

**Revista Saúde.Com**

ISSN 1809-0761

www.uesb.br/revista/rsc/ojs

**O IMPACTO DE ATIVIDADES COLETIVAS NA CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS****THE ACTIVITY IMPACT ON COLLECTIVE FUNCTIONAL CAPACITY IN ELDERLY****Matheus Bitencourt da Cruz de Jesus<sup>1</sup>, Marcelo Ricardo Borges Bomfim<sup>1</sup>, Ivana Caroline Vieira dos Santos<sup>1</sup>, Maísa Mônica Flores Martins<sup>2</sup>, Ítalo Ricardo Santos Aleluia<sup>3</sup>, Nátaí Andrade Ribeiro<sup>1</sup>, Thaiana Araújo Silva Lima<sup>1</sup>, Eduardo Fernandes Santana<sup>4</sup>**Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC<sup>1</sup>; Instituto de Saúde Coletiva da UFBA<sup>2</sup>; Universidade Federal do Oeste da Bahia – UFOB<sup>3</sup>; Faculdade Social da Bahia<sup>4</sup>**Abstract**

The Brazilian population has introduced changes in its demographic pattern, presenting a new scenario with an increased in rates of chronic diseases and functional limitations. **Objective:** To evaluate the impact of collective activities in regard to the functional capacity of elderly practitioners and not practitioners of those. **Method:** It is a descriptive transversal study by means of a sociodemographic questionnaire adapted from the FIM scale (Functional Independency Measure), which compared functional performance among the elderly of a cohabitation group at a private university (G1) with a group of similar elderly people belonging to a long-stay institution (G2). The comparison between the MIF scale proportions and the other variables was under analyzed with Pearson  $\chi^2$  and Fisher's exact at a significance level of 5% as well as with the Spearman's correlation coefficient calculation. For the data analysis, Stata 12 software was utilized, and the tables were built by Excel for Windows 2013. **Result:** Based on the 40 elderly individuals who were part of the study, 70% of them were female. The majority G1 (100%) and G2 (40%), between the ages of 60 and 69 years old, low levels of education, no partner, and low number of children. The average between the FIM scale and the groups present a difference of plus 12.45 for the G1. In the Spearman correlation, it was observed that the control of sphincters obtained a strong correlation (0.845), and all correlations presented 5% statistic difference. **Conclusion:** Thus, when comparing the MIF total of the two groups, the group G1 functional independence obtained superior to G2. These findings underscore the importance of collective activities to improve the functional capacity of the elderly.

**Key words:** Elder, Geriatrics, Public Health, Aging.**Resumo**

**Introdução:** A população brasileira tem apresentado modificações em seu padrão demográfico, apresentando um novo cenário com um aumento nos índices das doenças crônicas e limitações funcionais. **Objetivo:** Avaliar o impacto das atividades coletivas na capacidade funcional dos idosos praticantes ou não praticantes dessas atividades. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo por meio de um questionário sociodemográfico e adaptado da escala MIF (Medida de Independência Funcional), que comparou o desempenho funcional entre idosos de um grupo de convivência em uma universidade privada (G1) com um grupo de idosos semelhantes, pertencente à uma instituição de longa permanência (G2). Na comparação entre as proporções da escala MIF e as demais variáveis submeteu-se análise dos testes do  $\chi^2$  de Pearson e o Exato de Fischer, com nível de significância de 5%, além do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman. Para análise dos dados utilizou-se o software Stata 12, as tabelas foram construídas no Excel for Windows 2013. **Resultados:** Dos 40 idosos participantes do estudo, a maioria era do sexo feminino G1 (100%) e G2 (40%), com faixa etária de 60 a 69 anos, menor nível de escolaridade, sem companheiro e com menor número de filhos. A média entre a escala MIF e os grupos apresenta uma diferença de 12,45 a mais para o G1. Na Correlação de Spearman, observou-se que o controle de esfíncteres obteve correlação forte (0,845) e todas as correlações apresentaram diferença estatística a 5%. **Conclusão:** Assim, ao comparar a MIF total dos dois grupos, o grupo G1 obteve independência funcional superior ao grupo G2. Estes achados ressaltam a importância das atividades coletivas para a melhoria da capacidade funcional dos idosos.

**Palavras chave:** Idoso, Gerontologia, Saúde Coletiva, Envelhecimento.

## Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural que vem alterando a demografia mundialmente<sup>1</sup>. A população brasileira tem apresentado modificações em seu padrão demográfico nos últimos anos, decorrente da redução da taxa de fecundidade e com importantes transformações na composição da estrutura etária, com um significativo aumento da expectativa de vida<sup>2</sup>. Em consonância com o novo cenário houve um aumento nos índices das doenças crônicas e limitações funcionais<sup>3</sup>.

Com o aumento da idade a capacidade funcional tende a diminuir, mas nem sempre com o mesmo ritmo para todas as pessoas. A funcionalidade pode ser influenciada beneficemente por vários fatores, tal como a atividade física, cuja prática regular retém níveis mais altos de independência e autonomia, fundamentalmente na função cardiovascular<sup>4,5</sup>. Entretanto, sabe-se que tanto doenças físicas quanto mentais podem levar a dependência e a incapacidade funcional, dificultando o desempenho das atividades diárias ou mesmo impossibilitando de realizá-las<sup>4,5</sup>.

Segundo a OMS, a saúde e a segurança são fatores fundamentais para que os idosos participem da sociedade, de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades. Nesse sentido, os grupos de convivência de idosos são meios que possibilitam a promoção do envelhecimento ativo, com o objetivo de preservação das capacidades e do potencial de desenvolvimento do idoso<sup>6</sup>.

A participação do idoso nas atividades grupais contribui para a percepção da importância do autocuidado, uma vez que as atividades coletivas podem contribuir na promoção, proteção e controle de doenças<sup>7</sup>. As atividades coletivas facilitam o exercício da autodeterminação e da independência, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido da vida<sup>7,3</sup>. Além disso, as atividades coletivas incentivam a prática de exercícios físicos, contribuindo na melhora do vigor e da saúde do idoso, diminuindo os riscos de queda e disfunções motoras<sup>8</sup>.

Ao investigar sobre o impacto de atividades coletivas na capacidade funcional de idosos, o presente estudo traz como relevância a oportunidade de apontar possíveis associações entre o desempenho funcional dos participantes

e essas atividades, em domínios relacionados com sua autonomia e independência, podendo desse modo, subsidiar estratégias promotoras de saúde, de baixo custo e em contextos comunitários, voltadas para esse público.

Esse estudo avaliou o impacto que as atividades coletivas têm sobre a capacidade funcional dos idosos.

## Materiais e métodos

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo realizado na cidade de Salvador-Ba, em 2015. A população do estudo foi constituída por idosos participantes do grupo "Vida Ativa", pertencente a uma instituição de ensino superior, e por idosos em uma instituição de longa permanência, ambos no mesmo município.

O "Vida Ativa" trata-se de um grupo de convivência entre idosos de comunidades limítrofes à instituição supracitada, que oferta ações coletivas/recreativas semanalmente, tais como: práticas corporais, dança, caminhadas grupais e treinos funcionais. O grupo institucionalizado trata-se de idosos que apenas residiam no local, mas que não possuíam a oferta de atividades coletivas, apenas em caráter sazonal, algumas ações de fisioterapia.

Para comparação dos dados foram considerados os idosos praticantes de alguma atividade coletiva (G1) – membros do "Vida Ativa", e os que não participam ou que não são regulares em algum tipo de atividade coletiva (G2) - membros do grupo de idosos institucionalizados. Os grupos foram compostos por uma amostra de conveniência de 20 idosos em cada grupo. Como critério de inclusão, a população foi caracterizada por pessoas com idade a partir de 60 anos, de ambos os sexos, que participam ou não de atividades coletivas. Para a seleção do G1 foram consideradas as seguintes características: frequência regular (semanal) na prática das atividades coletivas com, pelos menos, seis meses de adesão ao grupo, e com residência fixa na cidade de Salvador ou região metropolitana. Para o G2 foram considerados idosos não praticantes de atividades coletiva, sem déficits funcionais relativos à mobilidade, visão, audição e todas as demais sequelas incapacitantes que pudessem, de alguma forma, influenciar os resultados comparativos entre os grupos, preservando, portanto, o máximo de características similares os grupos.

Em maio de 2015, foi realizado um estudo

piloto para testagem do instrumento de investigação com 10 % do total da amostra (quatro participantes) na Faculdade da Terceira Idade, localizada em Salvador-Ba. O estudo definitivo ocorreu de junho a agosto de 2015.

Para a presente pesquisa foram realizadas entrevistas a partir de um questionário semiestruturado contendo informações sobre o perfil dos entrevistados (sexo, religião, residência, estado social) e sobre a escala MIF pelos pesquisadores.

A escala MIF foi criada na década de 1980 por uma força tarefa norte-americana organizada pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação<sup>9</sup>. Foi validada para o Brasil nos anos 2000, para mensuração e avaliação da Capacidade Funcional, extremamente útil para procedimentos terapêuticos, assim como quantificar de forma mais objetiva a dependência ou independência que o indivíduo tem em realizar suas atividades de vida diária. Neste trabalho, a escala foi utilizada com a finalidade de verificar o desempenho da pessoa idosa para realização de suas tarefas diárias e o impacto que as atividades coletivas tiveram neste desempenho.

A escala MIF foi utilizada em todo o seu aspecto avaliativo, incluindo tanto a MIF motora quanto a MIF cognitiva. Ela é formada por graus de dependência com sete níveis, sendo o valor 1 correspondente a dependência total e o valor 7 correspondente a normalidade na realização das tarefas de forma independente - segundo a escala, o nível de independência funcional é classificado da seguinte forma: (1) Dependência total, (2) Assistência máxima, (3) Assistência moderada, (4) Assistência mínima, (5) Supervisão, estímulo ou preparo, (6) Independência modificada, (7) Independência completa. A MIF total pode ser dividida em quatro sub-escores, de acordo com a pontuação total obtida: a) 18 pontos: dependência completa (assistência total); b) 19 – 60 pontos: dependência modificada (assistência em até 50% da tarefa); c) 61 – 103 pontos: dependência modificada (assistência em até 25% da tarefa); d) 104 – 126 pontos: independência completa / modificada.

Na análise desse estudo foram obtidas as proporções das variáveis sociodemográficas e hábitos de vida. Apresentadas as medidas de média, mínimo e máximo segundo os escores da MIF total e de suas categorias e realizadas a distribuição por Box Plot dos escores da MIF total.

A comparação entre as proporções do

escore da MIF para as variáveis explicativas foi submetida a análise dos testes  $\chi^2$  de Pearson e Exato de Fischer, com nível de significância de 5%<sup>10</sup>. Foi calculado o Coeficiente de Correlação de Spearman entre o escore de MIF total e as categorias Cuidados Pessoais, Controle de Esfíncter, Mobilidade, Locomoção, Comunicação e Cognição Social devido as variáveis não estarem distribuídas de forma linear<sup>10</sup>. A análise foi feita no software Stata (versão 12) e as tabelas foram construídas no Excel for Windows 2013 para demonstração dos resultados.

As entrevistas registradas foram devidamente autorizadas pelos próprios coordenadores e responsáveis pelos grupos de idosos participantes. As informações foram tratadas confidencialmente e o projeto foi submetido ao comitê de ética da Faculdade de Tecnologia e Ciências, sendo aprovado em todas as suas etapas e liberado para a sua efetivação (038104/2015). Além disso, os participantes, ou seus responsáveis legais, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informados quanto aos objetivos da pesquisa e suas repercussões.

## Resultados e discussão

A amostra total do estudo foi composta por 40 idosos de ambos os sexos com idade maior ou igual a 60 anos, divididos em grupos caracterizados como G1 (“ativo”) e G2 (“inativo”), participantes e não participantes de atividades coletivas, respectivamente.

Com relação às características sociodemográficas da amostra analisada, a maioria foi do sexo feminino (G1 100% e G2 40%), na faixa etária entre 60 a 69 anos (G1 55% e G2 65%), com ensino fundamental incompleto (G1 35% e G2 55%), aposentados (G1 70% e G2 90%), viúvos (G1 40% e G2 20%), religião católica (G1 60% e G2 70%), número de filhos entre 0 a 5 (G1 65% e G2 55%), e participantes que não consumiam bebida alcoólica (G1 80% e G2 90%) e tabaco (G1 95% e G2 95%). Quanto à significância estatística, as variáveis que foram estatisticamente significantes a um nível de 5%, foram: sexo, ocupação e religião (Tabela 1).

Resultados semelhantes ao desse estudo foram apontados em duas pesquisas que avaliaram capacidade funcional de idosos. Uma realizada em unidade de Saúde da Família<sup>11</sup> e outra em idosos institucionalizados<sup>12</sup>, sendo que, respectivamente, 73% e 56.4% eram do sexo feminino. Já no estudo de Hoepers<sup>13</sup> a maioria dos participantes era do sexo masculino.

A literatura apresenta estudos com resultados semelhantes ao desse estudo para a variável sexo. Em pesquisa sobre a prática de atividades físicas em pessoas de 50 a 79 anos, na cidade de Campinas-SP<sup>14</sup>, que 75,1% dos indivíduos dos grupos com supervisão e sem supervisão eram do sexo feminino.

No presente estudo, o número de idosos aposentados foi de 80,0% da amostra geral, coincidindo com outros estudos, como o de Virtuoso<sup>15</sup> que aborda a autoimagem referida sobre a saúde de idosos que praticam atividade física variada, mostrando que 81,5% dos participantes estudados eram aposentados ou pensionistas. Já no estudo de Barbosa<sup>16</sup>, apresenta uma frequência de 63,5% para os idosos ativos atendidos em um programa de Estratégia de Saúde da Família. Além disso, outros estudos relacionados a prática de atividade física apresentam percentuais acima de 80% para amostras cuja característica predomina idosos aposentados<sup>17,18</sup>.

Quanto à religião verificou-se, nesse estudo, que 65%, referiram serem católicos, assim como nos achados de Barricelli<sup>19</sup> (81%) e de Barbosa<sup>16</sup> (77,6%).

Na análise da prática de atividade coletiva segundo a medida da independência funcional dos grupos G1 e G2, verificou-se que a média da MIF total foi relativamente maior para o primeiro grupo (123,5) quando comparado com o segundo (11,05). Para todas as variáveis funcionais

analisadas, o G1 obteve as maiores médias, valores mínimos e máximos (Tabela 2).

No G2, os resultados da MIF revelaram valores média de 39,85 pontos para autocuidados, 12,2 no controle de esfíncter, 18,65 na mobilidade, 10,95 na locomoção, 11,95 na comunicação e 17,5 no convívio social. Em estudo semelhante que embora não tenha realizado análise comparativa entre diferentes grupos, mas que analisou os valores médios das variáveis da escala MIF em idosos institucionalizados, apontou valores próximos ao encontrados no presente estudo,: autocuidados (38,1), controle de esfíncteres (12,4), mobilidade (18,3), locomoção (11,4), comunicação (11,9), cognição social (17,6) e MIF total (109,7). Vale destacar que os idosos institucionalizados no referido estudo se tratam de indivíduos inativos.

A literatura apresenta que apesar das limitações dos idosos, a participação de grupos de convivência os proporciona a preservação da Capacidade Funcional em consequência com o aumento da sua autoestima, qualidade de vida, entre outros fatores<sup>20</sup>.

Na Correlação de Spearman, correlacionando as variáveis de autocuidados, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social com a MIF total, observou-se que o controle de esfíncteres obteve uma correlação forte (0,845), e as demais correlações moderadas, sendo todas estatisticamente significantes a 5% (Tabela 3).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de hábitos de vida segundo a prática da atividade coletiva (ativo e inativo). Salvador, Bahia, 2015.

Variáveis	Ativo		Inativo		p-valor*
	n	%	N	%	
<b>Sexo</b>					<b>0,00</b>
Masculino	0	0,0	12	60,0	
Feminino	20	100,0	8	40,0	
<b>Faixa etária</b>					0,52
60 a 69 anos	11	55,0	13	65,0	
70 e mais anos	9	45,0	7	35,0	
<b>Escolaridade</b>					0,26
Ensino Fundamental Incompleto	7	35,0	11	55,0	
Ensino Fundamental Completo	3	15,0	3	15,0	
Ensino Médio Incompleto	2	10,0	1	5,0	
Ensino Médio Completo	6	30,0	1	5,0	
Analfabeto	2	10,0	4	20,0	
<b>Ocupação</b>					<b>0,04</b>
Aposentado	14	70,0	18	90,0	
Ativo	5	25,0	2	10,0	
Pensionista	1	5,0	0	0,0	
<b>Estado Civil</b>					0,06
Casado	5	25,0	3	15,0	
Solteiro	5	25,0	13	65,0	
Viúvo	8	40,0	4	20,0	
Não Informado	2	10,0	0	0,0	

Continua...

...continuação

<b>Religião</b>						<b>0,00</b>
	Católica	12	60,0	14	70,0	
	Espírita	3	15,0	3	15,0	
	Evangélica	3	15,0	3	15,0	
	Outras religiões	2	10,0	0	0,0	
<b>Número de filhos</b>						<b>0,06</b>
	0 a 5	13	65,0	11	55,0	
	6 a mais	7	35,0	9	45,0	
<b>Uso de Álcool</b>						<b>0,38</b>
	Sim	4	20,0	2	10,0	
	Não	16	80,0	18	90,0	
<b>Uso de Tabaco</b>						<b>1,00</b>
	Sim	1	5,0	1	5,0	
	Não	19	95,0	19	95,0	

...continuação

Tabela 2 - Medidas de média, mínimo, máximo entre a prática da atividade coletiva (ativo e inativo) segundo a medida de independência funcional (MIF). Salvador, Bahia, 2015.

Variáveis	Ativo			Inativo		
	Média	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo
Autocuidados	41,85	40	42	39,85	29	42
Controle de Esfíncteres	13,65	12	14	12,2	4	14
Mobilidade	20,9	20	21	18,65	8	21
Locomoção	13,7	12	14	10,95	3	14
Comunicação	13,3	3	14	11,95	2	14
Cognitivo Social	20,1	17	21	17,5	6	21
Total de MIF	123,5	114	126	111,05	68	126

Tabela 3 - Coeficiente de Correlação de Spearman (r) entre o escore de MIF total e às categorias Cuidados Pessoais, Controle de Esfíncter, Mobilidade, Locomoção, Comunicação e Cognição Social. Salvador, Bahia, 2015.

Variáveis	Correlação (r)	
	MIF Total	P-valor
Autocuidados	0,564	0,00
Controle de Esfíncteres	0,845	0,00
Mobilidade	0,683	0,00
Locomoção	0,685	0,00
Comunicação	0,474	0,00
Cognitivo Social	0,580	0,00

Os achados sobre o controle esfíncteres nesse estudo revelaram valores mais positivos para o G1 (13,65) em relação ao G2 (12,2), o que possivelmente demonstra maior probabilidade do desenvolvimento de Incontinência Urinária (IU) nesse último. Estudo retificou alta prevalência de IU associada à institucionalização em idosos<sup>21</sup> e outros que também avaliaram a capacidade funcional encontraram associação entre a IU e declínio de mobilidade e função cognitiva, também em idosos institucionalizados. Um deles evidenciou frequência de 57,3% em mulheres (62%) e (45%) em homens<sup>22</sup>, já o outro encontrou 64,7% de frequência.

A IU em instituições de longa permanência varia de 43 % a 77%, com média de 58%<sup>24</sup>. Offermans<sup>24</sup> afirma que o tratamento farmacológico, restrições físicas, a nutrição e o uso do banheiro podem ser fatores causais importantes para a incidência da IU. Já segundo Aslan<sup>25</sup>, os idosos com limitação motora e de auxílio para o uso do banheiro, como evacuação precoce e micção programada, podem desenvolver a chamada *IU funcional*, muito comum nas instituições asilares, mas que é facilmente combatível pelos profissionais de saúde.

Através do teste de correlação de

Spearman, parece sugestivo que idosos institucionalizados, de ambos os sexos têm maior susceptibilidade para o desenvolvimento da IU, tanto por fatores motores quanto ambientais, como a utilização de fraldas, que está presente na maioria dos idosos incontinentes.

Com relação aos resultados obtidos pela MIF total (Gráfico 1), o G1 para a prática de atividades coletivas apresentou no primeiro quartil (25%) 122 pontos, no terceiro quartil (75%) 126 pontos e uma mediana de 125 pontos.

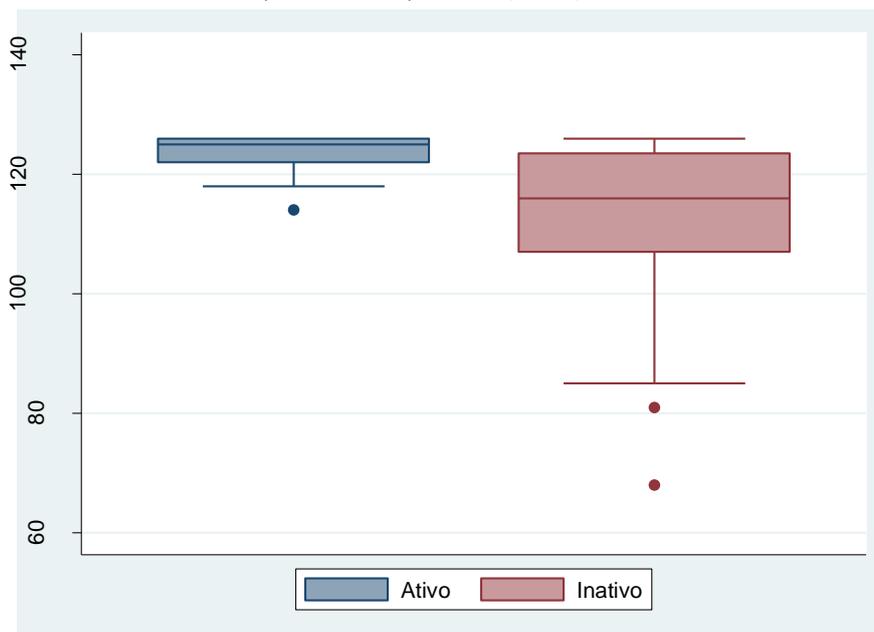
Enquanto que o G2 no primeiro quartil (25%) obteve 107 pontos, o terceiro quartil (75%) 123,5 pontos e a mediana de 116 pontos. Esses achados evidenciam que a maioria (75%) praticantes e não-praticantes de atividades coletivas apresentaram escore de MIF total correspondente à independência completa/modificada, 126 e 123,5 pontos, respectivamente.

O estudo de Hoepers<sup>14</sup> ao analisar os

subescores da MIF total de idosos institucionalizados, em um total de 20 participantes, 0% atingiu a pontuação de 18 pontos (dependência total), 40% atingiu de 19 a 60 pontos (dependência modificada/ assistência até 50%), 35% atingiu de 61 a 103 pontos (dependência modificada/ assistência menor que 25%), e 25% atingiu de 104 a 126 pontos (independência completa/ modificada). Este resultado, como afirma o autor, se deve a presença de disfunções cognitivas que levaram os idosos a necessitar do auxílio de cuidadores de forma constante, diminuindo o escore da sua MIF total.

Resultados divergentes foram encontrados em outros estudos sobre avaliação de capacidade funcional. Em alguns, pelo menos 72,6 % dos idosos possuíam algum tipo de dependência funcional<sup>27,28</sup>, em outros, essa dependência esteve presente em 58%<sup>29</sup> e 57%<sup>30</sup> dos idosos, respectivamente.

Gráfico 1 - Distribuição do Box Plot das diferenças dos escores de MIF total segundo a prática de atividade coletiva (ativo e inativo). Salvador, Bahia, 2015.



As convivências em atividades coletivas promovem a troca de informação dos participantes entre si e com os responsáveis pelos grupos. Esse fato pode se configurar como coadjuvante para empoderar os sujeitos sobre estado de saúde<sup>31</sup>. Atividades coletivas podem representar um espaço educativo em saúde para estimular o exercício da cidadania, a partir da construção de papéis sociais e o relacionamento interpessoal na comunidade<sup>32</sup>.

O número reduzido de participantes entre

os grupos e a escassez de estudos que utilizaram a MIF como instrumento de avaliação da capacidade funcional limitou comparações mais específicas com esse estudo. Observou-se maior adesão dos estudos ao do Índice de Katz, que é amplamente utilizado no campo de pesquisa da geriatria e gerontologia. Por outro lado, a opção pela utilização da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) destaca a originalidade dessa investigação pela relativa incipiência de adaptação para o Brasil, em 2000<sup>9</sup>

e com efetividade atribuída na mensuração a que a se propõe, em contextos brasileiros<sup>26</sup>.

## Conclusão

Este estudo permitiu a avaliação do impacto das atividades coletivas na capacidade funcional de idosos, constatando que os idosos ativos têm o nível de independência mais satisfatória do que os idosos inativos em relação às variáveis da escala de Medida de Independência Funcional (MIF).

Evidenciou o predomínio do sexo feminino, pessoas aposentadas e adeptos da religião católica como perfil populacional influente nas duas amostras. Por fim, percebe-se que o controle de esfíncter foi um fator essencial para a capacidade funcional dos idosos.

Os resultados aqui delineados demonstram a importância da implementação de atividades coletivas de promoção da saúde, em contextos comunitários, para a população idosa, de modo a ofertar oportunidades de baixo custo e significativo impacto, no controle de fatores de risco para a incapacidade funcional.

## Referências

1. UNRIC Centro Regional de Informação das Nações Unidas. Dia Internacional das Pessoas Idosas, 1 de outubro de 2015. [publicação online]. Brussels; 2015 [acesso em 18 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.unric.org/pt/actualidade/32004--dia-internacional-das-pessoas-idosas-1-de-outubro-de-2015>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980 – 2050. [publicação online]. 2008 [acesso em nov. 2015]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/projecao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf)
3. Freitas EV, Py L, Cañado FAXC, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2011.
4. Silva RCR, Abate DTRS, Olegário JGP, Salge AKM, Cavellani CL, Corrêa RRM, et al. Descrição da capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Colloquium Vitae*. 2012; 4(2):104-110.
5. Carvalho RBC, Forti VAM. (2008). O processo de envelhecimento e os benefícios da atividade física na saúde e qualidade de vida. [publicação online]; 2008 [acesso em 12 nov, 2015]. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd124/o-processo-de-envelhecimento-e-os-beneficios-da-atividade-fisica.htm>
6. Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciênc saúde colet*. 2011;16(3):1671-1680.
7. Gonçalves KD, Soares MC, Bielemann VLM. Grupos com idosos: estratégia para reorientar o cuidado em saúde. *Rev Conexão UEPG*. 2013;9(2):218-225.
8. Silva JMN, Barbosa MFS, Castro POCN, Noronha MM. Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(2):337-346.
9. Riberto M, Miyazaki MH, Filho DJ, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátr*. 2001;1(8):45-52.
10. Siqueira AL, Tibúrcio JD. Estatística na área da saúde: conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional. 1. ed. Belo Horizonte: Editora Coopmed; 2011.
11. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(3):513-518.
12. Gonçalves LHT, Silva AH, Mazo GZ, Benedetti TRB, Santos SMA, Marques S, et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26(9):1738-1746.
13. Hoepers NJ, Oliveira ACC, Schwalm MT, Soratto MT, Ceretta LB. Medidas de Independência Funcional em uma Instituição de Longa Permanência de Idosos. *Estud. Interdiscipl. Envelhec*. 2013;18(1):7-26.
14. Carvalho RBC, Madruga VA. Envelhecimento e prática de atividade física: a influência do gênero. *Rev Motriz*. 2011;17(2):328-337.
15. Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC, Cardoso AS, Dias RG, Balbé GP. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(1):23-31.
16. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(8):3317-3325.

17. Ferreira TCR, Pinto DS, Pimentel KA, Júnior OSP. Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados. *RBCEH*. 2011;8(1):9-20.
18. Azevedo LM, Oliveira KMV, Nunes VMA, Alchieri JC. Perdas da capacidade funcional em idosos institucionalizados no município de Natal/RN. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2014;6(2):485-492.
19. Barricelli ILFOBL, Sakumoto IKY, Silva LHM, Araújo CV. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(3):505-515.
20. Albuquerque AG, Oliveira GSM, Silva VL, Nascimento CB. Capacidade funcional e linguagem de idosos não-participantes e participantes de grupos de intervenção multidisciplinar na atenção primária à saúde. *Rev CEFAC*. 2012;14(5):952-962.
21. Roig JJ. Prevalência de incontinência urinária e fatores associados em idosos institucionalizados. (Dissertação de Mestrado). Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2014.
22. Júnior WFSB, Mendes FM. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: Relação com mobilidade e função cognitiva. *Arq Catarin Med*. 2007;36(4):49-55.
23. Huebra RS, Carvalho R, Alves SAF, Andrade AM, Aredes E, Bruno RX. Comparação entre estado mental, a independência funcional e incontinência urinária em idosos no interior de Minas Gerais. *Rev Inspirar Mov Saude*. 2010;2(6):15-20.
24. Offermans MP, Du moulin MF, Hamers JP, Dassen T, Halfens RJ. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review. *NeuroUrol Urodyn Journal*. 2009; 28(4):288-294.
25. Aslan E, Beji NK, Erkan HA, Yalcin O, Gungor F. The prevalence of and the related factors for urinary and fecal incontinence among older residing in nursing homes. *J Clin Nurs*. 2009;18(23):3290-3298.
26. Pereira FM, Besse M. Fatores associados à independência funcional de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Acta Fisiátr*. 2011;18(2):66-70.
27. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1):43-8.
28. Neto MG, Castro MF. Estudo comparativo da independência funcional e qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários. *Rev Bras de Medicina do Esporte*. 2012; 18(4).
29. Nakatani AYK, Costa EFA, Teles SA, Silva LB, Rêgo MP, Silva e Souza AC, et al. Perfil sóciodemográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. *Rev Soc Bras Clin Méd*. 2003; 1(5):131-6.
30. Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Rev. Eletr. Enf*. 2009;11(1):144-50.
31. Bitar C, Lima LCV. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. *Revista Kairós Gerontologia*. 2011; 14(4):101-118.
32. Garcia MAA, Yagi GH, Souza CS, Odoni APC, Frigério RM, Merlin SS. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*. 2006; 14(2):175-82

#### Endereço para Correspondência

Alameda Piatã, Condomínio Vale das Flores, Ed. Tulipa, 16, apto 1203 – Brotas – Salvador (BA)  
CEP.:40275-010

Telefone:  
(75) 99128-2395

e-mail:  
italo.aleluia@ufob.edu.br

---

Recebido em 05/01/2017  
Aprovado em 09/05/2017  
Publicado em 07/07/2017