam-se de forma evidente, levando o país a uma situação de destaque em termos de concentração de renda.⁴

Não obstante, a influência da situação socioeconômica sobre os idosos tem recebido pouca atenção por parte dos nossos governantes. Essa situação socioeconômica desempenha um importante papel na determinação da saúde de indivíduos e populações. O conhecimento das condições de saúde dessa população e das influências socioeconômicas sobre elas é importante para subsidiar políticas públicas, buscando corrigir distorções e reduzir as desigualdades entre as pessoas de idade mais avançada.⁵

Para isso, no campo sociodemográfico, alguns modelos foram apresentados objetivando uma melhor qualidade de vida da população idosa. Nagi, na década de 1960, apresentou seu modelo centrado em quatro conceitos: patologia ativa, disfunção, limitação funcional e incapacidade, cuja versão modificada foi posteriormente proposta em 1980, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o que está em consonância com a *International Classification of Impairments, Disability and Handicap* (ICIDH) que apresentou três conceitos centrais: deficiência ou disfunção (*Impairments*), incapacidade (*Disability*) e restrição social (*Handicap*).^{6,7}

Mais tarde, a Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidades e Desvantagens ou Restrição Social (do inglês: ICIDH), revendo seus conceitos, apresentou, em 2000, definitivamente, como sendo: disfunção, limitação de atividade e restrição da participação. Revisão semelhante foi aprovada em 2001, pela OMS, o sistema definitivo para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana a sua: Classificação Internacional de funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).⁸

No entanto, essas modificações sociodemográficas não ocorrem de forma homogênea entre regiões e municípios de um mesmo estado. Em virtude disso, existem diferenças nos níveis de saúde dos idosos, em função da interferência de fatores socioeconômicos, onde idosos residentes em áreas esparsamente povoadas encontram dificuldade de transportes, vivem em áreas com baixa cobertura social e com maior exposição a fatores de risco, como violência urbana, falta de higiene, desarranjo familiar, dentre outras, que quando associadas reduzem a utilização dos serviços e configuram-se entre aqueles com piores indicadores de saúde.⁹

Nesse sentido, surgiu, a partir da análise de nove escalas de avaliação, o Instrumento de Avaliação Sócio-Funcional em Idosos (IASFI), que se compõe de duas partes, onde a primeira visa obter dados de identificação, representação do estado de saúde e desempenho social de idosos e a segunda busca realizar a avaliação funcional propriamente dita.¹⁰

Diante do exposto, embora seja evidente o aumento do envelhecimento da população acima de 60 anos, pouco se tem feito para que os idosos possuam alguma forma de suporte social, pois nenhum indivíduo jovem ou idoso consegue viver isolado de sua família e/ou da sociedade.

Assim, considerando a importância e a influência dos aspectos sociais, demográficos e econômicos sobre a saúde, funcionalidade e qualidade de vida da pessoa idosa, o presente estudo justifica-se pela necessidade de analisar em quais dimensões os idosos necessitam de suporte social e quais atividades funcionais estão sendo comprometidas, para que se possam elaborar propostas mais eficientes, com o intuito de minimizar as incapacidades funcionais, melhorando, assim, a qualidade de vida desta população. Desta forma, esta pesquisa teve como objetivo traçar o perfil socioeconômico-demográfico e funcional de um grupo de idosos assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de uma cidade do Nordeste do Brasil.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal, descritivo, que teve projeto aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário CESMAC, sob protocolo n° 369/2010. Foi realizada com os idosos vinculados ao Programa de Saúde da Família (PSF) (Unidade Saúde da Família do Cavaco), bem com idosos assistidos pelo Centro de Medicina Física e Reabilitação de Arapiraca (CEMFRA) no município de Arapiraca, Alagoas. A amostragem foi por conveniência, tendo como critérios de inclusão idosos com 60 anos ou mais, sem restrições socioeconômico-demográfica e funcionais. Foram excluídos os idosos

hospitalizados, os residentes em instituições de longa permanência e os que não tivessem condições de responder às perguntas do questionário.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e respeitando o intervalo de tempo determinado pelos pesquisadores para a coleta de dados (agosto a outubro de 2010), obteve-se um número de sujeitos igual a trinta. Todos os idosos avaliados estavam aptos a participar da pesquisa mediante as explicações dos objetivos e métodos aplicados no estudo, e solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os idosos foram convidados a responder o questionário Instrumento de Avaliação Social-funcional do Idoso (IASFI), desenvolvido no Brasil por Fonseca e Rizzotto.¹¹ As entrevistas foram realizadas em uma única visita e os questionários foram aplicados pelos pesquisadores.

O IASFI foi escolhido por ser um instrumento de fácil aplicação, útil na identificação de fatores que interferem na saúde do idoso, ao mesmo tempo em que permite determinar o grau de independência/dependência de forma compatível com as reais condições apresentadas pelos idosos.

Ele é composto por duas partes, onde a primeira é formada por 29 perguntas referentes aos fatores demográficos (sexo, idade, estado civil, composição familiar e com quem reside); os socioeconômicos (renda mensal, escolaridade e situação ocupacional); os relacionados à saúde (hospitalização, visão, audição e presença de doenças); os referentes às relações sociais (atividades físicas, relações com familiares/amigos e participação em grupos) e a autopercepção da saúde. Já a segunda parte busca realizar a avaliação funcional, subdivididas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD's).

Quanto às ABVD's, são analisadas cinco categorias relacionadas a autocuidados: controle de esfíncteres, transferências, locomoção e equilíbrio, englobando 20 atividades; as AIVD's compreendem cinco atividades, como: realizar limpezas domésticas leves, pesadas, administrar as finanças, realizar compras e fazer uso do telefone. Já as AAVD's não recebem pontuação, no entanto, são fundamentais para contribuir para um diagnóstico precoce do declínio funcional do idoso.

Cada atividade pode ser pontuada de 1 a 7, compreendendo como: (1) necessita de ajuda total para realizar a atividade; (2) ajuda máxima, realiza até 25% da atividade sozinho; (3) ajuda moderada, realiza até 50% da atividade sozinho; (4) ajuda mínima, realiza até 75% da atividade sozinho; (5) necessita de supervisão para realizar a atividade; (6) realiza a atividade com independência modificada e (7) é completamente independente, variando seu escore total de no mínimo 25 pontos e no máximo 175 pontos, onde as categorias das ABVD's com 8 atividades

recebem uma pontuação entre 8 – 56 pontos; o controle de esfíncteres com 2 atividades varia de 2 – 14 pontos; a transferência e a locomoção cada uma com 3 atividades vai de 3 – 21 pontos cada e por fim o equilíbrio com suas 4 atividades varia a pontuação entre 4 – 28 pontos. As 5 atividades das AIVD's podem receber uma pontuação que varia entre 5 – 35 pontos.

Mediante a pontuação total, classifica-se o idoso que receber até 25 pontos como dependente completo (necessita de assistência total), de 26 – 50 pontos como dependente modificado (necessita de ajuda em até 75% das tarefas), de 51 – 83 pontos como dependente modificado (necessita de ajuda de até 50% das tarefas), de 84 – 143 pontos como dependente modificado (necessita de ajuda em até 25% das tarefas) e independente completo de 144 – 175 pontos, ou seja, não necessita de ajuda para executar as atividades.

Os pesquisadores receberam treinamento prévio para aplicação do instrumento IASFI, objetivando padronização da aplicação. Após a coleta, os dados foram tabulados e analisados no programa Excel, Windows 2007, e a eles foi aplicada a estatística descritiva.

Resultados

Quanto aos itens dos fatores demográficos, verificou-se que dos 30 idosos, 23 (76,67%) eram do sexo feminino e 7 (23,33%) eram do sexo masculino. Em relação à faixa etária da amostra, a média de idade entre os idosos foi de 67,47 anos, onde a menor idade foi de 60 anos e a maior de 84 anos. A distribuição etária com mais idosos foi a faixa de 60 – 69 anos, com 17 idosos.

Em relação ao estado civil, verificou-se que a maioria, 19 (63,33%), são casados. A composição familiar da residência mostra que 2 (6,67%) idosos que residem sozinhos e 16 (53,33%) moram com 2 a 4 pessoas. Identificou-se ainda que 8 (26,67%) residem somente com seu cônjuge e 6 (20%) com cônjuge e filhos. No que se diz respeito à escolaridade, apenas 10 (33,33%) eram alfabetizados, 20 (66,67%) idosos eram analfabetos e, desses, 10 (33,33%) são ditos analfabetos funcionais, ou seja, tem acima de 15 anos e menos de quatro anos completos de estudo.

Sobre os fatores socioeconômicos, na situação ocupacional, há um predomínio dos idosos que só são aposentados, representados por 19 (63,33%), em relação aos 4 (13,33%) que são aposentados e exercem alguma atividade, aos 3 (10%) que só trabalham e aos 4 (13,33%) que não trabalham. Dos 30 avaliados, 11 (36,67%) deles tem uma renda mensal de até 1 salário mínimo e 12 (40%) de 1 a 2 salários. A Tabela 1 mostra os dados relativos ao fator socioeconômico-demográfico dos idosos avaliados.

Tabela 1: Fatores Socioeconômico-demográficos dos idosos

FATORES	n	%
SEXO		
Feminino	23	76,67%
Masculino	7	23,33%
FAIXA ETÁRIA		
60 - 69 anos	17	56,67%
70 - 79 anos	9	30%
De 80 anos acima	4	13,33%
ESTADO CIVIL		
Solteiro (a)	1	3,33%
Casado (a)/União estável	19	63,33%
Divorciado (a)	0	0,00%
Viúvo (a)	10	33,33%
COMPOSIÇÃO FAMILIAR DA RESIDÊNCIA		
Ninguém	2	6,67%
2 a 4 pessoas	16	53,33%
5 a 7 pessoas	8	26,67%
De 8 pessoas acima	4	13,33%
COM QUEM RESIDE		
Sozinho (a)	2	6,67%
Cônjuge	8	26,67%
Cônjuge/filhos	6	20%
Cônjuge/filhos/netos	5	16,67%
Filhos	4	13,33%
Netos	1	3,33%
Filhos/netos	4	13,33%
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	20	66,67%
Alfabetizado	10	33,33%
SITUAÇÃO OCUPACIONAL		
Aposentado e não trabalha	19	63,33%
Aposentado e trabalha	4	13,33%
Só trabalham	3	10%
Não trabalham	4	13,33%
RENDA MENSAL		
Até 1 salário mínimo	11	36,67%
De 1 a 2 salários	12	40%
De 2 a 3 salários	2	6,67%
De 3 a 4 salários	4	13,33%
De 4 a 5 salários	0	0,00%
Mais de 5 salários	0	0,00%
Nenhum salário	1	3,33%

Fonte: dados da pesquisa.

Nos fatores referentes à saúde, os 30 (100%) idosos avaliados relataram conviver com ao menos algum tipo de doença, 17 (56,67%) foram hospitalizados nos últimos anos. No que diz respeito à autopercepção de saúde, 25 (83,33%) idosos relataram ter uma saúde regular.

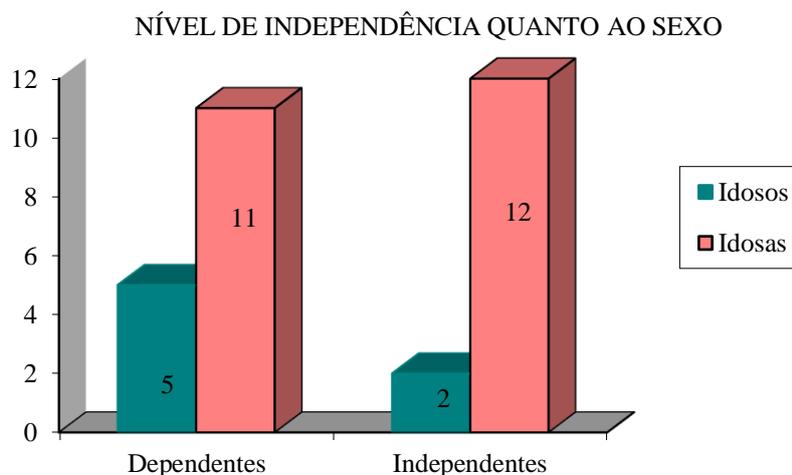
Na Tabela 2, estão apresentados os fatores referentes às relações sociais, à saúde e a autopercepção de saúde.

Tabela 2: Fatores referentes às relações sociais, saúde e autopercepção de saúde.

FATORES REFERENTES ÀS RELAÇÕES SOCIAIS	n	%
Realiza atividade Física		
Realiza	11	33,67%
Não realiza	19	66,33%
Participação em grupos		
Participa de grupos	21	70%
Não participa	9	30%
Relação com familiares e amigos		
Relação regular	6	20%
Boa relação	20	66,67%
Relação ruim	1	3,33%
Excelente Relação	3	10%
FATORES REFERENTES À SAÚDE		
Possui alguma doença		
Não	0	0%
Sim	30	100%
Hospitalização		
Não	13	43,33%
Sim	17	56,67%
FATORES DE AUTOPERCEÇÃO EM SAÚDE		
Você diria que sua saúde é:		
Excelente	0	0%
Boa	3	10,00%
Regular	25	83,33%
Má	2	6,67%
Não sabe informar	0	0%

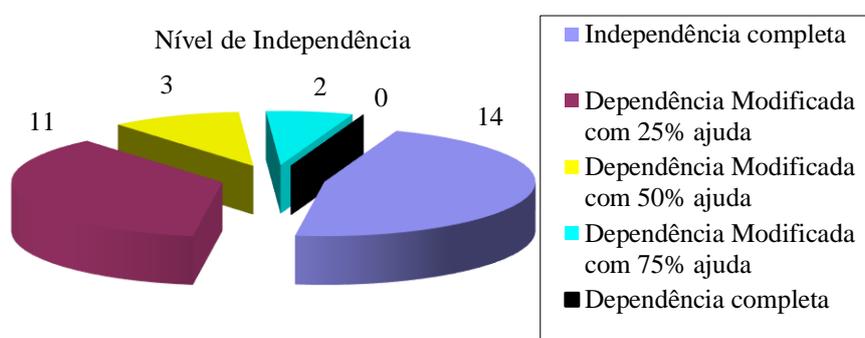
Fonte: dados da pesquisa.

Por meio da avaliação funcional, foi possível mensurar e classificar a capacidade dos idosos quanto à realização das tarefas do cotidiano, indo desde independência, graus variados de dependência modificada até a dependência completa. O Gráfico 1 demonstra o nível de independência funcional observado nos idosos avaliados, onde mais da metade deles foram classificados como dependentes modificados para realizar determinadas tarefas, 16 (53,33%).

Gráfico 1: Distribuição do nível de independência funcional em relação ao sexo

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação ao nível de independência, 14 (46,67%) foram independentes completos, ou seja, não necessitam de ajuda para executar a tarefa, e 16 (53,33%) idosos classificados como dependentes, onde 11 (36,67%) foram dependentes modificados, necessitando de ajuda para 25% da tarefa, 3 (10%) com ajuda para 50% da tarefa, 2 (6,67%) com ajuda para 75% da tarefa e nenhum foi classificado como dependente completo, conforme observa-se no Gráfico 2.

Gráfico 2. Classificação do nível de independência funcional dos idosos avaliados.

Fonte: dados da pesquisa.

Discussão

O presente trabalho possibilitou constatar a situação da condição social e da saúde atual de um grupo de idosos assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em duas Unidades de Saúde do município de Arapiraca (Alagoas), dentro das dimensões estudadas e, principalmente, quais habilidades funcionais estão sendo comprometidas em virtude da influência das modificações de aspectos socioeconômicos e demográficos.

Os resultados deste estudo mostram uma predominância do sexo feminino, atingindo um percentual de 76,67%. Esse fato é corroborado com os dados do censo 2017 do IBGE³, que mostra que 16,9 milhões (56% dos idosos) são mulheres, enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo). Além disso, a maior prevalência do sexo feminino é explicada pelo processo de feminização da velhice. Atualmente, estima-se para o sexo feminino uma expectativa de vida entre 5 e 7 anos a mais em relação aos homens.¹²

A média de idade entre os 30 idosos do estudo foi de 67,47 anos, sendo a maior idade de 84 anos, estando a maioria, 56,67%, na faixa etária de 60 a 69 anos. Dados semelhantes com os achados pelo IBGE¹³, que determinou uma média de 75,8 anos de vida para o brasileiro. Os motivos dessa maior sobrevivência da população estão relacionados a ações de promoção de saúde, disseminação das vacinas e antibióticos, como também o aumento do saneamento básico, que diminuiu a mortalidade por doenças infectocontagiosas.

A expectativa de vida expressa em anos de idade varia entre os estados brasileiros e é determinada, entre outros, por fatores socioeconômicos, como acesso à saúde e educação. Para ambos os sexos, Santa Catarina é o estado com maior longevidade, com expectativa de 79,7 anos, assim como Espírito Santo, São Paulo, Distrito Federal e Rio Grande do Sul, que estão com média acima dos 78 anos. Por outro lado, estados do Nordeste apresentam uma média menor, como Maranhão e Piauí com 71 anos, e Alagoas com 72 anos.^{14,15} Essas são as diferenças de expectativa de vida entre os estados brasileiros

Em relação ao estado marital dos idosos entrevistados, a maioria disse ser casado. Entre os viúvos, com proporção de 10 (33,33%), 9 (30%) eram mulheres. Apenas 1 (3,33%) homem era solteiro. Lopes, Tajra e Fortaleza¹⁶ em estudo semelhante, sobre o perfil de idosos assistidos por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, encontraram também a maioria de idosos casados, 19 (51,4%), e viúvos 16 (43,2%).

No presente estudo, a composição familiar da residência mostra que apenas 2 (6,67%) idosos moram sozinhos e os demais, 28 (93,33%), moram com no mínimo 1 e no máximo 9 familiares. Embora a população tenha crescido, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad) Contínua 2019¹⁷ destaca que diminuiu o número médio de pessoas em cada residência de 3,79 para, em média, 2,9 pessoas, no país. A maior média regional é na região Norte, com 3,3 pessoas por habitação.

Identificou-se ainda que apenas 8 (26,67%) idosos residem somente com seu cônjuge e a maioria restante 22 (73,33%) moram com cônjuge e/ou filhos, e/ou netos, não condizente com os estudos de Melo, Teixeira e Silveira¹⁸, cuja pesquisa sobre o perfil social e demográfico dos diferentes arranjos domiciliares de idosos no Brasil mostrou arranjos domiciliares que a maioria

era monoparental (19,90%), seguido de casais sem filhos (19,50%) e unipessoal (18,30%).

Quando realizada a análise do nível de escolaridade constatou-se que 20 (66,67%) idosos eram analfabetos e apenas 10 (33,33%) eram alfabetizados. Desses 20 idosos analfabetos identificados, a metade foi dito como analfabeto funcional, ou seja, com menos de quatro anos de estudo. Também na pesquisa de Melo, Teixeira e Silveira¹⁸ foi possível observar que a maioria possui apenas o ensino fundamental (entre 4-5 anos de estudos). Porém, houve um aumento no índice de ensino médio e ensino superior para os filhos desses idosos devido às maiores oportunidades que os filhos tiveram de frequentar a escola comparado aos seus pais.

Foi observado no estudo que houve um predomínio da situação ocupacional para aposentadoria, onde 19 (63,33%) eram apenas aposentados, 4 (13,33%) são aposentados e ainda exercem alguma atividade, 3 (10%) só trabalham e 4 (13,33%) não trabalham. Diante desses dados, percebe-se que mesmo a maioria de idosos sendo aposentados, ainda existe um grupo significativo que continua exercendo alguma atividade laborativa. Isso ocorre devido a necessidade de complementar a renda, pois em sua maioria estão associados a chefes de família e o salário de aposentadoria não é suficiente.¹⁹

Em um estudo de Silva et al.²⁰ sobre trabalho, atividades de lazer e apoio familiar de idosos, foram identificados, dos 169 participantes, 85 (50,6%) que eram apenas aposentados e 52 (31%) eram aposentados e possuíam um trabalho ou ocupação remunerada.

No que diz respeito à renda mensal, 11 (36,67%) dos participantes do estudo têm uma renda de até um salário mínimo, sendo que para 10 deles a renda é referente apenas a aposentadoria; 12 (40%) recebem de 1 a 2 salários, sendo que para 8 deles a renda é referente a aposentadoria e os 4 restante somam a renda com alguma outra atividade laborativa; 2 (6,67%) de 2 a 3 salários; 4 (13,33%) de 3 a 4 salários, sendo 2 com renda só da aposentadoria e nenhum recebe acima de 4 salários, evidenciando que a maioria vive apenas da aposentadoria.

Quando questionados em relação à prática de atividade física, 19 (63,33%) dizem não realizar nenhuma atividade e o restante, 11 (36,67%), realiza no mínimo uma caminhada. Em um estudo sobre a prevalência da prática de exercícios físicos em idosos, Carvalho et al.²¹ encontrou que dos 383 da amostra, 74, 8% não praticava exercício, desses, a maioria alegou como motivo a falta de interesse.

No que tange aos aspectos sociais, dos 30 idosos do estudo, 20 (66,67%) tinham uma boa relação com seus familiares e amigos e 21 (70%) participavam de algum tipo de grupo social, onde 20 desses destacam ser a igreja sua única fonte de lazer e diversão, independente de qual religião. Oliveira et al.²², em seu estudo sobre participação de idosos em grupos sociais, fala que idosos que participam de grupos sociais têm maior percepção de qualidade de vida no que

se refere às suas relações sociais, comparado ao grupo de idosas não-participantes, pois favorece o bem-estar psicológico e social, além de apresentar melhor capacidade de se recuperar de doenças, já que o isolamento social é fator de risco para morbimortalidade.

Quando questionados sobre a presença de alguma doença, todos os entrevistados referiram alguma morbidade e 83,33% classificaram sua saúde como regular. Este fato pode ser explicado pela alta prevalência de morbidades entre os idosos. Essa prevalência de várias comorbidades associado à alta média etária pode apresentar maior risco de perda de autonomia e independência, o que influencia diretamente na percepção de saúde do indivíduo.²³

A avaliação funcional revelou que mais da metade dos idosos entrevistados, 16 (53,33%), foram classificados como dependentes para realizar alguma atividade de vida diária. Partindo-se do pressuposto de que estados de morbidade interferem diretamente no nível de dependência, pode-se atribuir este resultado à alta prevalência de doenças referidas pelos entrevistados.²⁴

Ainda em relação ao aspecto funcional, o nível de independência dos sujeitos da pesquisa mostrou-se relativamente bom, onde 14 (46,66%) dos idosos foram classificados como independentes e 11 (36,66%) apresentaram uma dependência leve, dita como dependência modificada com 25% de ajuda, totalizando mais de 83% dos idosos como independentes ou dependentes leves. Assim como na avaliação funcional dos idosos participantes da pesquisa de Pinto et al.²⁴ sobre dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes, mostrou um elevado nível de independência para ABVD's.

Por fim, ressalta-se que a capacidade funcional é uma condição multifatorial e está associada à interação de fatores demográficos, sociais, econômicos, epidemiológicos e comportamentais. Dessa forma, percebe-se que fatores como idade, sexo, renda salarial, podem refletir de forma favorável ou não no estado funcional do idoso, representando a avaliação desses aspectos instrumento fundamental para uma avaliação clínica mais completa no campo da reabilitação e gerontologia, visando à prevenção, o tratamento mais adequado das diferentes doenças ou agravos, a recuperação funcional e a definição de estratégias para o cuidado com os idosos e a atenção a eles.²⁵

Considerações finais

O perfil socioeconômico e demográfico refletiu a realidade para a população idosa do Nordeste do Brasil. Funcionalmente, identificou-se um importante grau de comprometimento funcional. Destaca-se que os fatores socioeconômicos e demográficos podem contribuir de forma favorável ou não para os declínios funcionais da pessoa idosa e exercer influência sobre

a autonomia das mesmas.

Destaca-se, no entanto, as limitações do estudo aqui apresentado, onde os dados remetem a uma amostra pequena, de uma região específica. Além disso, o tipo de estudo, descritivo, não permite a extrapolação dos dados para a população geral. Recomenda-se, portanto, a realização de pesquisas com número amostral representativo da população, que permitam a análise inferencial dos dados.

Apesar disso, essa pesquisa chama a atenção e reforça a necessidade de redirecionar a atenção à saúde do idoso, buscando identificar nas suas ABVD's e AIVD's a presença de incapacidades funcionais, já que mais da metade dos idosos do estudo possui algum tipo de dependência para desempenhar suas tarefas.

Recebido em 19/09/2020
Aprovado em 14/01/2021

Referências

1. Gonçalves MW, Oliveira HL, Cardoso CT. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. Rev Mosa. 2018;27:224-236.
2. Sousa NFS, Lima MG, Galvão CL, Barros MBA. Envelhecimento ativo: prevalência de gênero e idade em estudo de base populacional. Cad Saúde Pública. 2018;34(11).
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. [publicação online]; 2018 [acesso em 04 set. 2020]. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>
4. Borba EL, Mendonça FM, Torres KA, Martins PL. A política Nacional da Saúde do Idoso em Perspectiva. Rev de adm soc e inov. 2019;5(1).
5. Avila MMJ. Direitos dos idosos: uma análise sob a ótica familiar e jurídica para proteção integral do idoso [monografia]. Caicó: Universidade Federal de Rio Grande do Norte, 2019.
6. Sabino G, Coelho CM, Sampaio RF. Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar. Acta Fisiátrica. 2008;15(1).

7. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev bras Fisioter.* 2005;9(2):129-136.
8. VII. Biz PCM. Oficinas sobre a incorporação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, cif/oms, no sistema de informação em saúde: a resolução 452/12 do conselho nacional de saúde como norteadora da discussão. *Rev. Cient CIF Bra.* 2016;6(6):43-51.
9. Silva AR, Sgnaolin V, Nogueira EL, Engroff P, Gomes I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *Jornal brasileiro de Psiquiatria.* 2017;66(1):45-51.
10. Fonseca A, Medeiros S. Instrumentos de avaliação funcional para idosos validados para a população portuguesa. *Psic, Saúde e Doenças.* 2019;20(3):711-725.
11. Fonseca, FB, Rizzotto, MLF. Construção de instrumento para avaliação socio-funcional em idosos. *Tex Cont Enfer.* 2008;17(2):365-73.
12. Nicodemo D, Godoi MP. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Revista Ciência em Extensão.* 2010;6(1):40-53.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O novo perfil do idoso brasileiro. [publicação online]; 2018 [acesso em 01 set 2020]. Disponível em <https://guiadafarmacia.com.br/especial/o-novo-perfil-do-idoso-brasileiro/>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua de Mortalidade 2018. RN tem maior expectativa de vida das regiões Norte e Nordeste. [publicação online]; 2019 [acesso em 30 ago 2020]. Disponível em <http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/rn-tem-maior-expectativa-de-vida-das-regia-es-norte-e-nordeste/466052>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Expectativa de vida em Alagoas sobe para 72 anos e 3 meses, revela IBGE. [publicação online]; 2019 [acesso em 30 ago 2020]. Disponível em <https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2019/11/28/expectativa-de-vida-em-alagoas-sobe-para-72-anos-e-3-meses-revela-ibge.ghtml>
16. Lopes FNB, Tajra I, Fortaleza LMM. Capacidade funcional de idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um bairro de Teresina- PI. *Rev Saúde em Redes.* 2017;3(4):310-324.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad) Contínua 2019. [publicação online]; 2020 [acesso em 05 out 2020]. Disponível em <https://www.istoedinheiro.com.br/maioria-dos-brasileiros-mora-em-casa-e-e-dona-do-imovel-mostra-ibge/>
18. Melo NCV, Teixeira KMD, Silveira MB. Consumo e perfil social e demográfico dos diferentes arranjos domiciliares de idosos no Brasil: análises a partir dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(5):607-617.

19. Gomes ACC, Neri AN, Costa CDS, Araújo ETP, Lima MA, Souza MCM et al. Retired who remain in the labour market. *Res, Soc and Develop.* 2016;2(1):35-56.
20. Silva MO, Santos AS, Angelotti LCZ, Andrade VS, Tavares GS. Trabalho, atividades de lazer e apoio familiar: fatores para proteção da qualidade de vida de idosos. *Rev Ter Ocup.* 2017;28(2):163-72.
21. Carvalho DA, Brito AF, Santos MAP, Nogueira FRS, Sá GGM, Oliveira Neto JG, et al. Prevalência da prática de exercícios físicos em idosos e sua relação com as dificuldades e a falta de aconselhamento profissional específico. *Rev bras Ci e Mov.* 2017;25(1):29-40.
22. Oliveira DAS, Nascimento JRA, Bertolini SMG, Oliveira DV. Participação de idosas em grupos sociais: qualidade de vida e capacidade funcional. *Rev Rene.* 2016;17(2):278-84.
23. Manso MEG, Maresti LTP, Oliveira HSB. Análise da qualidade de vida e fatores associados em um grupo de idosos vinculados ao setor suplementar de saúde da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(4).
24. Pinto EP, Silva IT, Vilela ABA, Casotti CA, Pinto FJM, Silva MGC. Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. *Cad Saúde Colet.* 2016;24(4):404-412.
25. Dutra MOM, Coura AS, França ISX, Enders BC, Rocha MA. Fatores sociodemográficos e capacidade funcional de idosos acometidos por acidente vascular encefálico. *Rev. bras. Epidemiol.* 2017;20(01):124-135.

