

## CAPACIDADE FUNCIONAL E RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS INSERIDOS EM GRUPO DE CONVIVÊNCIA

Jean Michel Regis Mendes<sup>1</sup>  
Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima<sup>2</sup>  
José Rogécio de Sousa Almeida<sup>3</sup>  
Larissa de Deus Rodrigues<sup>4</sup>

**Resumo:** Introdução: A terceira idade vem ganhando cada vez mais espaço na população mundial. O ministério da saúde encara essa crescente população como uma vitória e um sucesso da humanidade, mas reconhece as dificuldades para que o processo de envelhecimento seja com qualidade de vida. Objetivos: Avaliar a relação entre a capacidade funcional ao risco de quedas em idosos inseridos em grupo de convivência do CRAS. Metodologia: O estudo é do tipo descritivo, transversal com delineamento quanti-qualitativo, a pesquisa foi realizada no centro de referência a assistência social (CRAS), na cidade de Russas, no estado do Ceará, nos meses de julho de 2018 até dezembro de 2019. Os critérios de inclusão foram idosos acima de 60 anos inseridos no ano de 2018 no grupo de convivência do CRAS do Planalto e Sede; idosos ativos e sedentários; os critérios de exclusão foram idosos não orientados; portadores de doenças que alteram equilíbrio e/ou marcha e idosos que não quisessem participar da pesquisa. A amostra foi composta por 28 prontuários. Realizou-se análise dos mesmos na intenção de coletar dados para a construção da pesquisa. Foram elaborados gráficos com informações pertinentes, tais

1 Fisioterapeuta, Mestrando do Curso de Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, jeanmendesfisio@gmail.com;

2 Cirurgiã-dentista, Professora do Curso de Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, belaplcl@yahoo.com.br;

3 Fisioterapeuta, Mestrando do Curso de Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, rogeciofisio@gmail.com;

4 Fisioterapeuta, Graduada pelo Faculdade do Vale do Jaguaribe - FVJ, lariddrodrigues@gmail.com;

como idade e sexo e testes realizados Resultados: Observou-se com unanimidade após a interpretação dos gráficos que a idade real não correspondeu à idade segundo a capacidade funcional. Conclusões: Conclui-se que, a capacidade funcional está diretamente interligada ao risco de quedas, prejudicando a qualidade de vida de idosos.

**Palavras-chave:** Capacidade Funcional, Quedas, Idoso.

## Introdução

Segundo a lei n° 8.842, entende-se como pessoa idosa aquele indivíduo que tem idade superior ou igual a 60 anos. A terceira idade vem ganhando cada vez mais espaço na população mundial, acredita-se que o Brasil, por exemplo, que antes ocupava o 16° lugar em 1950 no ranking mundial em quantidade de indivíduos idosos, pode vir ocupar o 6° no ano de 2025. Isto se dá devido ao crescimento acelerado da população senil onde uma média de 650 mil brasileiros se inserem dentro dessa faixa etária por ano (VIEIRA et al., 2015).

O ministério da saúde encara essa crescente população como uma vitória e um sucesso da humanidade, mas reconhece as dificuldades para que o processo de envelhecimento seja com qualidade de vida (CADERNETA DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA, 2017). As condições como o declínio biológico, físico, social e psicológico relacionam-se quase sempre com o processo natural da vida chamado envelhecer; estes podem ser maximizados, minimizados e até nulos, de acordo com o estilo de vida pregresso e/ou atual do idoso (DA SILVA, 2017).

Dentro dos aspectos físicos é notória a redução da massa e força muscular. Ao envelhecer esta fraqueza e atrofia ocasiona uma maior instabilidade que é desencadeada por uma série de mudanças, bem como as alterações posturais, a diminuição de equilíbrio seja ele estático ou dinâmico e padrões de marcha (VELOSO et al., 2017). Segundo Vieira et al., (2015) dadas alterações diminuem a capacidade funcional da pessoa idosa, aumentando o risco de fraturas ósseas; hospitalização; restrição ao leito e óbito; situações que geralmente são subsequentes de uma queda.

Segundo Miguel et al., (2018) mais de 1/3 dos idosos brasileiros tem pelo menos um episódio de queda por ano, e metade destes acabam caindo novamente, ocupando assim o sexto lugar nas causas de morte dentro dessa população. As quedas podem ser ocasionadas por fatores intrínsecos e extrínsecos, que vão desde o sexo feminino; a idade avançada e o uso de medicamentos até as comorbidades; os distúrbios psicológicos e a exposição a ambientes impróprios (RODRIGUES et al., 2017).

Nesse sentido, reconhecer os riscos envolvidos nesses eventos pode contribuir na precaução do mesmo. O CRAS (Centro de Referência a Assistência Social), por exemplo, foi criado em 2005 inicialmente com o objetivo de Proteção e Atendimento Integral a Famílias (PAIF), mas hoje cumpre um importante

papel dentro da saúde da pessoa idosa, graças à agregação de outros serviços como o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), o CRAS que conta com uma equipe mínima de psicólogo e assistente social, pode somar a esta outros profissionais como, pedagogo, nutricionista, educador físico, fisioterapeutas, que produzem ações de cunho socioeducativas e preventivas sempre beneficiando um público vulnerável, reafirmando assim a necessidade da importância de uma equipe multisetorial trabalhando por uma melhor qualidade de vida em um âmbito holístico da população. (BRASIL, 2019)

Partindo ainda desse pressuposto, se faz necessários estudos e pesquisas sobre a relação estabelecida entre o nível de capacidade funcional e o risco de quedas em idosos. Vale ressaltar que, a relevância de pesquisar tal relação permitirá aos profissionais estabelecer protocolos de atendimento mais direcionados conforme as peculiaridades do público idoso. Além disso, possibilitará que estratégias de prevenção sejam criadas na tentativa de diminuir as complicações ocasionadas pelas quedas bem como métodos de ganho de maior independência e capacidade funcional, pois quando os idosos são bem assistidos e vigiados diminuem de forma significativa os riscos de quedas. De forma geral, acredita-se que, um olhar mais atento para saúde da pessoa idosa no âmbito de prevenção e orientação é indispensável para minimizar a incidência destes eventos.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma análise retrospectiva dos prontuários de pacientes idosos atendidos no Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) quanto à capacidade funcional. Já os objetivos específicos se firmaram em Traçar o perfil clínico no que tange às doenças crônicas presentes nos idosos, bem como suas medidas antropométricas; identificar riscos de quedas em idosos inseridos em grupo de convivência do CRAS através da avaliação de suas capacidades funcionais; dissertar sobre os principais testes usados como ferramentas avaliativas das capacidades funcionais de idosos inseridos em grupo de convivência do CRS e realizar uma análise de correlação entre os resultados dos testes funcionais e o risco de quedas em idosos.

A presente pesquisa se justificou pela sua relevância social, permitindo esclarecimentos quanto a saúde do idoso e o ambiente no qual ele está inserido, além de ter relevância econômica, tendo em vista os investimentos governamentais para a manutenção da saúde do idoso. E por fim a nível profissional, o estudo fomenta a necessidade de uma equipe multiprofissional inserida dentro da atenção básica de saúde de forma mais presente, gerando empregos e melhoria no atendimento.

## Metodologia

Esta pesquisa foi um estudo de desenvolvimento retrospectivo e abordagem descritiva, em que os procedimentos técnicos serão de ordem documental primária, a ser desenvolvida a partir da análise dos prontuários dos idosos que frequentaram o CRAS Sede na cidade de Russas no Ceará – Brasil.

A pesquisa se realizou no CRAS, localizado na Tv. José de Deus - Centro, na cidade de Russas no estado do Ceará, 62900-000, nos meses de julho de 2018 até dezembro de 2019. A amostra foi composta pelos prontuários dos idosos atendidos no CRAS.

Quanto aos critérios de inclusão, destacaram-se completude do preenchimento; prontuários de pessoas acima de 60 anos; de ambos os sexos; que tenham sido avaliados pelo serviço de fisioterapia, no período de janeiro de 2018 a julho de 2018. Já os de exclusão foram idosos com prontuários incompletos; idosos não orientados; pessoas que tinham diagnóstico de doenças que alteram equilíbrio e/ou marcha e idosos que não quisessem participar da pesquisa.

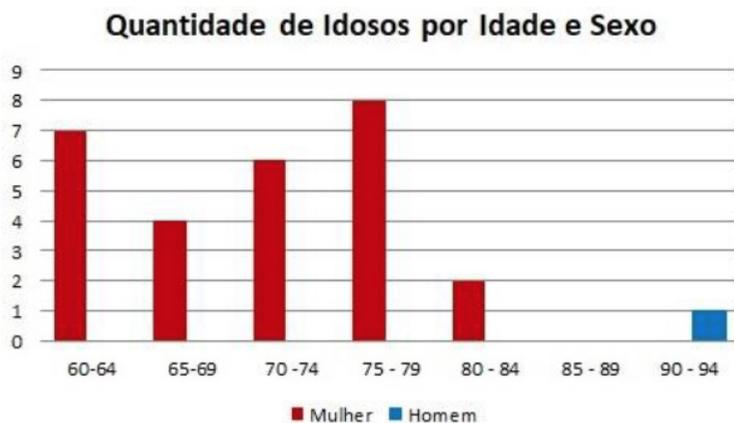
Destaca-se que, a coleta de dados se deu através da análise de prontuários dos idosos que possuíam informações sócio demográficas, como nome completo, idade, sexo, escolaridade e através da ficha de avaliação fisioterapêutica com testes específicos, tais como: relação cintura-quadril: verificar o risco de desenvolvimento de uma doença cardiovascular. Teste de flexão de braço: avaliar a força e resistência do membro superior. Teste da marcha estacionária por 2 min: avaliar desempenho funcional. Teste de sentar e alcançar os pés: avaliar a flexibilidade dos membros inferiores. Teste de alcançar as costas: avaliar a flexibilidade dos membros superiores. Teste de levantar e caminhar: avalia a mobilidade física. Em seguida, foram elaborados gráficos para todas as variáveis na intenção de organizar as informações. Logo após foi realizada a interpretação analítica dos gráficos dissertando sobre os mesmos e fazendo abordagens comparativas com relação ao fator idade real dos idosos.

A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, obtendo parecer com ofício de nº 1.668.443, atendendo à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes compreenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e discussão

No estudo analítico e retrospectivo dos prontuários cujo número se deu em 44 fichas apenas 28 destas foram incluídas no trabalho seguindo os critérios de inclusão. As demais foram excluídas devido à incompletude de dados e/ou presença de patologias que corroboravam para a incidência de quedas como fora descrito nos critérios de exclusão somando 16 fichas.

No gráfico 1 mostra os dados quanto ao sexo dos idosos catalogados nos prontuários estudados:



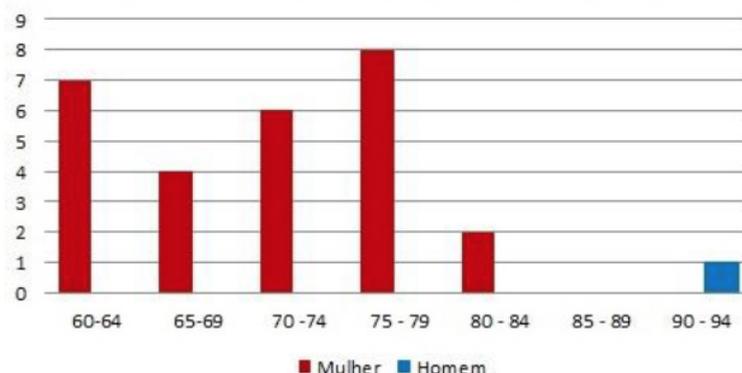
Fonte: pesquisa de campo realizada.

Como observado anteriormente, na convivência de idosos no CRAS, o sexo feminino correspondeu a 96,4% com um total de 27 mulheres. Já os homens corresponderam a 3,6% com um total de 1 do sexo masculino. Desta forma, a prevalência de mulheres fora superior à quantidade de homens.

Nesse sentido, percebe-se que os homens que estão na terceira idade sofrem com condições graves e crônicas no âmbito da saúde do que as mulheres e possuem um índice de mortalidade maior. Ademais, a presença deles nos programas de atenção básica é bem menor devido à pouca estruturação no atendimento e serviços específicos para o público masculino, contribuindo para ampliação de dificuldades na busca pela saúde e a manutenção de hábitos saudáveis, como a inserção em tratamentos de condições de risco (SILVA; MENANDRO, 2014).

No gráfico 2 mostra os dados quanto a idade verídica dos prontuários dos idosos analisados:

### Quantidade de Idosos por Idade e Sexo



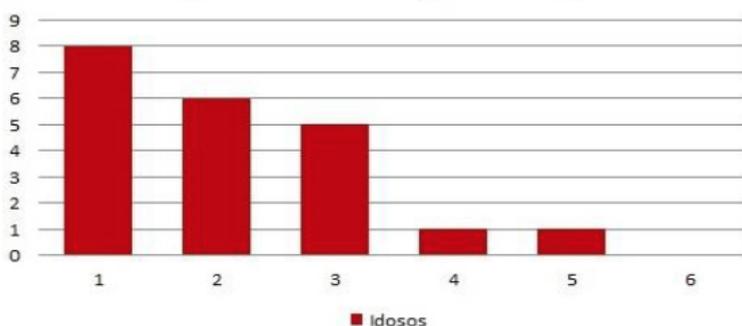
Fonte: pesquisa de campo realizada.

Na interpretação do referido gráfico, destacou-se que, 25% dos idosos estão numa faixa etária de 60 a 64 anos; 14,2% apresentam uma idade de 65 a 69 anos; 21,4% estão numa faixa etária de 70 a 74 anos; 28,5% apresentam uma idade de 75 a 79 anos; 7,1% corresponde à idade de 80 a 84 anos, com 0% numa idade de 85 a 89 e 3,5% numa faixa etária de 90 a 94 anos.

Assim, percebeu-se que houve uma maior prevalência de idade entre 75 a 79 anos, todavia existiu um grande predomínio de pessoas abaixo da idade referida correspondendo a 66,6% do total de idosos analisados pelos prontuários, sendo assim somente 10,6% estava numa escala superior à idade citada.

No gráfico 3 mostra a presença de doenças crônicas e/ou ortopédicas nos prontuários dos idosos analisados:

### Patologias Crônicas e/ou Ortopédicas



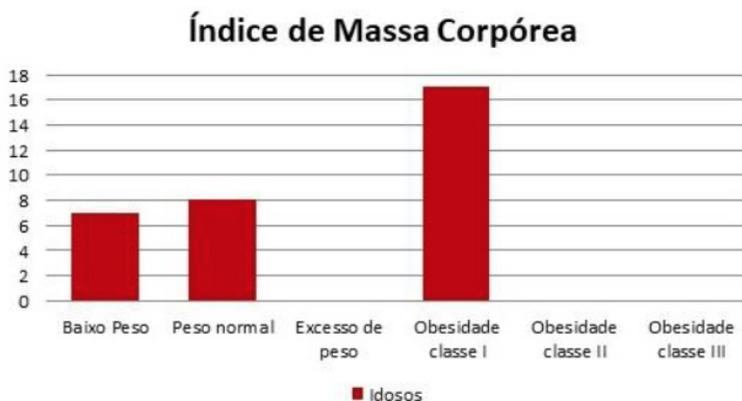
Fonte: pesquisa de campo realizada.

Na análise dos dados, observou-se que no total de 28 idosos, 28,5% não apresentaram nenhuma patologia crônica, entretanto os demais apresentaram

as seguintes porcentagens: 21,4% com 1 doença crônica/ortopédica; 25% com 2 patologias crônicas/ortopédicas; 17,8% com 3 doenças crônicas/ortopédicas e 3,5% com 4 ou 5 patologias crônicas/ortopédicas.

Por meio desses dados, é possível compreender que o processo do envelhecer pode ou não estar associado ao aparecimento de doenças crônicas. Segundo Simões (2016) a senescência está ligada ao envelhecimento básico, ligada as alterações corporais que vão desde o aparecimento de cabelos brancos à diminuição de força e massa muscular sem o surgimento de patologias crônicas, já a senilidade está ligada ao envelhecimento secundário, onde além do envelhecimento básico há o surgimento ou aceleração do processo do envelhecer sendo estes originados por doenças crônicas.

No gráfico 4 mostra o Índice de Massa Corporal (IMC) quantificado através do peso e altura dos idosos:

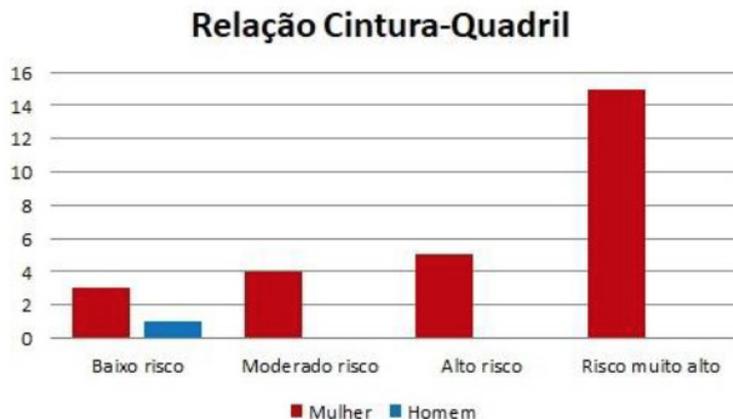


Fonte: pesquisa de campo realizada.

Desta forma, compreendeu-se que, 25% estava abaixo do peso normal; 28,5% se encontraram no peso ideal e 46,4% se classificaram com obesidade classe I, sendo que excesso de peso e obesidade classe II e III não obtiveram resultados.

Nesse sentido, pode-se dissertar que, a obesidade no idoso decorre, segundo Venturini et al. (2013), de um excesso de gordura corporal. Suas casuísticas estão relacionadas à alimentação gordurosa, inatividade física, fatores hereditários, orgânicos, sociais e culturais e psicológicos. Desta forma, a obesidade não se designa somente como o ganho de peso, envolvendo fatores, como ganhos de gordura corporal, localizados ou sistêmicos, que podem possuir associação com o desequilíbrio nutricional, condições genéticas ou alterações metabólicas (SANTOS ET al., 2013).

No gráfico 5 mostra os dados da Relação Cintura-Quadril (RCQ) de idosos analisados através de prontuários:



Fonte: pesquisa de campo realizada.

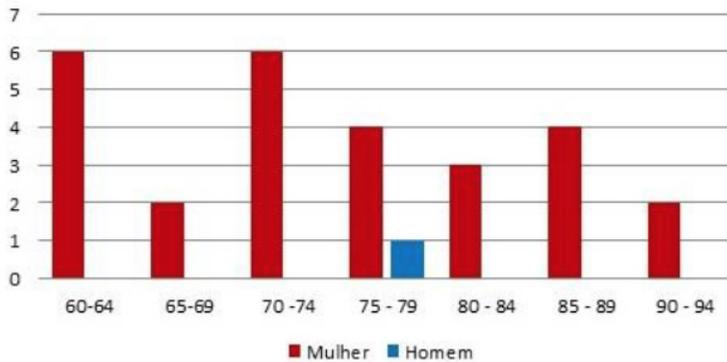
Após essa análise, depreendeu-se que, 14,2% se enquadraram na classificação baixo risco e moderado risco; 17,8% estiveram em alto risco; 53,5% se designaram como alto risco.

Levando em consideração a porcentagem apresentada, o alto risco esteve presente em mais da metade da amostra, o que implica em altos níveis de riscos para doenças cardiovasculares que a longo prazo comprometem as capacidades funcionais dos idosos.

Nesse raciocínio, segundo Piuvezam et al. (2015) As doenças cardiovasculares somam até 50% das causas de mortalidade dentro das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS), permanecendo como principal etiologia de morte e incapacidade em idosos apesar da minimização do consumo de cigarros e maior acesso aos serviços primários (BENVEGNU; GADENZ, 2013).

No gráfico 6 mostra os dados avaliativos do teste *Levantar e Sentar na Cadeira* realizado com idosos no CRAS:

### Teste de Levantar e Sentar da Cadeira



Fonte: pesquisa de campo realizada.

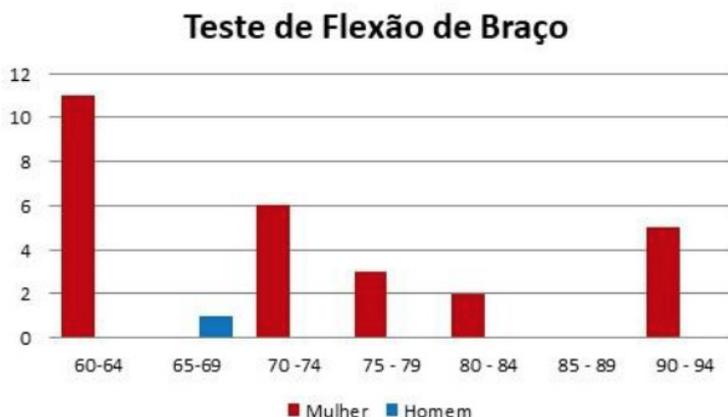
Diante do gráfico, vale destacar que, a quantidade de idosos inseridos às idades citadas não correspondem à idade real dos mesmos, mas sim a idade de acordo com a capacidade funcional em que eles se encontram tendo como referência o número de repetições quantificadas durante o teste, sendo esta a abordagem utilizada para as seguintes interpretações.

Após essa explicação, depreendeu-se que, 28,5% idosos estavam com uma funcionalidade de um indivíduo com 60 a 64 anos; 7,1% com uma capacidade funcional de 65 a 69 anos; 21,4% com uma capacidade funcional de 70 a 74 anos; 17,8% numa capacidade funcional de um sujeito de 75 a 79 anos; 10,7% numa funcionalidade de 80 a 84 anos; 14,2% numa capacidade funcional de uma idade de 85 a 89 anos e 7,1% de 90 a 94 anos.

Desta forma, se utilizando de uma abordagem comparativa usando a idade real como parâmetro, depreende-se que, houve uma discrepância considerável entre a idade verídica e a idade sugerida de acordo com a capacidade funcional. Foi possível observar que o número de idosos na idade de 60-64 anos e 65-69 apresentaram queda de quantidade, o que sugere uma inadequação dos demais idosos quanto à sua idade real, apresentando assim capacidade funcional de indivíduos com idades mais avançadas.

Nesse contexto, Santos et al (2013), realizou um estudo observacional, analítico de corte transversal com 622 idosos, em que os mesmos foram selecionados de forma aleatória e cujo instrumento se deu a aplicação do teste “*Levantar e sentar na cadeira*”. Nos resultados, percebeu-se que os 622 idosos avaliados possuíam média de idade de 71,08 anos ( $dp=7,77$ ) com amplitude de 60 a 96 anos. Destes, 65% ( $n=404$ ) eram do sexo feminino e 47,9% ( $n=298$ ) encontravam na faixa etária de 60 a 69 anos.

No gráfico 7 mostra os dados avaliativos do teste *Flexão de Braço* realizado com idosos no CRAS:



Fonte: pesquisa de campo realizada.

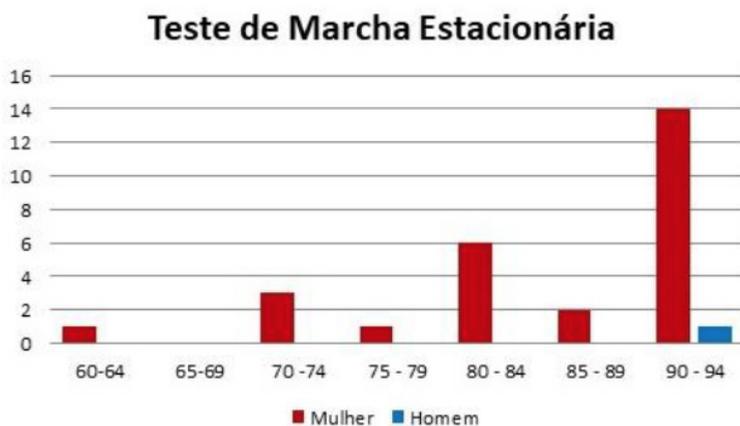
A partir do gráfico, constatou-se que, 39,2% possuíam uma capacidade funcional de uma pessoa que apresentava uma idade entre 60 a 64 anos; 3,5% numa idade entre 65 a 69 anos; 21,4% entre 70 a 74 anos; 10,7% entre 75 a 79 anos; 7,1% entre 80 a 84 anos; 0% entre uma idade de 85 a 89 anos; 17,8% entre 90 e 94 anos.

Na análise comparativa levando em consideração a idade real, inferiu-se que, idosos numa idade de 60-64 anos apresentaram um índice maior, sugerindo uma migração de idosos com idades mais avançadas para faixas etárias com capacidades funcionais bem melhores, entretanto também ocorreu uma acentuação no número de idosos com idade mais avançada (90-94 anos), porém com uma porcentagem de migração menor quando comparado à idade de 60-64 anos.

Nesse contexto, Santos e Rabelo (2008) realizou um estudo com uma amostra de 17 mulheres idosas com média de idade  $66,88 \pm 5,97$ . Para avaliação da força muscular dos membros superiores utilizou-se o teste de flexão do cotovelo em 30 segundos e para os membros inferiores o teste de levantar da cadeira em 30 segundos. Os resultados encontrados foram: no teste de força dos membros superiores: média no pré - teste de (20,71 rep,  $\pm 3,176$ ), e no pós teste (20,94 rep,  $\pm 3,298$ ), no teste de força dos membros inferiores: no pré teste (19,18 rep,  $\pm 2,22$ ) e no pós teste (19 rep,  $\pm 2,664$ ). Em ambos os testes se constatou que não houve diferença estatisticamente significativa da força muscular das idosas.

O fato da não redução da força muscular das voluntárias possivelmente deve-se ao não controle das atividades realizadas pelas mesmas durante o período de interrupção das atividades físicas orientadas, ou seja, as voluntárias podem ter realizado atividades nas quais a força muscular era solicitada como: carregar sacolas, pesos, caminhadas, fazer compras, subir escadas entre outras atividades, além de não ter sido controlado os ganhos de força no período de realização dos exercícios.

No gráfico 8 mostra os dados avaliativos do teste *Marcha Estacionária de 2 minutos* realizado com idosos no CRAS:



Fonte: pesquisa de campo realizada.

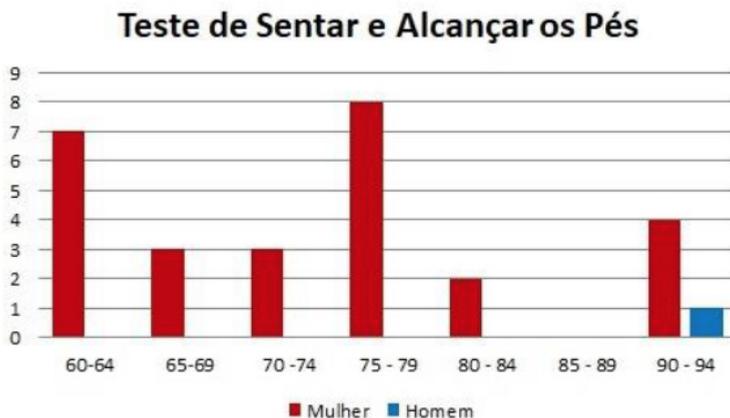
Após leitura do gráfico, observou-se que, 3,5% apresentaram uma capacidade funcional de uma pessoa entre 60 a 64 anos com 0% entre 65 a 69 anos; 10,7% com uma funcionalidade uma pessoa com idade entre 70 a 74 anos; 3,5% entre 75 e 79 anos; 21,4% entre 80 e 84 anos; 7,1% entre 85 e 89 anos e 53,5% entre 90 e 94 anos.

Diante dos resultados gráficos, compreende-se que, os dados não foram satisfatórios para nenhuma das idades. Todas as faixas etárias abaixo de 85 anos apresentaram diminuição dos números de acordo com suas capacidades funcionais, o que explica o aumento exacerbado de idosos na faixa limite do gráfico (90-94 anos).

Para mais, Guedes et al (2015) realizou um estudo com um estudo transversal, observacional do tipo diagnóstico, com 101 sujeitos, sendo 41 hipertensos e 60 normotensos. O objetivo foi analisar a acurácia do teste de marcha estacionária de 2 minutos (TME2') em diagnosticar a capacidade funcional (CF) normal para indivíduos idosos hipertensos ou idosos hipertensos

com outras condições crônicas associadas (CCA). Quanto aos resultados, destacou-se para os hipertensos, o TME2', com área sob a curva ROC de 0,7 (IC95%: 0,50 a 0,87; p=0,04), mostrou-se ser acurada em diagnosticar a CF. Entre hipertensos em 69 elevações, observou-se uma sensibilidade de 80% e especificidade de 54%.

No gráfico 9 mostra os dados avaliativos do teste *Sentar e Alcançar os pés* realizado com idosos no CRAS:



Fonte: pesquisa de campo realizada.

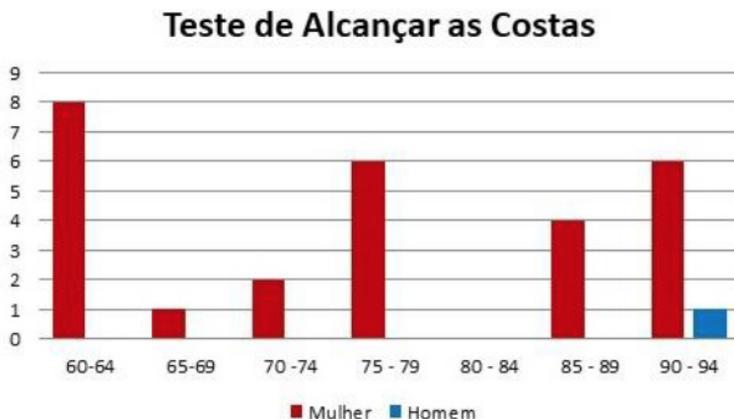
Na interpretação do gráfico, se viu que, 25% possuíam uma capacidade funcional de um indivíduo idoso com 60 a 64 anos; 10,7% entre 65 e 69 anos, bem como em 70 a 74 anos; 28,5% entre 75 a 79 anos; 7,1% de 80 a 84 anos com 0% entre 85 a 89 anos e 17,8% entre 90 a 94 anos.

Com base na idade real dos indivíduos, percebeu-se que, houve uma diminuição no número de idosos das idades de 65-69 e 70-74 com manutenção da quantidade de idosos nas demais idades.

Somando-se a isto, Ribeiro et al (2010), realizou um estudo com a finalidade de identificar o nível de flexibilidade de homens e mulheres de diferentes faixas etárias através do teste de sentar e alcançar os pés, em que participaram do 16.405 sujeitos (11.114 mulheres e 5.291 homens) praticantes e não praticantes de exercícios físicos regulares, divididos em grupos etários: 15 a 19 (n=954), 20 a 29 (n=2916), 30 a 39 (n=2161), 40 a 49 (n=2333), 50 a 59 (n=2739), 60 a 69 (n=3195), acima de 70 (n=2107). Em seus resultados, destacaram-se que, as faixas etárias entre 15 e 39 anos foram classificadas como fraco, com média de flexibilidade variando entre 24,80±9,68cm e 26,13±10,11cm no feminino e entre 21,48±9,90cm e 22,84±9,64cm no masculino. Nas categorias de 40 a

69 a média variou entre  $22,76 \pm 9,62\text{cm}$  e  $25,39 \pm 9,54\text{cm}$  no feminino e entre  $16,39 \pm 10,13\text{cm}$  e  $19,93 \pm 9,19\text{cm}$  no masculino, ficando abaixo da média.

No gráfico 10 mostra os dados avaliativos do teste *Alcançar as Costas* realizado com idosos no CRAS:



Fonte: pesquisa de campo realizada.

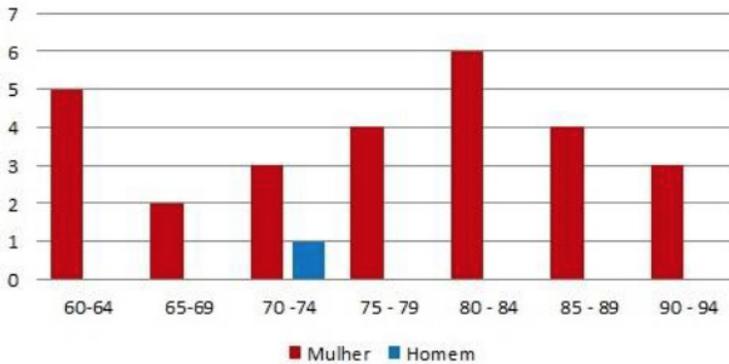
Mediante esses dados, destacou-se que, 28,5% se classificou com uma capacidade funcional de um idoso com 60 a 64 anos; 3,5% de 65 a 69 anos; 7,1% com idade entre 70 a 74 anos; 21,4% com uma funcionalidade de uma pessoa com 75 a 79 anos; 0% de 80 a 84 anos; 14,2% de 85 a 89 anos e 25% de 90 a 94 anos.

Com relação à idade real, viu-se que, houve uma diminuição no número de idosos no que tange à capacidade funcional, o que se percebeu também no teste de marcha estacionária citado anteriormente. As únicas faixas etárias que ganharam número de indivíduos foram as idades limites do gráfico (85-89 e 90-94 anos).

Nesse cenário, Vila et al (2013) realizou um estudo com 25 idosas, com idade variando de 60 a 90 anos, das quais 12 eram do grupo A, com média de idade de 68 anos ( $\pm 3,2$ ); e 13 do grupo S, com média de idade de 71,4 anos ( $\pm 8,5$ ), em que se utilizou o teste de alcançar as costas. Como resultados, destacou-se que, a flexibilidade analisada através do referido teste estava dentro dos padrões de normalidade.

No gráfico 11 mostra os dados avaliativos do teste *Levantar e Caminhar* realizado com idosos no CRAS:

### Teste de Levantar e Caminhar



Fonte: pesquisa de campo realizada.

Nesse aspecto, se teve os seguintes resultados: 17,8% com uma funcionalidade de um indivíduo com idade entre 60 a 64 anos; 7,1% de 65 a 69 anos; 14,2% de 70 a 74 anos; 14,2% de 75 a 79 anos; 21,4% de 80 a 84 anos; 14,2% de 85 a 89 anos e 10,7% de 90 a 94 anos.

Tendo como base a idade real dos indivíduos, destacou-se que, houve um aumento de idosos nas três últimas faixas etárias do gráfico, compreendendo-se então que, os idosos das faixas etárias abaixo de 80 anos não apresentaram boa capacidade funcional levando em consideração sua idade real.

Nesse contexto, Campos, Vianna e Campos (2013) realizou um estudo cujo objetivo identificar os fatores de risco de quedas em indivíduos idosos e analisar se os testes de equilíbrio, Teste de Alcance Funcional (TAF) e “*Timed Up and Go*” (TUG) ou teste de levantar e caminhar, com uma amostra de 131 mulheres e 24 homens. Nos resultados, destacou-se que, a incidência de queda foi significativamente maior no sexo feminino, nos que relataram medo de queda e nos que usavam polifarmacêuticos.

Diante de todas as informações explanadas anteriormente, é importante elucidar que o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida. Nesse sentido, pode-se destacar as quedas como fator que afeta a funcionalidade do indivíduo. Estas são decorrentes por alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, a doenças e os efeitos causados por uso de fármacos e, entre os segundos, fatores que dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso (BRITO et al, 2013).

## Considerações finais

Diante dos dados expostos na presente pesquisa, conclui-se que, apesar da longevidade da amostra foi possível notar que o envelhecimento não tem se estruturado de forma meritória, pois diante da detecção das perdas de funções importantes para a manutenção do equilíbrio nesta população, aumenta-se o risco de episódios de quedas e seus consequentes impactos desde a própria funcionalidade que provavelmente já se encontrava em déficit, até aspectos voltadas a esfera emocional e psicológica, financeira, social e as facetas sutis de independência e autonomia nesse público e, desta forma, causando alterações na qualidade de vida destes idosos.

## Referências

BENVEGNO, A. L; GADENZ, D. S. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3523-3533, 2013.

BRASIL. **Ministério da cidadania**. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. 2019. Disponível em: <http://www.mds.gov.br>. Visto em 02/09/2019 às 12h58.

BRITO, A. T et al. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. **Texto Contexto Enferm**. Florianopolis/SC, v. 22, n. 1, p. 43-51, jan/mar, 2013.

CAMPOS, S. P. M; VIANNA, G. L; CAMPOS, R. A. Os testes de equilíbrio Alcance Funcional e Timed Up and Go e o risco de quedas em idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 125-138.

CRUZ. Fragilidade, quedas e medo de cair: um estudo de base populacional. **Tese (doutorado em saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora**, Minas Gerais, 2017.

GUEDES, G. O. B. M et al. Validação do teste de marcha estacionária de dois minutos para diagnóstico da capacidade funcional em idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 921-926, 2015.

MIGUEL et al. Acidentes por quedas domiciliares em pessoas idosas: uma revisão integrativa. In: VII fórum nacional de mestrados profissionais em enfermagem. **Revista Online de Pesquisa**. Rio de Janeiro. 2018, p. 242-246.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da Pessoa Idosa**. Brasília, 4º edição. 2017. NOGUEIRA et al. Risco de quedas e capacidade funcional em idosos: **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica.**, v.2, n.2, p.90-93, abr/jun, 2017.

PIUVEZAM, G et al. Mortalidade em idosos por doenças cardiovasculares: análise comparativa de dois quinquênios. **Arquivos brasileiros de Cardiologia**.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/RN, v. 105, n. 4, p. 371-380, 2015.

RIBEIRO, A. C. C et al. Nível de flexibilidade obtida pelo teste de sentar e alcançar a partir de estudo realizado na Grande São Paulo. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 12, n. 6, p. 415-421, 2010.

SANTOS, G. R et al. Força de membros inferiores como indicador de incapacidade funcional em idosos. **Motriz**, v. 19, n. 3, p. 535-542, jul/set, 2013.

SANTOS, N. B. A. L; RABELO, T. H. Análise da força muscular de mulheres idosas após doze semanas de interrupção de um programa de exercícios físicos. **Movimentum** - Revista Digital de Educação Física – Ipatinga/MG, v. 3, n. 2, Ago/Dez, 2008.

SANTOS, R. R. et al. Obesity in the elderly. **Rev Med Minas Gerais**. v. 23, n. 1, p. 62-71, 2013.

SILVA, C. P. S; MENANDRO, S. C. M. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. **Revista Sociologia da Saúde**. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 626-640, 2016.

SILVA. Relação entre a fragilidade, autopercepção de saúde e medo de quedas de idosos longevos. **Dissertação (mestrado em gerontologia) - Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília**. Brasília, 2017.

SIMÕES, S. B. L. A. **Contributos para a validação da escala de Performance Assessment of Self-Care Skills**. Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina. Tese de dissertação. Coimbra/Portugal, 2016.

SOUZA et al. Queda em idosos fatores de riscos associados: **Revista de atenção à saúde**. São Caetano do Sul, v.15, n.54, p.55-60, out/dez, 2017.

THOMES. Avaliação do risco de quedas em idosos. **Produção científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. Trabalho de Conclusão de Curso (Fisioterapia) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Rondônia, 2016.

VENTURINI, C. D. et al. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 3, 2013.

VIEIRA et al. A força muscular associada ao processo de envelhecimento: **Ciências biológicas e da saúde**. Maceió: v.3, n.1, p.93-110. Novembro, 2015.

VILA, P. C et al. Aptidão física funcional e nível de atenção em idosas praticantes de exercício físico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 355-364, 2013.