



Funcionalidade e independência em idosos de Campo Largo – PR: um olhar sobre as atividades de vida diária e instrumentais

Functionality and independence in elderly individuals from Campo Largo-PR: a look at activities of daily living and instrumental activities

Funcionalidad e independencia en adultos mayores de Campo Largo-PR: una mirada a las actividades de la vida diaria e instrumentales

Renata Fontoura Fiore¹, Talita Gianello Gnoato Zotz¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar a funcionalidade e independência nas Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) de idosos atendidos no ambulatório de fisioterapia de Campo Largo-PR. **Métodos:** Estudo transversal, observacional quantitativo, realizado com 71 idosos atendidos no ambulatório de fisioterapia. Dados foram coletados via questionário sociodemográfico, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), IVCF-20, Escala de Lawton e Brody, e Escala de Katz; e analisados descritivamente e inferencialmente pelo Teste do Qui-Quadrado. **Resultados:** Os participantes eram predominantemente idosas (66%), entre 60 e 70 anos. Mais da metade dos idosos tinham sobrepeso (52%) e 56% eram aposentados, sem outro emprego. Embora independentes nas AVDs, apresentavam dependência parcial nas AIVDs, com associação significativa entre fragilidade e dependência nas AIVDs ($p < 0,05$). A dependência parcial nas AIVDs destaca a necessidade de estratégias focadas em saúde mental, mobilidade e prevenção de quedas. **Conclusão:** Recomenda-se implementar ações de prevenção e reabilitação para um envelhecimento ativo e independente, com avaliações periódicas e acompanhamento multiprofissional, maximizando a qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: Funcionalidade, Idosos, AVDs, AIVDS.

ABSTRACT

Objective: To analyze the functionality and independence in Activities of Daily Living (ADLs) and Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) of elderly individuals attending the physiotherapy outpatient clinic in Campo Largo-PR. **Methods:** A cross-sectional, quantitative observational study was conducted with 71 elderly individuals receiving care at the physiotherapy outpatient clinic. Data were collected using a sociodemographic questionnaire, Mini-Mental State Examination (MMSE), Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20), Lawton and Brody Scale, and Katz Index. The data were analyzed descriptively and inferentially using the Chi-Square Test. **Results:** The participants were predominantly elderly women (66%), aged between 60 and 70 years. More than half were overweight (52%), and 56% were retired without other employment. Although independent in ADLs, they showed partial dependence in IADLs, with a significant association between frailty and dependence in IADLs ($p < 0.05$). The partial dependence in IADLs highlights the need for strategies focused on mental health, mobility, and fall prevention. **Conclusion:** Preventive and rehabilitation measures should be implemented to promote active and independent aging, with periodic assessments and multidisciplinary follow-up to maximize the quality of life of the elderly.

Keywords: Functioning, Elderly, ADLs, IADLs.

¹ Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba - PR.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la funcionalidad e independencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de las personas mayores atendidas en la clínica ambulatoria de fisioterapia en Campo Largo-PR. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional cuantitativo de tipo transversal con 71 personas mayores atendidas en la clínica ambulatoria de fisioterapia. Los datos se recopilaban mediante un cuestionario sociodemográfico, el Mini-Examen del Estado Mental (MEEM), el Índice de Vulnerabilidad Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), la Escala de Lawton y Brody y el Índice de Katz. Los datos fueron analizados de manera descriptiva e inferencial utilizando la prueba de Chi-Cuadrado. **Resultados:** Los participantes fueron predominantemente mujeres mayores (66%), con edades entre 60 y 70 años. Más de la mitad tenía sobrepeso (52%) y el 56% estaba jubilado sin otro empleo. Aunque eran independientes en las AVD, presentaban dependencia parcial en las AIVD, con una asociación significativa entre fragilidad y dependencia en las AIVD ($p < 0,05$). La dependencia parcial en las AIVD resalta la necesidad de estrategias enfocadas en la salud mental, la movilidad y la prevención de caídas. **Conclusión:** Se recomienda implementar medidas preventivas y de rehabilitación para fomentar un envejecimiento activo e independiente, con evaluaciones periódicas y seguimiento multidisciplinario para maximizar la calidad de vida de las personas mayores.

Palabras clave: Funcionalidad, Personas mayores, AVD, AIVD.

INTRODUÇÃO

Com o avançar da idade, surgem doenças crônicas e degenerativas devido ao declínio de vários sistemas corporais. Esse processo reduz a capacidade funcional dos idosos, aumentando sua dependência e diminuindo as chances de um envelhecimento ativo e independente. Consequentemente, há um aumento da morbimortalidade nessa população, bem como uma maior vulnerabilidade a internações, o que sobrecarrega economicamente o idoso, sua família e o sistema de saúde (SILVA CSO, et al., 2019; PINHEIRO FC, et al., 2020).

A Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) garante o acesso universal e igualitário dos idosos à atenção integral à saúde por meio do SUS, incluindo ações e serviços de prevenção, promoção, proteção e recuperação. (BONFIM WC, et al., 2022). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), estabelecida pela Portaria nº 2528 de 1º de outubro de 2006, busca promover o envelhecimento ativo, proporcionar cuidados de saúde integrais aos idosos e estimular sua autonomia e participação social. Destaca-se a necessidade de promover o envelhecimento saudável, mantendo a capacidade funcional e a autonomia como metas primordiais em ações de saúde para idosos. Essa abordagem, focada no bem-estar físico, emocional e social, contribui para uma melhor qualidade de vida e um envelhecimento ativo e independente. Assim, é crucial que os cuidados de saúde estejam alinhados com esses objetivos, promovendo a saúde integral dos idosos (BRASIL, 2006).

Para avaliar a eficácia dos sistemas de saúde na atenção às necessidades da população, são essenciais três indicadores de saúde: mortalidade, como indicador de longevidade; morbidade, como indicador da distribuição das condições de saúde e uso dos serviços; e capacidade funcional, associando saúde biológica e vivida (OPAS, 2001). De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015), a capacidade funcional refere-se a atributos de saúde que permitem às pessoas realizar ou alcançar aquilo que consideram valioso em suas vidas. A PNSPI prioriza a manutenção da independência e autonomia dos idosos como uma das metas principais na atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Para uma avaliação geriátrica completa e eficaz, é fundamental avaliar a capacidade funcional do idoso, detectando precocemente problemas e orientando para serviços de apoio. Veras RP (2019) enfatiza que o declínio funcional, que limita autonomia e independência, não é parte normal do envelhecimento, mas decorre da incapacidade funcional causada por síndromes geriátricas, isoladas ou combinadas. Esse declínio, com suas múltiplas e variadas causas, incluindo doenças crônico-degenerativas, polifarmácia e sarcopenia, determina negativamente desfechos como novas incapacidades, piora funcional, institucionalização, hospitalização e morte (VERAS RP, 2019).

Silva CSO, et al. (2019) salientam que prevenir, identificar e intervir precocemente na fragilidade física do idoso é crucial para mitigar o declínio da capacidade funcional, promovendo um envelhecimento saudável em diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O envelhecimento é um processo dinâmico e contínuo, levando a alterações psicológicas e fisiológicas que podem comprometer a funcionalidade e autonomia, resultando em um aumento considerável de doenças crônicas (SILVA CSO, et al., 2019).

Reconhecer precocemente os riscos de fragilização em idosos é essencial. Quando o risco é identificado, a prioridade deve ser a reabilitação imediata para diminuir o impacto de condições crônicas na funcionalidade do indivíduo, atuando preventivamente antes que ocorram complicações. Veras RP (2019) afirma que a melhor abordagem para cuidar dos idosos é o acompanhamento contínuo da saúde, com diferentes níveis de intervenção, intensidade e cenários, sempre ajustando os cuidados conforme as necessidades individuais.

Portanto, a avaliação funcional dos idosos é necessária em todas as etapas da assistência à saúde. Ela fornece dados fundamentais para um diagnóstico preciso e um prognóstico adequado, o que é vital para decisões eficazes sobre cuidados e tratamentos. Além disso, essa avaliação, combinada com outros indicadores de saúde, permite medir a eficácia e eficiência das intervenções (BRASIL, 2006). É essencial investir no planejamento e na implementação de modelos de cuidado específicos para pessoas frágeis, especialmente na atenção secundária, onde o monitoramento regular pode minimizar a fragilidade e seus impactos negativos tanto para os idosos e suas famílias quanto para o sistema de saúde como um todo (COSTA DM, et al., 2020).

O conceito de envelhecimento bem-sucedido vai além da ausência de doenças, englobando fatores interligados que contribuem para a qualidade de vida. Esse processo envolve a harmonia entre saúde física e mental, independência nas atividades diárias, integração social, apoio familiar e estabilidade financeira. O bem-estar nessa fase da vida baseia-se no equilíbrio entre capacidades funcionais e o ambiente ao redor, reconhecendo que desafios em algumas áreas não impedem um envelhecimento positivo. É importante considerar as vulnerabilidades que podem surgir ao longo desse processo (MAIA LC, et al., 2020).

O declínio funcional em idosos é resultado do comprometimento de áreas como cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação; caracterizado pela perda de autonomia e independência, sendo um problema sério que limita a participação social dos indivíduos (CABRAL JF, et al., 2021). É importante entender que o declínio funcional não é um processo natural do envelhecimento, mas sim uma consequência de condições específicas, e pode levar a desfechos negativos como novas incapacidades, piora funcional, internação e morte (MORAES EN, 2018). Assim, a incapacidade é o resultado de circunstâncias que envolvem o ambiente, as condições de vida e as condições pessoais, sendo que a pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma plena, mesmo que seja muito idosa ou portadora de doenças (PEREIRA LC, et al., 2017).

Este declínio, geralmente ocorre de maneira hierárquica, começando pelas atividades de vida diária mais complexas (avançadas e instrumentais - AIVDs), como usar transporte e cuidar das finanças; e progredindo até afetar o autocuidado (atividades de vida diária básicas - AVDs), como comer, tomar banho e se vestir. Podendo refletir a presença de doenças graves ou um conjunto de condições que impactam, de forma isolada ou combinada, os quatro domínios funcionais principais: cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação. Portanto, o declínio funcional não deve ser interpretado como uma consequência inevitável da velhice, mas sim como um sinal precoce de doenças não tratadas, que muitas vezes se manifestam sem sintomas ou sinais claros (BRASIL, 2006).

Neste contexto, a avaliação funcional do idoso é essencial para identificar precocemente sinais de comprometimento da autonomia e funcionalidade, possibilitando intervenções oportunas e efetivas em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006). O conjunto das informações sobre o diagnóstico e capacidade funcional fornecem um panorama mais completo sobre o estado de saúde das pessoas, devendo ser utilizadas conjuntamente para a melhor tomada de decisão em diferentes âmbitos de saúde (SAMPAIO RF, et al., 2005). Toda avaliação do idoso deve começar pela análise da funcionalidade global, utilizando como referência as atividades de vida diária, que podem ser categorizadas em básicas, instrumentais e avançadas.

O principal sintoma a ser investigado nesse contexto é o declínio funcional, visto que pode estar associado a condições de saúde que são, em sua maioria, totais ou parcialmente reversíveis (MORAES EM et al., 2018). Portanto, este estudo teve como objetivo analisar a funcionalidade e a independência nas Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) dos idosos do município de Campo Largo-PR.

MÉTODOS

Estudo de natureza transversal, observacional, quantitativo, visou analisar a funcionalidade e independência em atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) de idosos no município de Campo Largo-PR, utilizando dados primários e secundários. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (CAAE: 77397524.1.0000.0102; parecer: 6.737.836), garantindo a segurança e o bem-estar dos participantes.

Foram considerados elegíveis para pesquisa a população idosa atendida no ambulatório de fisioterapia do município de Campo Largo-PR, no ano de 2023. O cálculo amostral foi realizado com base na proporção de idosos atendidos neste ambulatório, isto é, 350 idosos, utilizando um nível de confiança de 95% e um nível de precisão de 5%. A fórmula utilizada para o cálculo amostral foi: $n = (Z^2 * P * Q) / E^2$, onde: *n: número de indivíduos da amostra; Z: nível de confiança (1,96 para 95%); P: proporção de acerto esperado (50%); Q: proporção de erro esperado (50%); E: nível de precisão (5%). O cálculo resultou em um número amostral de 103 idosos.

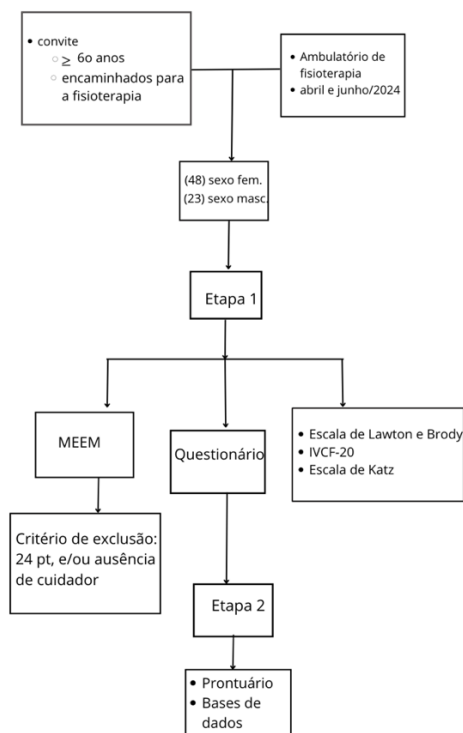
Os critérios de inclusão para a participar do estudo foram: idosos com idade igual ou superior a 60 anos, atendidos no ambulatório de fisioterapia entre abril/2024 e junho/2024, e que consentiram em participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: idosos com comprometimento cognitivo (pontuação inferior a 24 no Mini Exame do Estado Mental - MEEM) e que não estavam acompanhados de um cuidador responsável para responder as perguntas da pesquisadora. Após concordância dos participantes, foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconizam as Resoluções nº 466 de 2012 e nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi dividida em duas etapas: na etapa 1, os seguintes instrumentos foram utilizados para avaliar a funcionalidade e desempenho físico dos idosos: Mini Exame do Estado Mental (BERTOLLUCCI PH, et al., 1994); Questionário Sociodemográfico (FIORE RF e ZOTZ TGG, 2024); IVCF-20 (MORAES EN, 2016); Escala de Lawton e Brody (LAWTON MP e BRODY EM, 1969; LAWTON, et al., 1982; SANTOS LR e VIRTUOSO JSJ, 2008); e Escala de Katz (KATZ S, et al., 1963; DUARTE YAF, et al., 2007). A Escala de Katz classifica a dependência em atividades básicas de vida diária (AVD básicas) em quatro categorias: independente, dependente moderado e, muito dependente; enquanto a Escala de Lawton e Brody avalia atividades instrumentais (AVD instrumentais), mais complexas. Na etapa 2, foi realizada a comparação dos dados obtidos com a base de dados, de saúde, do Município de Campo Largo -PR. **(Figura 1)**

Os dados foram coletados e tabulados em planilhas do *Microsoft Excel*® e analisados de forma descritiva pelo programa computacional *Statistical Package for the Social Science SPSS*® (*IBM*® *SPSS*® *Statistics v. 25.0*, *SPSS Inc*, *Chicago*, *EUA*).

Foi descrita a prevalência por meio de frequência relativa e absoluta do perfil destes indivíduos quanto a idade, Índice de Massa Corpórea (IMC); situação conjugal; escolaridade; ocupação; de com quem residem; do estado cognitivo, através do MEEM; da classificação de grau de fragilidade pelo IVCF-20; avaliação da dependência nas AVDs através da escala de Katz; avaliação da dependência nas AIVDs pela Escala de Lawton e Brody. Para análises inferenciais foram utilizados os Teste do Qui – Quadrado (χ^2), valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

Figura 1 – Fluxograma das etapas da pesquisa.



Fonte: Fiore RF e Zotz TGG, 2025.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 71 idosos atendidos no ambulatório de fisioterapia que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo. As tabelas apresentadas representam os resultados obtidos a partir do questionário sociodemográfico, bem como das escalas de Katz e Lawton, utilizadas para avaliar a funcionalidade dos participantes. Quanto às características sociodemográficas dos participantes da pesquisa foram analisados os dados referentes a idade, situação conjugal, escolaridade, ocupação, e com quem reside. Além disso, também foram observados o Índice de Massa Corporal (IMC); o estado cognitivo; bem como resultados da avaliação de vulnerabilidade clínico-funcional, da amostra (**Tabela 1**).

Tabela 1– Dados demográficos e de vulnerabilidade clínico-funcional, da amostra, estratificados por sexo.

Característica	Sexo masculino			Sexo feminino		
	n (23)	%	Média ± DP	n (48)	%	Média ± DP
Idade						
60-70 anos	15	65,2	69,22±6,37	32	66,7	68,67±7,12
71-80 anos	6	26,1		12	25,0	
81-90 anos	2	8,7		4	8,3	
IMC (kg/m²)						
Eutrófico	7	30,4	-	3	6,3	-
Sobrepeso	9	39,1		28	58,3	
Obesidade Classe I	6	26,1		13	27,1	
Obesidade Classe II	1	4,3		4	8,3	
Situação Conjugal						
Solteiro(a)	2	8,7	-	3	6,3	-
Casado(a) ou união consensual	17	73,9		20	41,7	
Divorciado(a)	1	4,3		6	12,5	
Viúvo(a)	3	13,0		19	39,6	
Escolaridade (anos)						
Analfabeto(a)	1	4,3	-	3	6,3	-
01-04 anos	10	43,5		33	68,8	
05-08 anos	8	34,8		4	8,3	
08 ou mais	4	17,4		8	16,7	
Ocupação						
Desempregado(a)	1	4,3	-	-	-	-
Afastado(a)	2	8,7		1	2,1	
Trabalhos Domésticos	-	-		8	16,7	
Trabalho fora do domicílio	-	-		2	4,2	
Aposentado(a) com outra ocupação	2	8,7		1	2,1	
Aposentado sem outra ocupação	18	78,3		17	35,4	
Pensionista	-	-		19	39,6	
Com quem reside						
Sozinho(a)	3	13,0	-	16	33,3	-
Cônjuge	14	60,9		20	41,7	
Filhos	4	17,4		10	20,8	
Outros familiares	2	8,7		2	4,2	
Estado Cognitivo - MEEM (pontos)						
Declínio Cognitivo	3	13,0		1	2,1	
Normal	20	87,0		47	97,9	
Vulnerabilidade Clínico-Funcional – IVCF-20 (pontos)						
Robusto	8	34,8	-	16	33,3	-
Pré-frágil	7	30,4		17	35,4	
Frágil	8	34,8		15	31,3	

Fonte: Fiore RF e Zotz TGG, 2025.

A maioria dos participantes (66%) estava na faixa etária de 60-70 anos, com 52% apresentando sobrepeso na análise do IMC. Entre os participantes do sexo masculino, 30% possuíam IMC normal, enquanto 27% das participantes do sexo feminino apresentavam obesidade grau I. A maioria dos participantes era casada ou mantinha relação consensual (52%), seguido por viúvos(as), com 40% das participantes do sexo feminino e 13% do sexo masculino. Quanto à escolaridade, 61% estudaram de 1 a 4 anos; 35% dos homens de 5 a 8 anos; e 17% das mulheres por 8 anos ou mais. A maior parte dos participantes era aposentada sem outra ocupação (78% dos homens e 35% das mulheres), com 40% das mulheres sendo pensionistas e 9% dos

homens afastados ou aposentados com outra ocupação. A maioria residia com o cônjuge (61% dos homens e 42% das mulheres), seguida por mulheres que residiam sozinhas (33%) e homens que residiam com os filhos (17%). No que se refere ao estado cognitivo, a maior parte dos participantes (93%) apresentou pontuação "normal". Os 4 participantes com pontuação para "declínio cognitivo" estavam acompanhados de cuidadores.

Quanto à vulnerabilidade clínico-funcional, os idosos do sexo masculino foram classificados como robustos (34,8%), pré-frágeis (30,4%), e frágeis (34,8%). As mulheres foram consideradas como robustas (33,3%), pré-frágeis (35,4%), e frágeis (31,3%).

No que se refere ao resultado da avaliação físico-funcional da amostra, estratificado por sexo e por grau de fragilidade de acordo com o IVCF-20, observa-se que todos os idosos robustos e pré-frágeis, do sexo masculino e feminino, eram independentes para as AVDs. Já os idosos frágeis, do sexo masculino, 25% eram independentes, 37,5% apresentavam dependência moderada, e 37,5% eram muito dependentes para as AVDs. Em contrapartida, os idosos frágeis do sexo feminino, 73,33% eram independentes, e 26,67% apresentavam dependência moderada para as AVDs.

Sobre a avaliação da independência nas AIVDs, todos os idosos do sexo masculino apresentaram dependência parcial, sendo 34,78% robustos, 30,43% pré-frágeis, e 34,78% frágeis. Por outro lado, 12,5% dos idosos do sexo feminino robustos, eram independentes e 87,5% apresentavam dependência parcial. Todos os idosos do sexo feminino, pré-frágeis e frágeis eram parcialmente dependentes. Portanto, observou-se associação entre o grau de fragilidade e dependência nas AVDs e AIVDs, por sexo. (**Tabela 2**)

Tabela 2 – Avaliação físico-funcional estratificados por sexo.

	Sexo masculino N (23)				Sexo feminino N (48)			
	Robusto	Pré-frágil	Frágil		Robusto	Pré-frágil	Frágil	
Instrumentos	%	%	%	p	%	%	%	p
Avaliação da dependência nas AVDs (Teste de Katz)								
Independente	100,0	100,0	25		100,0	100,0	73,33	
Dependência moderada	-	-	37,5		-	-	26,67	
Muito dependente	-	-	37,5		-	-	-	
Avaliação da dependência nas AIVDs (Teste de Lawton)								
Independente	-	-	-		12,5			
Dependência parcial	34,78%	30,43%	34,78%	0,004*	87,5	100	100	0,008*

Fonte: Fiore RF e Zotz TGG, 2025. *p<0,05, Teste Qui-Quadrado (x²).

DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que no ambulatório de fisioterapia de Campo Largo-PR há predominância de idosas e alta taxa de independência nas AVDs, especialmente entre as mulheres, embora quase todos os participantes tenham sido classificados como parcialmente dependentes para as AIVDs. Além disso, a aposentadoria e os benefícios sociais emergiram como principais fontes de renda, reforçando a importância da seguridade social para essa população. Esses achados ressaltam a necessidade de políticas públicas voltadas à promoção da autonomia e à redução das desigualdades no envelhecimento, considerando fatores como gênero, escolaridade e condição socioeconômica.

A caracterização demográfica do estudo evidenciou predominância de idosas (n=48), em relação a idosos (n=23), sendo que, em ambos os sexos, a maioria tinha idade entre 60 e 70 anos (66,7% e 65,2%), respectivamente. Observou-se também que 39,6% das idosas eram viúvas, enquanto entre os homens foi de 13%. Esse achado corrobora com o estudo realizado por Lütz K, et al. (2022) e Rossi PG, et al. (2017), que apontam a feminização da velhice com um fator determinante para essa diferença de acesso aos serviços. As mulheres, de modo geral, utilizam mais os serviços de saúde, muitas vezes por questões relacionadas ao próprio sexo, o que possibilita diagnósticos e tratamentos mais precoces para condições de risco. Essa maior atenção à saúde pode contribuir para a maior expectativa de vida feminina em comparação à masculina.

A maioria dos idosos do estudo era aposentada (78,3% idosos e 35,4% idosas) sendo essa realidade observada em 78,3% dos homens e 35,4% das mulheres, enquanto 39,6% das idosas recebiam pensão. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Lima BM, et al. (2016), no qual a maioria era aposentada ou recebia algum benefício. Embora a aposentadoria represente a principal fonte de renda para muitos idosos, o baixo valor dos benefícios pode impactar negativamente sua condição socioeconômica. Além disso, a saída do mercado de trabalho pode gerar uma crise de identidade, levando o idoso a sentimentos de inutilidade e com a baixa autoestima. Essa situação pode resultar em marginalização e isolamento social, além de afetar a saúde e a qualidade de vida devido à redução do nível de renda (Mendes RSS, et al., 2005). Segundo Cockell FF (2014), apesar de 3,1 milhões de brasileiros com 65 anos ou mais (22,5%) ainda estarem no mercado de trabalho, a maioria (74,7%) é aposentada, e os benefícios previdenciários representam sua principal fonte de sustento.

No que se refere ao nível de escolaridade, a maioria estudou entre 1 a 4 anos (43,5% dos homens e 68,8% das mulheres). Destaca-se que 34,8% dos idosos estudaram entre 5 e 8 anos, enquanto apenas a 5,3% das idosas atingiram essa mesma escolaridade. Barreto J (2017) encontrou um cenário semelhante, em que 83,01% das pessoas idosas tinham o ensino fundamental incompleto, com baixa renda e eram aposentados pela agricultura. Busato MA, et al. (2014) também identificaram alta prevalência de baixa escolaridade entre idosos, o que pode ser atribuído às dificuldades de acesso à educação formal durante sua infância e adolescência. Essa realidade pode aumentar a vulnerabilidade na velhice, influenciando a autopercepção da saúde e limitando a capacidade de lidar com desafios dessa fase da vida. Pereira LC, et al. (2017), destacam a educação como um fator protetor da saúde, uma vez que níveis mais elevados de escolaridade estão associados a menor exposição a fatores de risco para doenças e melhores condições de trabalho ao longo da vida.

No presente estudo, observou-se uma elevada taxa de independência nas Atividades da Vida Diária (AVDs), notadamente entre as mulheres, das quais 91,7% foram classificadas como independentes, em oposição a 73,9% dos homens. Contudo, 13% dos homens foram classificados como muito dependentes. Em relação às Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), todos os participantes do sexo masculino foram considerados parcialmente dependentes, indicando uma redução na autonomia para atividades mais complexas. Portanto, o estudo demonstrou uma associação significativa entre o grau de fragilidade e o nível de dependência para as AIVDs em idosos do sexo masculino e idosos do sexo feminino ($p=0,004$ e $p=0,008$). Isso enfatiza a necessidade de os profissionais de saúde adotarem uma abordagem mais rigorosa ao avaliar as AIVDs em indivíduos idosos com risco de fragilidade ou que já apresentam fragilidade. Os dados indicam que um idoso identificado como frágil, conforme o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), tem um potencial elevado para maior dependência nas AIVDs. Esses achados, corroboram com resultados da pesquisa de Barbosa MEM, et al. (2025), que observaram associação entre a dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e a fragilidade (IVCF-20) de idosos adscritos a uma Unidade Básica de Saúde de Guarapuava, Paraná, em 53,7% dos casos. Destes, 86,1% apresentavam risco moderado ou alto de fragilidade. Promover a independência entre idosos robustos pode contribuir para um envelhecimento mais bem-sucedido, resultando em maior autonomia nas AIVDs. Este enfoque é essencial para aprimorar as intervenções de saúde geriátrica e promover a qualidade de vida nesse grupo populacional.

Estudo realizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, em Minas Gerais, Brasil, apontou prevalência de incapacidade funcional de 7,9% para AVDs e 19,8% para AIVDs (BERNARDES GM, et al., 2019). De forma semelhante, Paula, et al. (2013) indicaram que, embora não houvesse diferenças significativas entre gêneros nas AVDs, as mulheres necessitavam de mais auxílio nas AIVDs (61,25%) em comparação aos homens. Virtuoso JF, et al. (2015) estimaram que a prevalência de incapacidade nas AVDs era de 17,6%, aumentando para 46,3% nas AIVDs.

A divergência entre os achados do presente estudo e aqueles descritos na literatura pode ser explicada pelo perfil da população avaliada, composta por idosos atendidos em um ambulatório de fisioterapia da atenção secundária, que apresentam, portanto, condições de saúde mais agravadas. Entre os fatores que contribuem para a ocorrência de incapacidades, destaca-se o impacto das doenças crônicas não

transmissíveis, que figuram entre as principais causas de mortalidade e são responsáveis pelo aumento da utilização dos serviços de saúde na população idosa (OMS, 2012). Resultados semelhantes foram encontrados por Fiedler MM e Peres KG (2008) em um estudo transversal realizado em Joaçaba/SC, no qual a prevalência de incapacidade funcional foi maior entre os idosos mais velhos, especialmente entre as mulheres. Esses achados reforçam a importância de considerar fatores como idade e gênero na avaliação da capacidade funcional de idosos, uma vez que tais elementos são determinantes para o planejamento de intervenções voltadas à promoção da saúde e ao bem-estar dessa população.

CONCLUSÃO

O estudo revelou alta independência dos idosos nas AVDs, mas dependência parcial nas AIVDs, principalmente entre os homens, destacando a necessidade de acompanhamento contínuo da funcionalidade. A predominância de mulheres idosas e a maior utilização dos serviços de saúde por esse grupo reforçam a feminização do envelhecimento. Além disso, a baixa escolaridade e a dependência de benefícios sociais evidenciam a vulnerabilidade dessa população. Diante disso, é fundamental implementar ações preventivas, como promoção da mobilidade e suporte à saúde mental, além de ampliar o acesso a serviços de reabilitação. Os achados podem subsidiar políticas públicas para um envelhecimento saudável e ativo, e futuras pesquisas contribuirão para estratégias mais eficazes no contexto brasileiro.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos representantes do Secretaria de Saúde do município de Campo Largo-PR pela autorização concedida para a realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA MEM, et al. Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos adscritos de uma unidade básica de saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2025; 25: e19278.
2. BARRETO J. Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio atual. *Sociologia: revista da faculdade de letras da Universidade do Porto*, 2017; 15.
3. BERNARDES GM, et al. Perfil de multimorbidade associado á incapacidade entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, 2019; 24: 1853-64.
4. BERTOLUCCI PH, et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52: 1-7.
5. BONFIM WC et al. Estatuto do idoso: análise dos fatores associados ao seu conhecimento pela população brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27(11): 4277-4288.
6. BONITA R, et al. Basic epidemiology. World Health Organization. 2010
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
8. BUSATO MA, et al. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. 2014; 38(3): 625-635.
9. CASTRO SS. Funcionalidade no cuidado em saúde da pessoa com deficiência. 2022.
10. COCKELL FF. Idosos aposentados no Mercado de trabalho informal: trajetórias ocupacionais na construção civil, *Psicologia & Sociedade*, 2014; 26(2): 461-471.
11. COSTA DM, et al. Fragilidade em pessoas idosas atendidas na atenção secundária: fatores associados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2020; 23(5): e200243.
12. DUARTE YAF, et al. Avaliação funcional de indivíduos idosos: Adaptação transcultural do Índice de Katz para a língua portuguesa. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 2007; 11(2): 169-176.
13. FIEDLER MM, PERES KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*, 2008; 24(2): 409-415.
14. GUEDES DV et, al. Vista do Fatores associados à capacidade funcional de idosos da comunidade. *HU revista*, 2007; 33(4): 105-111.

15. KATZ S, et al. Studies of illness in the aged. The index of independence in activities of daily living. The Journal of the American Medical Association, 1963; 185(12): 914-919.
16. LAWTON MP, BRODY EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist, 1969; 9(3): 179-186.
17. LAWTON MP, et al. The functional independence measure (FIM): a scale for measuring independent functioning. Physical Therapy, 1982; 62(6): 668-669.
18. LIMA BM, et al. Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. abcs health sciences, 2016; 4(3): 168-175.
19. LÜTZ K, et al. Utilização dos serviços públicos de saúde especializados por pessoas idosas no sul do Brasil. Ver. Bras. Geriatria e gerontologia, 2022; 25(1): e220183.
20. MAIA LC, et al. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. Ciência & Saúde Coletiva, 2020; 5041-5050.
21. MENDES RSS, et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paulista de Enfermagem, 2005; 18(4): 422-426.
22. MORAES EN, et al. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. Revista de Saúde Pública, 2016; 50: 0.
23. MORAES EM, et al. Avaliação Multidimensional do Idoso. Curitiba: SESA, 2018.
24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Envelhecer com Saúde: um guia para profissionais de saúde. Genebra: OMS, 2015.
25. OPAS -ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe: informe preliminar Washington (D.C.): Organización Panamericana de la Salud; 2001.
26. PEREIRA LC, et al. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. Revista Brasileira de Enfermagem, 2017; 70(01): 112-118.
27. PINHEIRO FC, et al. Factors associated with falls in elderly people with osteopenia or osteoporosis counter-referred from secondary care. Rev Bras Farm Hosp Serv Saude, 2020; 11(1): 0399.
28. ROSSI PG, et al. Perfil de idosos admitidos em serviços de fisioterapia frente à sazonalidade. Revista Scientia Médica, 2017; 2792: 1-5.
29. SAMPAIO RF, et al. Aplicação da CIF na Prática Clínica do Fisioterapeuta 129. Rev. bras. fisioterapia, 2005; 9(2): 129-136.
30. SANTOS LR, VIRTUOSO FSJ. Envelhecimento e fragilidade: Uma análise de um programa de fisioterapia em domicílio. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2008.
31. SILVA CSO, et al. Family health strategy: relevance to the functional capacity of older people. Rev. Bras. Enferm., 2019; 71(suppl 2): 740-6.
32. VERAS RP. Guia dos instrumentos de avaliação geriátrica. Rio de Janeiro: Unati/UERJ, 2019; 20.
33. VIRTUOSO JF, et al. Indicadores de fragilidade e nível de atividade física dos idosos. Cons. Scientia e Saúde, 2015; 1491: 99-106.
34. WORLD HEALTH ORGANIZATION; World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2012.