

CAPACIDADE FUNCIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS COM DOR LOMBAR

FUNCTIONAL CAPACITY AND ITS ASSOCIATED FACTORS IN THE ELDERLY WITH LOW BACK PAIN

ROGER PALMA¹, MARTA HELENA SOUZA DE CONTI², NATASHA MENDONÇA QUINTINO¹, MARCIA APARECIDA NUEVO GATTI², SANDRA FIORELLI ALMEIDA PENTEADO SIMEÃO², ALBERTO DE VITTA²

RESUMO

Objetivo: Verificar o nível de capacidade funcional em indivíduos de 60 anos ou mais com dor lombar, e sua associação com as variáveis demográficas, socioeconômicas, relativas ao trabalho, estilo de vida e doença referida. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal com 246 idosos cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família da Vila São Paulo de Bauru, SP, Brasil, que referiram dor lombar, amostrados pela técnica de conglomerados em dois estágios, os quais foram entrevistados em seus domicílios utilizando um instrumento multidimensional (aspectos demográficos; socioeconômicos; caracterização do trabalho; estilo de vida; doença referida), além dos questionários IPAC, Nórdico e Roland Morris. Realizou-se análise descritiva, bivariada e multivariada por regressão logística. **Resultados:** A prevalência de dor lombar nos homens foi de 25,1% e nas mulheres foi de 35,1%. A média de pontuação na avaliação da capacidade funcional foi de $10,46 \pm 5,62$, sendo que 67,5% dos idosos apresentaram capacidade funcional não adequada. A faixa etária de 70 a 80 anos, os que relatam três ou mais doenças e os sedentários apresentam associação de forma independente com capacidade funcional não adequada. **Conclusão:** Os idosos mais velhos, sedentários e com mais de três doenças apresentaram baixa capacidade funcional. **Nível de Evidência III, Corte Transversal.**

Descritores: Dor lombar. Saúde da Família. Atividades cotidianas. Autonomia pessoal. Idoso. Fatores de risco.

ABSTRACT

Objective: To assess the level of functional capacity in subjects aged 60 years and older, who have lower back pain, and its association with demographic, socioeconomic, work-related, lifestyle-related and disease mentioned variables. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 246 elderly registered at the Family Health Strategy of Vila São Paulo, Bauru, SP, Brazil, who reported lower back pain and were sampled by a two-stage cluster technique. The subjects were interviewed at home by using a multidimensional instrument (demographic; socioeconomic aspects; life style; work characterization; disease mentioned), and also the IPAQ, the Nordic and the Roland Morris questionnaires. A bivariate and multivariate descriptive logistic regression analysis was carried out. **Results:** The prevalence of lower back pain in men was of 25.1% and in women it was of 35.1%. The mean score in the functional capacity assessment was 10.46 ± 5.62 . A fraction of 67.5% of the elderly demonstrated an inappropriate functional capacity. The age group from 70 to 80 years old, the subjects reporting three or more diseases and the sedentary group presented an independent association with inappropriate functional capacity. **Conclusion:** The older, sedentary subjects and who reported more than three diseases presented low functional capacity. **Level of Evidence III, Cross Sectioning.**

Keywords: Low back pain. Family Health. Activities of daily living. Personal autonomy. Aged. Risk factors.

Citação: Palma R, Conti MHS, Quintino NM, Gatti MAN, Simeão SFAP, Vitta A. Capacidade funcional e fatores associados em idosos com dor lombar. *Acta Ortop Bras.* [online]. 2014;22(6):295-9. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/aob>.

Citation: Palma R, Conti MHS, Quintino NM, Gatti MAN, Simeão SFAP, Vitta A. Functional capacity and its associated factors in the elderly with low back pain. *Acta Ortop Bras.* [online]. 2014;22(6):295-9. Available from URL: <http://www.scielo.br/aob>.

INTRODUÇÃO

A dor lombar é uma das disfunções musculoesqueléticas mais comuns no mundo, acometendo cerca de 70% a 85% da população em alguma época da vida,¹ pode causar grande diminuição do constructo "capacidade funcional" que indica o máximo possível de funcionalidade que uma pessoa pode atingir em um dado momento, ou seja, interfere na autonomia e qualidade de vida. Assim, a capacidade funcional surge como um valor ideal

para que o idoso possa viver de forma independente e autônoma, sendo capaz de realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas, como: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, locomover-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, ter o controle financeiro etc.²

Para a avaliação da capacidade funcional de indivíduos com lombalgia, vários instrumentos são propostos na literatura, como os

Todos os autores declaram não haver nenhum potencial conflito de interesses referente a este artigo.

1. Universidade Paulista (UNIP), Bauru, SP, Brasil.

2. Universidade do Sagrado Coração (USC), Bauru, SP, Brasil.

Trabalho realizado no Programa Estratégia Saúde da Família da Vila São Paulo, de Bauru, SP, Brasil e Universidade do Sagrado Coração de Bauru, SP, Brasil. Correspondência: Alberto De Vitta. Rua Ir. Armanda, 10-50, Jd Brasil. 17011-160. Bauru, SP, Brasil. albvitta@yahoo.com.br.

questionários “Roland Morris”, “Oswestry Low Back Pain”, “Disability Questionnaire”, “Waddell Disability Index” e a “Sickness Impact Profile”. Dentre esses, o questionário de Roland Morris tem sido amplamente utilizado na pesquisa e prática clínica por possuir tradução, adaptação e validação para população brasileira.³

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada no Brasil em 1994, visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Os profissionais envolvidos na atenção básica devem contemplar a Política Nacional e o Estatuto do Idoso, que garante um envelhecimento saudável, por meio de ações como os inquéritos populacionais e programas de intervenção preconizados pelo Ministério da Saúde⁴. As avaliações, como a da capacidade funcional, possibilitam fornecer informações sobre o perfil do idoso constituindo-se ferramentas simples e úteis na identificação das limitações e perda da autonomia dos indivíduos. Por meio da avaliação da capacidade funcional podem ser definidas estratégias de promoção à saúde dos idosos visando retardar ou prevenir as incapacidades.

Considerando o referencial teórico, este estudo teve como objetivo verificar o nível de capacidade funcional em indivíduos de 60 anos ou mais, com dor lombar, e sua associação com as variáveis demográficas, socioeconômicas, relativas ao trabalho, estilo de vida e doença referida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de delineamento transversal de uma população de indivíduos de 60 anos ou mais das áreas de abrangência da ESF da Vila São Paulo, na cidade de Bauru, SP, Brasil.

A população alvo foi limitada a de idosos acima de 60 anos, residentes nas áreas circunscritas às das Estratégias Saúde da Família na região da Vila São Paulo, região Norte do município de Bauru, que possui duas equipes de ESF com oito agentes comunitários. Tal região é composta por quatro bairros: Vila São Paulo, Jardim Ivone e Pousada da Esperança I e II, com uma população estimada de 12.600 habitantes.

A quantidade de idosos cadastrada no programa ESF era de 643 sujeitos. Foi utilizada uma amostra por conglomerados em dois estágios, sendo o primeiro estágio, as duas unidades de saúde da família, distribuídas na Vila São Paulo – unidades básicas de seleção – onde foi realizada a amostragem estratificada proporcional à quantidade de idosos cadastrados por área de abrangência de cada agente comunitário. No segundo estágio, o idoso, considerado a unidade amostral, foi escolhido randomicamente a partir do cadastro das famílias atendidas pelo agente de saúde. Dessa maneira, foi calculado o tamanho amostral, considerando-se a população de idosos (643), a prevalência de 24%,^{5,6} o erro amostral de 3% e nível de confiança de 95%, estimando-se um total de 360 idosos nas ESF na região referida, sendo 160 indivíduos da área 401 (Bairros Pousada da Esperança I e II) e 200 indivíduos da área 701 (Vila São Paulo e Jardim Ivone). Dentre os 360 idosos, 246 relataram dor lombar, constituindo-se, então, os sujeitos do presente estudo. Os sujeitos foram informados sobre todas as etapas do estudo, o caráter voluntário da participação, a possibilidade de abandonar a pesquisa a qualquer momento e o direito ao sigilo dos dados individuais e, os que aceitaram participar da investigação, assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro de 2011 a março de 2012. A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sagrado Coração - proc. nº 201/11.

Os pesquisadores visitaram os domicílios de abrangência da ESF acompanhados pelos agentes comunitários de cada setor. Foram realizadas as entrevistas com os idosos sorteados e excluídas as

pessoas incapacitadas para responder os questionários como deficientes mentais e indivíduos que tiveram acidente vascular cerebral e apresentavam déficit cognitivo por outras patologias neurológicas. No caso de domicílio fechado, após três tentativas foi sorteado outro idoso da lista.

O primeiro questionário respondido tratava-se da caracterização demográfica (sexo, idade, estado civil e cor da pele), aspectos socioeconômicos (escolaridade e renda), trabalho (trabalho sentado, trabalho: em pé, agachado, deitado, ajoelhado, vibração e/ou trepidação, carregar peso, movimento repetitivo), estilo de vida (atividade física, tabagismo, horas na TV, frequência na televisão, horas no computador, frequência no computador) e tipo de doenças. A posição no trabalho e tipo de movimentos (sentado, em pé, agachado, deitado, ajoelhado, vibração e/ou trepidação, carregamento de peso, movimentos repetitivos) eram caracterizados pela percepção do entrevistado identificando entre quatro opções (nunca, raramente, geralmente, sempre), qual delas caracterizava melhor a frequência de exposição.

O nível de atividade física dos idosos foi avaliado utilizando-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Este instrumento avalia atividades físicas realizadas no tempo de lazer, como deslocamento de um lugar ao outro, serviços domésticos e atividades ocupacionais⁷. A dor na coluna lombar foi observada por meio do questionário Nórdico, adaptado para a cultura brasileira.⁸ A dor lombar foi definida como dor ou desconforto nos últimos doze meses, não relacionada a trauma ou outro problema. No momento da entrevista foi realizada a seguinte pergunta ao idoso: “Você teve dor na coluna lombar (parte inferior das costas) no último ano?”. Para maior especificidade sobre o local da dor, além do questionamento verbal, foi apresentada uma imagem das regiões da coluna vertebral em diferentes cores, para que identificassem a região lombar. Esse tipo de ferramenta é válido e confiável para medir dor na população, pois torna o indivíduo capaz de ser muito específico na localização da dor.⁸

A variável dependente foi a capacidade funcional comprometida devido à dor musculoesquelética, mensurada pela versão brasileira do questionário Rolland-Morris (Brasil) validado por Nusbaum⁹. Esse instrumento foi traduzido para a língua portuguesa e adaptado para a cultura brasileira, apresentando uma alta confiabilidade teste-reteste (ICC de 0,94) e entre examinadores (ICC de 0,95).⁹ O Rolland-Morris contém uma lista de 24 frases que o respondente assinala caso a questão descreva seu estado no dia da aplicação. A lista, de acordo com o autor, possui algumas frases que as pessoas utilizam para descrever as dores que sentem nas costas. Para cada frase assinalada é contabilizado um ponto, assim o escore total varia de zero a 24 pontos. Quanto maior a pontuação final, maior será a incapacidade funcional do indivíduo. A pontuação mínima é zero e representa nenhum impacto da dor sobre a pessoa. Foram considerados com capacidade funcional inadequada indivíduos com escores iguais ou superiores a 14 no questionário de Rolland-Morris (ponto de corte que caracteriza a presença de incapacidade significativa decorrente da lombalgia).⁹

Análise dos dados

Os dados obtidos foram introduzidos em um banco de dados e as análises foram estratificadas por sexo usando o programa estatístico SPSS, versão 10.0 (SPSS, Chicago, Estados Unidos). A análise foi realizada mediante uma abordagem descritiva e outra analítica. Na abordagem descritiva foram feitas as distribuições de frequências absoluta e relativa para variáveis categóricas e na analítica realizou-se análise bivariada por meio do teste do Qui-quadrado e, em seguida, multivariada por regressão logística

binária, seguindo o modelo hierárquico. O método adotado de introdução das variáveis nos modelos foi o “backward stepwise”. Considerou-se um nível de significância de 5% e intervalo de confiança (IC) de 95%, com cálculo dos “odds ratios” ajustados.¹⁰

RESULTADOS

Na Tabela 1, observou-se que houve uma maior frequência de idosos, de ambos os sexos, na faixa etária entre 60 e 69 anos (56,2% para homens e 53,8% para mulheres); 55,6% dos homens e 46,2% das mulheres tiveram de 0 a 4 anos de escolaridade; 50,3% dos homens e 76,3% das mulheres eram casados; 66,6% dos homens e 77,4% das mulheres possuíam renda de 2 a 5 salários mínimos; 51,6% dos homens e 50,5% das mulheres relataram ter três ou mais doenças e 86,9% dos homens e 64,5% das mulheres eram sedentários. Dos idosos entrevistados, 70,9% eram aposentados e, destes, 14,1% ainda trabalhavam executando as mesmas atividades.

Em relação às variáveis relativas ao trabalho (Tabela 2) verificaram-se maiores porcentagens nas atividades de trabalho que os indivíduos realizavam na posição em pé (95,4% para homens e 92,5% para as mulheres), em pé inclinado para frente (93,5% para homens e 89,2% para as mulheres), movimentos repetitivos (77,1% para homens e 98,2% para as mulheres) e carregavam e transportavam peso (62,1% homens e 81,7% mulheres).

A média de pontuação na avaliação da capacidade funcional, obtida no questionário de incapacidade de Roland-Morris, foi de $10,46 \pm 5,62$, sendo que 67,5% dos idosos apresentaram capacidade funcional não adequada e 32,5% adequada. Em relação às respostas ao questionário Roland-Morris, os itens mais apontados foram: “Mudo de posição” com 98 anotações para homens e 57 para mulheres; “Ando mais lento” com 110 e 62 marcações, respectivamente; “Uso corrimão para subir escadas” com 97 e 60; “Apoio para levantar da cadeira” com 83 e 46; “Me visto mais lentamente” com 101 e 67; “Fico de pé por períodos curtos” com 107 e 41; “Procuro não curvar ou agachar” com 99 e 68;

Tabela 1. Frequências absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas, doenças relatadas e nível de atividade física dos idosos. (Bauru, São Paulo, 2011).

Fatores	Sexo	
	Masculino	Feminino
Faixa etária		
60 a 69 anos	86 (56,2%)	50 (53,8%)
70 a 80 anos	67 (43,8%)	43 (46,2%)
Anos de escolaridade		
0 a 4 anos	85 (55,6%)	43 (46,2%)
5 a 8 anos	68 (44,4%)	50 (53,8%)
Raça		
Branca	77 (50,3%)	38 (40,9%)
Preta	22 (14,4%)	12 (12,9%)
Parda/mulata	54 (35,3%)	43 (46,2%)
Estado civil		
Casado	77 (50,3%)	71 (76,3%)
Viúvo, solteiro, separado	76 (49,7%)	22 (23,7%)
Renda		
Até um salário mínimo	52 (34,0%)	21 (22,6%)
De dois a cinco salários mínimos	101 (66,6%)	72 (77,4%)
Doenças relatadas		
Até duas	74 (48,4%)	46 (49,5%)
Três ou mais	79 (51,6%)	47 (50,5%)
Nível de atividade física		
Sedentário	133 (86,9%)	60 (64,5%)
Ativo	20 (13,1%)	33 (35,5%)

“Sinto dor a maior parte do tempo” com 90 e 53; “Problemas para calçar meias” com 84 e 49; “Evito trabalhos pesados em casa” com 125 e 76 e “Subo escadas mais devagar” com 100 e 70 anotações. Na Tabela 3 observam-se associações significativas entre a capacidade funcional não adequada e faixa etária, renda familiar, doenças relatadas e nível de atividade física, apontadas pelo Teste do χ^2 .

Também utilizando o Teste do χ^2 , verificaram-se, na Tabela 4, associações significativas entre a capacidade funcional não adequada e os movimentos repetitivos e a posição sentada.

Os resultados da análise de regressão logística (Tabela 5) evidenciaram que a faixa etária ($p=0,001$), a quantidade de doenças relatadas ($p=0,02$) e o nível de atividade física ($p=0,04$) mostraram associação de forma independente com a capacidade funcional não adequada.

Tabela 2. Frequências absoluta e relativa segundo as variáveis relativas ao trabalho dos idosos. (Bauru, São Paulo, 2011).

Fatores	Sexo	
	Masculino	Feminino
Movimentos repetitivos		
Sempre/geralmente	118 (77,1%)	83 (98,2%)
Nunca/raramente	35 (22,9%)	10 (10,8%)
Vibração/trepidação		
Sempre/geralmente	44 (28,8%)	55 (59,1%)
Nunca/raramente	109 (71,2%)	38 (40,9%)
Transporte e carregamento de peso		
Sempre/geralmente	95 (62,1%)	76 (81,7%)
Nunca/raramente	58 (37,9%)	17 (18,3%)
Posição ajoelhada		
Sempre/geralmente	87 (56,9%)	47 (50,5%)
Nunca/raramente	66 (43,1%)	46 (49,5%)
Posição sentada		
Sempre/geralmente	41 (26,8%)	28 (30,1%)
Nunca/raramente	112 (73,2%)	65 (69,9%)
Sentada erguendo peso		
Sempre/geralmente	19 (12,4%)	17 (18,3%)
Nunca/raramente	134 (87,6%)	76 (81,7%)
Sentada e inclinando corpo		
Sempre/geralmente	50 (32,7%)	29 (31,2%)
Nunca/raramente	103 (67,3%)	64 (68,8%)
Posição em pé		
Sempre/geralmente	146 (95,4%)	86 (92,5%)
Nunca/raramente	7 (4,6%)	7 (7,5%)
Em pé inclinando o corpo para frente		
Sempre/geralmente	143 (93,5%)	83 (89,2%)
Nunca/raramente	10 (6,5%)	10 (10,8%)

DISCUSSÃO

Observou-se nesta pesquisa uma maior frequência de idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos, casados, com baixa escolaridade e renda familiar de dois a cinco salários mínimos, condizendo com outras pesquisas realizadas com idosos.^{11,12}

Em relação ao trabalho, notou-se que os idosos, em suas atividades ocupacionais, realizavam “sempre/geralmente” movimentos repetitivos, carregamento e transporte de peso e trabalhavam na posição em pé e em pé inclinado para frente. Em Pelotas observou-se que a maioria da população desta faixa etária trabalhava na posição sentada, com movimentos repetitivos, vibração e/ou trepidação e carregando peso.¹³

No presente estudo, 67,5% dos idosos apresentaram capacidade funcional não adequada com média de $10,46 \pm 5,62$ pontos no questionário de incapacidade de Roland-Morris, a exemplo de outras pesquisas sobre o tema.¹⁴⁻¹⁶

Tabela 3. Análise bivariada da capacidade funcional em relação às variáveis sociodemográficas, doenças relatadas e nível de atividade física dos idosos. (Bauru, São Paulo, 2011).

Fatores	Capacidade funcional		Teste do χ^2
	Não adequada	Adequada	
Sexo			
Masculino	100 (60,2%)	53 (66,2%)	$p > 0,05$
Feminino	66 (39,8%)	27 (33,8%)	
Faixa etária			
60 a 69 anos	81 (48,8%)	51 (63,8%)	$p < 0,05$
70 a 80 anos	85 (51,2%)	29 (36,2%)	
Anos de escolaridade			
0 a 4 anos	45 (56,2%)	83 (50,0%)	$p > 0,05$
5 a 8 anos	35 (43,8%)	83 (50,0%)	
Raça			
Branca	36 (45,0%)	79 (47,6%)	$p > 0,05$
Preta	11 (13,8%)	23 (13,9%)	
Parda/mulata	33 (41,3%)	58 (38,5%)	
Estado civil			
Casado	46 (57,5%)	101 (60,8%)	$p > 0,05$
Viúvo, solteiro, separado	34 (42,5%)	65 (39,2%)	
Renda			
Até um salário mínimo	30 (37,5%)	43 (25,9%)	$p < 0,05$
De dois a cinco salários mínimos	50 (62,5%)	123 (74,1%)	
Doenças relatadas			
Até duas	93 (56,0%)	27 (33,8%)	$p < 0,05$
Três ou mais	73 (44,0%)	53 (66,2%)	
Nível de atividade física			
Sedentário	70 (87,5%)	138 (83,1%)	$p < 0,05$
Ativo	10 (12,5%)	28 (16,9%)	

Tabela 4. Análise bivariada da capacidade funcional em relação às características do trabalho. (Bauru, São Paulo, 2011).

Fatores	Capacidade funcional		Teste do χ^2
	Não adequada	Adequada	
Movimento repetitivos			
Sempre/geralmente	131 (78,9%)	70 (87,5%)	$p < 0,05$
Nunca/raramente	35 (21,1%)	10 (12,5%)	
Vibração/trepidação			
Sempre/geralmente	94 (56,6%)	53 (66,2%)	$p > 0,05$
Nunca/raramente	72 (43,4%)	27 (33,8%)	
Carregamento de peso			
Sempre/geralmente	47 (28,3%)	28 (35,0%)	$p > 0,05$
Nunca/raramente	119 (71,7%)	52 (65,0%)	
Posição ajoelhada			
Sempre/geralmente	79 (47,6%)	33 (41,2%)	$p > 0,05$
Nunca/raramente	87 (52,4%)	47 (58,8%)	
Posição sentada			
Sempre/geralmente	125 (75,3%)	52 (65,0%)	$p < 0,05$
Nunca/raramente	41 (24,7%)	28 (35,0%)	
Sentada erguendo peso			
Sempre/geralmente	142 (85,5%)	68 (85,0%)	$p > 0,05$
Nunca/raramente	24 (14,5%)	12 (15,0%)	
Sentada e inclinando corpo			
Sempre/geralmente	117 (70,5%)	50 (62,5%)	$p > 0,05$
Nunca/raramente	49 (29,5%)	30 (37,5%)	
Posição em pé			
Sempre/geralmente	10 (06,0%)	4 (05,0%)	$p > 0,05$
Nunca/raramente	156 (94,0%)	76 (95,0%)	
Em pé inclinando o corpo			
Sempre/geralmente	14 (08,4%)	6 (07,5%)	$p > 0,05$
Nunca/raramente	152 (91,6%)	74 (92,5%)	

Tabela 5. Análise multivariada de regressão logística, modelo final, para associações independentes com a capacidade funcional não adequada. (Bauru, São Paulo, 2011).

Fatores	Valor de p	OR ajustado* / IC 95%
Faixa etária		
60 a 69 anos	0,001	1,00
70 a 80 anos		2,25 (1,19 – 4,21)
Doenças relatadas		
Até duas	0,02	1,00
Três ou mais		1,39 (1,22 – 1,72)
Nível de atividade física		
Ativo	0,04	1,00
Sedentário		2,71 (1,34 – 5,47)

*Ajustado por sexo, escolaridade e renda.

Também apurou-se nesta pesquisa que os idosos com 70 anos ou mais tiveram 2,25 vezes mais chance de capacidade funcional não adequada. Outros autores notaram aumento da incapacidade nas faixas etárias mais elevadas.^{17,18} Com o avanço da idade o organismo humano inicia um lento processo degenerativo, acarretando na diminuição gradual da capacidade funcional podendo levar o idoso à incapacidade, ocorrendo perdas no domínio cognitivo e disfunções físicas as quais contribuem para a redução da sua independência.¹⁹

Em relação ao nível de atividade física, os idosos sedentários apresentaram 2,21 vezes mais chances de capacidade funcional não adequada. No Canadá notou-se que os idosos sedentários apresentavam 33% mais chances de incapacidade funcional do que os ativos²⁰ e nos Estados Unidos houve associação entre a baixa capacidade funcional e o baixo nível de capacidade física dos participantes de uma pesquisa com portadores de dor lombar.²¹ A atividade física representa um importante preditor de capacidade funcional em pacientes com dor lombar. O idoso ativo vive melhor, pois as atividades físicas permitem a preservação e minimização das algias corporais debilitantes e alterações orgânicas. É importante considerar que, embora o desempenho físico seja modificado com o decorrer dos anos, havendo prática de atividade física adequada e regular, respeitada a individualidade biológica, essas modificações serão restringidas, favorecendo o prolongamento da vida, enriquecendo a qualidade de vida, contribuindo na reabilitação das funções orgânicas interdependentes.²²

Idosos com três ou mais doenças apresentaram 39% mais chance de capacidade funcional não adequada. Esses dados foram confirmados na cidade de Guatambu, SC, Brasil, onde os idosos que eram acometidos por cinco ou mais morbidades possuíam uma prevalência de 2,84 vezes menos chances de apresentar capacidade funcional adequada.²³ Um estudo populacional na cidade de São Paulo, Brasil,²⁴ mostrou que as doenças crônicas apresentam uma forte influência na capacidade funcional do idoso. A presença de hipertensão arterial aumenta em 39% a chance de o idoso ser dependente nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), a doença cardíaca aumenta em 82%, a artropatia em 59% e a doença pulmonar em 50%. Para a dependência nas AIVDs e atividades de vida diária (AVD), a chance mais do que dobrou para a presença de cada uma dessas doenças crônicas. As doenças crônicas não transmissíveis são mais frequentes entre os idosos, e são as mais incapacitantes. O envelhecimento bem-sucedido passa a ser o resultado da interação de fatores multidimensionais, os quais incluem questões relacionadas à saúde física, mental, independência na vida diária, aspectos econômicos e psicossociais.²¹

Uma das limitações deste estudo refere-se ao desenho de

delineamento transversal que não possibilitou estabelecer uma relação temporal de causa e efeito entre as variáveis estudadas. Outro ponto é o delineamento da amostra que investigou a prevalência de capacidade funcional não adequada apenas em uma região de classe social baixa, onde há altos índices de indivíduos com baixo nível educacional, dificultando uma amostra mais heterogênea, ideal para esse tipo de análise.

CONCLUSÃO

Na população investigada neste estudo, observou-se uma associação significativa entre a capacidade funcional não ade-

quada em idosos acima de 70 anos, com relato de três ou mais doenças e sedentários. Esses dados poderão subsidiar estratégias preventivas nas Unidades de Saúde e estimular mudanças de rotinas nos cuidados à saúde do idoso, investindo em ações preventivas.

AGRADECIMENTOS

Especial agradecimento aos idosos e ao Programa Saúde da Família da Vila São Paulo e à FAPESP (Fundação de Amparo ao Ensino e Pesquisa do Estado de São Paulo) pelo financiamento do projeto.

REFERÊNCIAS

1. Bento AAC, Paiva ACS, Siqueira FB. Correlação entre incapacidade, dor – Roland Morris, e capacidade funcional – SF-36 em indivíduos com dor lombar crônica não específica. *E-scientia*. 2009;2(1):1-18.
2. [OMS] Organização Mundial da Saúde, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP; 2003.
3. Ocarino JM, Gonçalves GGP, Vaz DV, Cabral AAV, Porto JV, Silva MT. Correlação entre um questionário de desempenho funcional e testes de capacidade física em pacientes com lombalgia. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(4):343-9.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1993;27(2):87-94.
6. Trelha CS, Nakaoski T, Franco SS, Dellaroza MSG, Yamada KN, Cabrera M, et al. Capacidade funcional de idosos restritos ao domicílio, do conjunto Ruy Virmond Carnascialli, Londrina/PR. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2005;26(1):37-46.
7. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(8):1381-95.
8. Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares: validade do instrumento como medida de morbidade. *Rev Saúde Pública*. 2002;36:307-12.
9. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire--Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res*. 2001; 34(2):203-10.
10. Zar JH. *Biostatistical analysis*. 5th ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2010.
11. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):468-78.
12. Gonçalves SX, Brito GEG, Carvalho EAO, Carvalho DB, Rolim IB, Lucena EMF. Capacidade funcional de idosos adscritos à estratégia saúde da família no município de João Pessoa – PB. *Rev Bras Ci Saúde*. 2011;15(3):287-94.
13. Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):377-85.
14. Resnik L, Dobrykowski E. Outcomes measurement for patients with low back pain. *Orthop Nurs*. 2005;24(1):14-24.
15. Falcão FCOS. Qualidade de vida e capacidade funcional em idosos com dor lombar crônica [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação; 2006.
16. Jordan K, Dunn KM, Lewis M, Croft P. A minimal clinically important difference was derived for the Roland-Morris Disability Questionnaire for low back pain. *J Clin Epidemiol*. 2006;59(1):45-52.
17. Foss MHD, Martins MRI, Ikehara E, Rampazo F, Tinti G, Detoni M, et al. Qualidade de vida de funcionários com dor lombar. *Rev Dor*. 2009;10(2):106-12.
18. Sousa C, Mesquita C, Sousa A. Dor Lombar na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. Um estudo de prevalência. *Ifisionline*. 2010;2(2):16-24.
19. Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):178-89.
20. Ledoux E, Dubois JD, Descarreaux M. Physical and psychosocial predictors of functional trunk capacity in older adults with and without low back pain. *J Manipulative Physiol Ther*. 2012;35(5):338-45.
21. Filho IT, Simmonds MJ, Protas EJ, Jones S. Back pain, physical function, and estimates of aerobic capacity: what are the relationships among methods and measures? *Am J Phys Med Rehabil*. 2002;81(12):913-20.
22. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(1):167-76.
23. Santos KA, Koszuoki 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):2781-8.
24. Alves LC, Leimann BC, Vasconcelos ME, Carvalho MS, Vasconcelos AG, Fonseca TC, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1924-30.