



ORIGINAL ARTICLE

FUNCTIONAL CAPACITY AND ASSOCIATED FACTORS IN COMMUNITY-DWELLING AND INSTITUTIONALIZED ELDERLY

CAPACIDADE FUNCIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE E ASILADOS

CAPACIDAD FUNCIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN ANCIANOS RESIDENTES ATENCIÓN A DOMICILIO EN LA COMUNIDAD Y

Luciana Araújo dos Reis¹, Luana Araujo dos Reis², Gilson de Vasconcelos Torres³, Claudio Henrique Meira Mascarenhas⁴, Thaiza Teixeira Xavier Nobre⁵

ABSTRACT

Objective: to investigate the influence of sociodemographic and health factors on the functional capacity of community-dwelling and institutionalized elderly. **Method:** this is a descriptive exploratory study with a sample of 120 elderly men and women aged 60 years or older, residents of Jequié, Brazil, allocated to two groups of 60 elderly each. The first group was composed of community-dwelling elderly and the second of institutionalized elderly. The instrument consisted of four parts: 1) Sociodemographic and health characterization; 2) Pain-related aspects; 3) Numerical Pain Scale 4) Barthel's Index. Statistical analyses were conducted using SPSS 13.0 software, while descriptive analysis was performed using the chi-square (χ^2) and Fischer Exact tests, with a $p \text{ value} \leq 0.05$. This study was approved by the Ethics Committee of the State University of Southwest Bahia/UESB, opinion (Nº.224/08). **Results:** with respect to functional capacity, most of the community-dwelling elderly were classified as independent (86.7%) in all activities except personal hygiene, in which 86.7% were considered dependent. Most of the institutionalized elderly (70.0%) were classified as dependent as follows: transfer for personal hygiene (53.3%), bed-chair transfer (66.7%), walking (53.3%) and climbing stairs (60.0%). A statistically significant difference was found between functional capacity and pain ($p < 0.001$) only in the institutionalized elderly. **Conclusion:** thus, it was concluded that functional capacity in the study sample was influenced by pain only in the group of institutionalized elderly. **Descriptors:** elderly; daily activities; social and health conditions.

RESUMO

Objetivo: investigar a influencia de fatores sociodemográficos e de saúde na capacidade funcional de idosos residentes na comunidade e asilados. **Método:** trata-se de um estudo exploratório descritivo, com uma amostra de 120 idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes no município de Jequié/BA, divididos em dois grupos de 60 idosos cada. O primeiro grupo representado por idosos residentes na comunidade e o segundo grupo por idosos asilados. O instrumento foi constituído de quatro partes: 1) Caracterização sociodemográfica e de saúde; 2) Aspectos relacionados a dor; 3) Escala Numérica da Dor e 4) Índice de Barthel. As análises estatísticas foram realizadas pela aplicação do software SPSS versão 13.0, sendo realizada análise descritiva, aplicação do Teste do Qui-Quadrado (χ^2) e o Teste Exato, com $p\text{-valor} \leq 0,05$. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB, parecer (nº. 224/08). **Resultados:** em relação à capacidade funcional a maioria dos idosos da comunidade foi classificada como independentes (86,7%), sendo denominados dependentes apenas na atividade de higiene pessoal (86,7%). Enquanto que os idosos da comunidade 70,0% foram denominados como dependentes, sendo dependentes nas atividades transferência para higiene íntima (53,3%), transferência cama-cadeira (66,7%), deambulação (53,3%) e subir escadas (60,0%). Verificou-se diferença estatística significativa apenas nos idosos asilados entre capacidade funcional e dor ($p < 0,001$). **Conclusão:** desta forma, conclui-se que na amostra estudo que a capacidade funcional sofreu influencia apenas da dor no grupo dos idosos asilados. **Descritores:** idoso; atividades cotidianas; condições sociais e de saúde.

RESUMEN

Objective: investigar la influencia de factores sociodemográficos y de salud y capacidad funcional en adultos mayores residentes de la comunidad y los solicitantes de asilo. **Métodos:** este es un estudio exploratorio, con una de 120 personas mayores de 60 años o más, de ambos sexos, que viven en Jequié, BA, divididos en dos grupos de 60 pacientes de edad avanzada cada uno. El primer grupo representado por residentes de la comunidad de edad avanzada y el segundo grupo de ancianos institucionalizados. El instrumento consta de cuatro partes: 1) Caracterización de sociodemográficas y de salud, 2) Problemas relacionados con el dolor, 3) Escala numérica del dolor, y 4) el índice de Barthel. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 13.0, se realizó un análisis descriptivo y la aplicación de la Chi-cuadrado (χ^2) y la prueba exacta, valor de $p \leq 0,05$. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Estatal del Sudoeste de Bahia/UESB, la opinión (Nº. 224/08). **Resultados:** en relación con la capacidad funcional de la mayoría de los ancianos de la comunidad fueron clasificados como independientes (86,7%) y se denomina sólo depende de la actividad de la higiene personal (86,7%). Mientras que los ancianos de la comunidad el 70,0% fueron nombrados como dependientes, y dependientes de las actividades de transferencia para la higiene personal (53,3%), la transferencia de la cama-silla (66,7%), a pie (53,3%) y la escalada escaleras (60,0%). No fue estadísticamente significativa sólo en los ancianos institucionalizados entre la capacidad funcional y el dolor ($p < 0,001$). **Conclusión:** por lo tanto, llegamos a la conclusión de que la muestra del estudio que se sometieron a la capacidad funcional sólo afecta el dolor de los adultos mayores en hogares de ancianos. **Descritores:** ancianos; actividades diarias; las condiciones sociales y de salud.

¹Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde/PPCSA-UFRN, Pós-doutora em Saúde Coletiva. Coordenador do NETI. Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e da Faculdade Independente do Nordeste. E-mail: lucianauesb@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Mestranda em Enfermagem/UFBA. Integrante do Núcleo do NETI. E-mail: luareis1@hotmail.com; ³Enfermeiro, Doutor em Enfermagem. Professor Titular Departamento de Enfermagem/UFRN. Coordenador do GPIPE. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Pós-Doutor, Évora-Portugal. Integrante do Núcleo do NETI. E-mail: gvt@ufrnet.br; ⁴Fisioterapeuta, Mestrando em Enfermagem e Saúde/UESB, Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Integrante do Núcleo do NETI. E-mail: claudio12fisio@hotmail.com; ⁵Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde/PPCSA-UFRN, Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Integrante do Núcleo do NETI. E-mail: thaizax@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A capacidade funcional surge, atualmente, como um novo paradigma de saúde, particularmente importante para o idoso porque envelhecer mantendo todas as funções não significa problema para o indivíduo, a família ou sociedade. O problema se inicia quando as funções começam a deteriorar.¹

A capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso e mais recentemente vem emergindo como um componente fundamental na avaliação da saúde dos idosos. Ela vem caracterizar as habilidades necessárias para se manter uma vida independente e autônoma.²

A independência de o indivíduo viver, realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, controlar as finanças, tomar medicamentos, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar certa distância é definida como capacidade funcional.³⁻⁴

O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, à comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.⁵

A capacidade funcional além de sofrer influências do aumento da longevidade sofre também interferências das variáveis sociodemográficas a exemplo do sexo, estado civil, renda e escolaridade. Estudo realizado no interior de Santa Catarina demonstrou que a prevalência de comprometimento da capacidade funcional foi maior em mulheres, idosos com faixa etária elevada, baixa renda e escolaridade, e de classes menos favorecidas⁶. Baixos níveis educacionais e piores condições econômicas estão associadas a maiores riscos de deficiência e morte.⁷

Diversas pesquisas demonstram associações importantes entre problemas de saúde e incapacidade funcional dos idosos. A presença da hipertensão arterial aumenta em 39% a chance de o idoso ser dependente nas atividades de vida diária e as doenças cardíacas aumentam em 82%.^{6,8}

Compreender os fatores que contribuem para o comprometimento da capacidade funcional do idoso pode auxiliar no planejamento de políticas públicas na

reorganização de estratégias preventivas mais eficazes que irão consequentemente, reduzir custos com o serviço de saúde e minimizar a carga sobre a família.

OBJETIVO

- Investigar a influencia de fatores sociodemográficos e de saúde na capacidade funcional de idosos residentes na comunidade e asilados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo. A amostra estudada foi constituída de 120 idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes no município de Jequié, Estado da Bahia, divididos em dois grupos de 60 idosos cada. O primeiro grupo foi formado por idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde na zona periférica do bairro do Jequiezinho, ocupado por pessoas de baixo poder aquisitivo, 38 mulheres e 22 homens, sendo que os participantes foram selecionados aleatoriamente. O segundo grupo foi formado por idosos asilados em uma instituição filantrópica, sendo 30 mulheres e 30 homens, também selecionados aleatoriamente.

Foram excluídos do estudo idosos que não apresentaram condições mentais para responder aos instrumentos da pesquisa e que não quiseram participar voluntariamente do estudo. Para avaliar o estado mental (condições cognitivas) dos idosos foi utilizado o Mini-exame do estado mental - MEEM (Minimal). O MEEM é composto de 30 questões categóricas, e a pontuação é feita da seguinte forma: 30 a 26 pontos (funções cognitivas preservadas); 26 a 24 pontos (alteração não sugestiva de déficit) e 23 pontos ou menos (sugestivo de déficit cognitivo).⁹ Para inclusão no estudo foram selecionados os idosos que apresentaram acima de 23 pontos, ou seja, com alteração cognitiva não sugestiva de déficit.

O instrumento de pesquisa utilizado para a coleta de dados neste estudo foi um formulário estruturado de entrevista constituído de quatro partes: 1) Caracterização sociodemográfica (sexo, escolaridade, renda e faixa etária) e de saúde (presença e tipos de problemas de saúde); 2) Aspectos relacionados a dor (tempo e localização); 3) Avaliação da dor pela Escala Numérica e 4) Capacidade funcional medida pelo Índice de Barthel.

A Escala numérica de Dor permite quantificar a intensidade da dor usando números de 0 a 10. O ponto 0 (zero)

representa nenhuma dor e 10 (dez) representa a pior dor possível.¹⁰

O Índice de Barthel¹¹ é utilizado para avaliação funcional, composto por 10 atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência - cadeira e cama, deambulação e subir escadas. Seu escore é obtido através da soma de todos os pontos obtidos, sendo considerado independente o indivíduo que atingir a pontuação total, isto é, 100 pontos. Pontuações abaixo de 50 indicam dependência em atividades de vida diária.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB, obtendo parecer favorável para sua realização (nº.224/08), obedecendo à Resolução196/96 que trata das pesquisas realizadas em seres humanos. Para participar da pesquisa voluntariamente o idoso ou seu responsável assinou um termo de consentimento.

As análises estatísticas foram realizadas pela aplicação do software SPSS versão 13.0. Para a caracterização da amostra do estudo realizou-se análise descritiva das variáveis com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão) visando caracterizar a amostra do estudo.

Como os resultados deste estudo não apresentaram distribuição normal e visando propor uma maior clareza dos dados, as variáveis do estudo foram organizadas em duas categorias, isto é, tabelas de contingente, sendo então realizado o Teste não-paramétrico do Qui-Quadrado (χ^2) e o Teste Exato de Fischer quando os valores absolutos nas distribuições das variáveis apresentavam valor inferior a 5. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, *p-valor* $\leq 0,05$.

RESULTADOS

Os idosos da comunidade apresentaram maior frequência do sexo feminino (63,33%), analfabetos (75,50%) e com baixa renda/ 1 salário mínimo (68,30%). Enquanto que os idosos asilados apresentaram maior distribuição de idosos na faixa etária de 60 a 75 anos (55,00%), analfabetos (73,33%) e com baixa renda/1 salário mínimo (100,00%). Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo as variáveis sociodemográficas. Jequié/BA, 2011.

Variáveis Sociodemográficas	Idosos da Comunidade		Idosos Asilados	
	n	%	N	%
Sexo				
Feminino	38	63,33	30	22,39
Masculino	22	36,67	30	22,39
Faixa Etária				
60 a 75 anos	30	50,00	33	55,00
Acima de 75 anos	30	50,00	27	45,00
Escolaridade				
Analfabeto	45	75,00	44	73,33
Alfabetizada	15	25,00	16	26,67
Total	60	100,00	60	100,00

Em relação à saúde, 95,00% dos idosos da comunidade apresentaram problemas de saúde sendo as mais frequentes a Hipertensão Arterial/HAS (21,70%) e Diabetes associada a HAS (13,30%). Nos idosos asilados os problemas de saúde estiveram presente em 78,30% dos idosos sendo a patologia de maior distribuição artrose/artrite (11,70%).

A prevalência de dor entre as populações apresentou índices elevados entre os idosos da comunidade (76,70%) e os asilados (75,00%). Quanto a intensidade de dor nos idosos da comunidade houve uma maior distribuição de dor do tipo moderada (43,30%) enquanto que nos idosos asilados foi mais frequente a dor do tipo intensa (51,70%).

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo a intensidade de dor. Jequié/BA, 2011.

Intensidade da Dor	n	%
Idosos da Comunidade		
Sem dor	14	23,33
Leve (1 a 3 pontos)	08	13,33
Moderada (4a 7 pontos)	26	43,33
Intensa (8 a 10 pontos)	12	20,00
Idosos Asilados		
Sem dor	15	11,19
Leve (1 a 3 pontos)	02	1,49
Moderada (4 a 7 pontos)	12	8,96
Intensa (8 a 10 pontos)	31	23,13
Total	60	100,00

O tempo de dor nos idosos da comunidade apresentou média de 5,05 ($\pm 6,88$) anos e a localização mais freqüente foi a coluna (38,3%) e membros inferiores (16,70%). Nos idosos asilados o tempo de dor apresentou média de 5,39 ($\pm 4,65$), sendo a localização de maior distribuição foram os membros inferiores (46,70%).

Sobre a capacidade funcional a maioria dos idosos da comunidade foram classificados como independentes (86,70%), sendo

denominados dependentes apenas na atividade de higiene pessoal (86,70%). Enquanto que os idosos da comunidade 70,00% foram denominados como dependentes, sendo dependentes nas atividades transferência para higiene íntima (53,30%), transferência cama-cadeira (66,70%), deambulação (53,30%) e subir escadas (60,00%).

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo as atividades básicas de vida diária. Jequié/BA, 2011.

Atividades Básicas de Vida Diária	n	%
Idosos da Comunidade		
Independente	34	56,67
Dependente	26	43,33
Idosos Asilados		
Independente	18	30,00
Dependente	42	70,00
Total	60	100,00

Para análise de significância foi aplicado o teste do Qui-Quadrado (q^2), sendo que não foi encontrado diferença estatística significativa entre as variáveis do estudo e a capacidade

funcional em idosos residentes na comunidade. Enquanto que nos idosos asilados houve diferença estatística significativa entre capacidade funcional e dor ($p<0,001$).

Tabela 4. Distribuição dos idosos segundo o Teste do Qui-Quadrado. Jequié/BA, 2011.

Atividades Básicas de Vida Diária														
Idosos da Comunidade										Idosos Asilados				
	Independente		Dependente		Total		<i>p</i>	Dependente		Independente		Total		<i>P</i>
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Sexo														
Feminino	20	33,4	18	30,0	38	63,4	0,407	19	31,6	11	18,3	30	50,0	0,260
Masculino	14	23,3	8	13,3	22	36,6		23	38,3	7	11,6	30	50,0	
Faixa Etária														
60 a 75 anos	17	28,3	13	21,7	30	50,0	1,00	20	33,4	12	26,6	32	53,3	0,175
Acima de 75 anos	17	28,3	13	21,7	30	50,0		22	36,6	06	10,0	28	46,7	
Problemas de Saúde														
Sim	32	53,3	25	41,7	57	95,0	0,720	33	55,0	16	26,6	49	81,7	0,344
Não	2	3,3	1	1,7	3	5,0		9	15,0	02	3,3	11	18,3	
Escolaridade														
Analfabeto	23	38,3	22	36,6	45	75,0	0,133	32	53,3	12	26,6	44	73,4	0,445
Alfabetizada	11	18,3	4	6,6	15	25,0		10	16,6	06	10,0	16	26,6	
Presença de Dor														
Sim	26	43,3	20	33,4	46	76,7	0,967	38	63,4	06	10,0	44	73,4	0,000*
Não	08	13,3	6	10,0	14	23,3		04	6,6	12	26,6	16	26,6	

*Diferença estatística significativa

DISCUSSÃO

A distribuição quanto ao sexo nos idosos da comunidade em que a maioria foi do sexo feminino foram próximos ao perfil do território nacional em que 55,1% da população

idosa é do sexo feminino. Já nos idosos asilados os dados encontrados foram contraditórios uma vez que houve uma distribuição igual entre os sexos.¹²

Em relação à escolaridade nos dois grupos estudados houve uma maior freqüência de

idosos analfabetos, estes dados são corroborados por estudo realizado no Nordeste do Brasil constatou-se taxas elevadas de analfabetismo entre os idosos, aproximadamente 65 em cada 100 idosos não sabiam ler e escreve.¹³ A renda dos idosos avaliados é menor, em comparação a média nacional, em que 27,4% dos idosos recebiam até um salário mínimo, 14,4% de um até três salários e 58,2% mais que três.¹⁴

O predomínio de doenças crônico-degenerativas é muito acentuada entre os idosos, como observado no presente estudo. Entre as conseqüências da maior presença destas doenças em idosos destacam-se o maior tempo de internação hospitalar, a recuperação mais lenta e maior freqüência de reinternações e de incapacidades.¹⁵

A elevada freqüência de dor encontrada nos idosos asilado deste estudo assemelham-se aos encontrados na literatura, uma vez que em estudo sobre dor em idosos asilados relataram prevalência que variou de 71% a 83%. Já a prevalência de dor encontrada nos idosos asilados está acima das estimativas que afirmam que a prevalência de dor variam de 25 a 50% da população idosa que vive na comunidade.¹⁶

A dor compromete gravemente o desempenho do doente geriátrico, resulta em menor capacidade para executar as atividades de vida diária e compromete a qualidade de vida diária. Doentes com dores nos membros inferiores podem apresentar transtornos de marcha e quedas com possibilidades de ocorrência de fraturas; dor pode gerar depressão, anormalidades do sono, anorexia, emagrecimento e desnutrição.¹⁷

Diferente do encontrado nesse estudo em que os idosos da comunidade referiram a dor moderada como a mais freqüente, em estudo sobre dores em geral com idosos muito idosos (mais de 75 ou 85 anos) da comunidade, constatou-se prevalência de 33,3% de dor intensa e 39,5% de dor leve. Entre os idosos asilados a dor foi classificada mais freqüentemente como dor intensa. Semelhante ao encontrado nesse estudo, em estudo dois estudos sobre dores em geral, realizados com idosos institucionalizados, encontrou-se entre 18% e 52% dos idosos com dor intensa.¹⁸⁻²⁰

Quanto a capacidade funcional dos idosos residentes na comunidade verificou-se que a maioria era independente, resultados estes semelhantes ao encontrados em estudo realizado em Goiânia em que 57,9% dos idosos eram independentes.²¹ Enquanto que os idosos asilados foram considerados em sua maioria como dependentes, acredita-se que

pelo fato deste estão predispostos a piores condições de saúde quando comparados aos idosos da comunidade, os mesmos apresentem maior comprometimento da capacidade funcional.²²

Alguns estudos afirmam que o banho, transferência para higiene íntima, cama e mesa, e o vestuário apresentam um maior nível de dependência parcial ou total. Resultado semelhante foi encontrado neste estudo entre os idosos asilados.²³⁻⁵

Resultados de pesquisa em idosos residentes em casas geriátricas verificaram que os idosos apresentaram dependência nas atividades de tomar banho (91,2%), vestir-se (77,7%), usar o banheiro (63,3%), transferência (62,7%) e alimentar-se (40,4%)²⁴. Em outro estudo realizado no interior de São Paulo com 41 idosos asilados os idosos foram classificados como dependentes nas atividades de banho (15), vestir-se (21), uso do toalete (15), movimentação (13), continência (15) e alimentação (5).^{8,11}

Nesse estudo os idosos asilados foram dependentes em quatro atividades (transferência para higiene íntima, transferência cama e cadeira, deambulação e subir escadas). Idosos com dependência para sete ou mais AVDs tem três vezes mais risco de morte do que aqueles indivíduos independentes.⁸ Diferente dos dados sociodemográficas que não podem ser modificados pelo indivíduo, a dependência nas AVDs é um fator que pode ser mutável com prevenção e reabilitação.⁷

Os resultados encontrados de que a presença de dor está associada ao comprometimento da capacidade funcional dos idosos asilados é corroborada por estudo que afirma que a pessoa com dor deixa de realizar suas atividades de vida diária, promovendo assim a inatividade física e mental com conseqüente limitação da capacidade funcional. Pesquisas sugerem que a dor no idoso interfere na capacidade funcional, visto que há relação entre presença de dor e a realização de atividades de vida diária.²¹⁻³

CONCLUSÃO

Constatou-se no presente estudo que houve uma acentuada distribuição de idosos analfabetos, com baixa renda e portadores de problemas de saúde. Quanto à capacidade funcional a maioria dos idosos asilados foram classificados como dependentes enquanto que nos idosos da comunidade prevaleceu os independentes. Verificou-se ainda que na amostra estudada que a capacidade funcional

sofreu influencia apenas da dor no grupo dos idosos asilados.

A conservação da capacidade funcional pode ter importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade de ocuparem-se em desenvolver atividades cotidianas e/ou atividades agradáveis. Portanto é bastante importante planejar programas específicos de intervenção para a manutenção e recuperação da funcionalidade. No planejamento de novas formas de prevenção e tratamento, dentro de uma abordagem multidisciplinar, a Fisioterapia desempenharia um relevante papel, por meio da implantação/implementação de programas de intervenção fisioterapêuticas, tanto de cunho preventivo como reabilitativo, objetivando uma maior independência e autonomia, fatores determinantes de uma boa saúde e qualidade de vida para esta população.

REFERÊNCIAS

1. Costa CC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(1): 196-200.
2. Collins K, Rooney BL, Smalley KJ, Havens S. Functional fitness, disease and independence in community-Dwelling older adults in Western Wisconsin. *Wisconsin Med J.* 2004; 103:42-3.
3. Doimo LA, Derntl AM, Lago OC. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13 (4): 1133-1142.
4. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(6): 360-8.
5. Gaspar JC, Oliveira MAC, Duayer FF. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. *Rev Escola Enferm USP.* 2007; 41(4): 207-12.
6. Moreira KCM, Guerra RO. Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in Natal, Brazil. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2008; 66 (4): 809-13.
7. Parayba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39 (3): 53-9.
8. Reis LA, Mascarenhas CHM, Torres GV. Evaluation of functional capacity on institutionalized elderly in the City of Jequié/BA. *Fiep Bulletin.* 2008; 78(1): 89-92.
9. Reis LA, Torres GV, Silva JPA, Sampaio LS, Reis LA. Perfil Epidemiológico de idosos institucionalizados no Município de Jequié/BA. *Rev Enferm Atual.* 2008; 46:19-23.
10. Reis LA, Torres, GV, Reis LA. Pain characterization in institutionalized elderly patients. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2008; 66 (2b): 331-35.
11. Reis LA, Mascarenhas CHM, Marinho Filho LE, Borges OS. Lombalgia na terceira idade: distribuição e prevalência na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2008; 11(1): 93-103.
12. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa, JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(11): 160-8.
13. Ramos LR, Coelho JM. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de um inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública.* 1999 out; 33(5): 1-8.
14. Giatti L, Barreto SM, Lima MFC. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa Nacional por Amostra de domicílios. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(3): 735-43.
15. Reis LA, Mascarenhas CHM, Costa AN. LESSA RS. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2007; 31 (2): 324-32.
16. Augusto ACC, Soares CPSS, Resende MA, Pereira LSM. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. *Text Envelhecimento.* 2004; 7 (1): 21-5.
17. Magni G, Marchetti M, Moreschi C. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and nutrition examination: I. Epidemiologic follow-up study. *Pain.* 1993; 53:163-8.
18. Ferrell BR, Ferrell BA eds. Pain in the elderly. A report of the task force on pain in the elderly of the international Association for-the study of Pain. Seattle: IASP. Press;1996.
19. Ferrell BA. Pain management in elderly people. *J am geriatr Soc.* 1991; 39:64-73.
20. Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. *Pain,* 1997; 70: 3-14.

21. Silva MJ, Lopes MVO, Araújo MFM, Moraes GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceará. *Act Paul Enferm.* 2006; 19(2): 201-6.
22. Trelha CS, Nakaoski T, Franco SS, Dellaroza ASG, Yamada KN, Cabrera M et al. Capacidade Funcional de idosos restritos ao domicílio, do conjunto Ruy Virmond Carnascialli, Londrina/PR. *Semina: Ciênc Biol Saúde.* 2005; 26(1): 37-46.
23. Virtuoso Junior JS, Guerra RO. Fatores associados às limitações funcionais em idosos de baixa renda. *Rev Assoc Med Bras* [periódico na internet]. 2008 ocu [acesso em 2011 set 25];54(5):430-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000500017&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302008000500017>.
24. Zunzunegui MV, Nunez O, Durban M, Garcia de Yébones MJ, Otero A. Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6 year follow-up study in Spain. *Age Clin Exp Res.* 2006;18:349-51.
25. Moreira KCM, Guerra RO. Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in Natal, Brazil. *Arq de Neuro-Psiquiatr.* 2008;66(4): 809-13.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/06/27

Last received: 2011/10/19

Accepted: 2011/10/22

Publishing: 2011/12/01

Corresponding Address

Luciana Araújo dos Reis

Av Arthur Moraes, 13, Jequiezinho

CEP: 45200-000 – Jequié (BA), Brazil