

INFLUÊNCIA DO CENTRO-DIA GERIÁTRICO NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS

Claudio Mario Santos Silva¹
Cláudio Emanuel Abdala de Santana²

Resumo: *O objetivo deste estudo foi verificar se existe influência do Centro-Dia Geriátrico de uma instituição filantrópica de Salvador, Bahia, Brasil (Hospital Santo Antonio/ Obras Sociais Irmã Dulce) na capacidade funcional de idosos. Trata-se de um estudo longitudinal descritivo, onde foram pesquisadas 51 idosas com idade entre 62 e 94 anos, no período de novembro de 2007 a janeiro de 2008. O período de coleta constou de dois momentos: a avaliação feita no primeiro mês e a reavaliação feita no último mês. Os instrumentos de coleta foram a Brazilian Older American Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ) e a Barthel Modificado para atividades de vida diária, a Berg Balance Scale (BBS) para equilíbrio funcional e o Timed Up and Go Test (TUGT) para mobilidade. Os resultados foram uma redução de 17,5% no número de tarefas realizadas com dificuldade, segundo a escala BOMFAQ, uma melhora de equilíbrio de 2,2% e de mobilidade de 7,7%, segundo as escalas BBS e TUGT, respectivamente. Também houve um ligeiro aumento de independência, 0,25%, por parte das idosas pesquisadas, segundo a Barthel Modificado. Estes valores são estatisticamente significantes no que diz respeito a melhora da capacidade funcional das idosas pesquisadas. Diante das evoluções observadas, é possível supor que o Centro-Dia Geriátrico exerce influência na capacidade funcional de idosos, apesar das co-morbidades e do avanço da idade. A atenção multidisciplinar pode ser considerada como um fator de proteção para os idosos em geral.*

Palavras-chave: Saúde do idoso; Atividades cotidianas; Serviço de saúde para idosos

INTRODUÇÃO

Capacidade Funcional é a habilidade para executar as atividades da vida diária de forma independente e autônoma¹. Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso, a perda da desta capacidade conseqüente a enfermidades e modo de vida é o maior problema que atinge a população da terceira idade²¹. Atualmente vários métodos são usados na avaliação geriátrica e dentre eles, a mensuração da capacidade funcional dos idosos tem sido bastante utilizada^{7,13}.

Dentre os aspectos físicos do envelhecimento que interferem na capacidade funcional do idoso, pode-se citar as doenças crônico-degenerativas. Estudos realizados com idosos no Brasil provaram que 85% deles têm pelo menos uma doença crônica e que 10% têm pelo menos cinco delas^{6,18,21}. Estes mesmos estudos mostram que dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, 40% precisam de ajuda para exercer pelo menos uma atividade instrumental da vida diária (AIVD) como, por exemplo, cuidar das finanças, medicar-se na hora, dentre outras, e 10% para atividades básicas de vida diária (ABVD), tais como deitar/levantar da cama, pentear cabelo, vestir-se, dentre outras^{6,18,21}. Entretanto o fato de apresentar tais enfermidades não os impede de ter uma vida independente e autônoma²¹. Por outro lado, caso eles não as controlem, quanto

¹ Acadêmico do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica do Salvador – UCSal. E-mail: cadssilva@yahoo.com.br. - Autor

² Fisioterapeuta, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador – UCSal. E-mail: ces.abdala@uol.com.br. Orientador

maior for a presença delas, maiores as chances deles tornarem-se dependentes funcionais ou incapazes^{1,7}.

A saúde do geronte depende não somente de um bom desempenho mental e físico, da possibilidade de ser independente economicamente e na realização das ABVDs, das AIVDs, mas depende também de ter apoio familiar e social²¹. Para que não apresentem redução em sua capacidade funcional, é preciso que a rede de saúde tenha como prioridade a presença de diferentes profissionais, o que tornaria a manutenção da mesma uma atividade interdisciplinar, onde serão reconhecidos seus preditores de declínio, tais como: déficit cognitivo e de independência diária²¹. O sistema de saúde com relação ao idoso, tem como finalidade primordial a obtenção da supracitada manutenção, para que o idoso possa permanecer na comunidade pelo maior tempo e com a maior independência possíveis^{5,21}.

Em todo o mundo, estudos têm demonstrado que o envelhecimento populacional é um fenômeno irreversível e que no Brasil o número de idosos subiu de cerca de 8,6% em 2000 para 10,19% em 2006. Hoje eles representam 19.077.347 milhões de indivíduos¹². Tal fato indica que até 2025 o país deverá estar em sexto lugar dentre os dez países com maior número de idosos⁹. Em Salvador, como em toda a nação, esse contingente também aumentou e hoje alcança aproximadamente 7% dos seus habitantes¹¹. Frente a essa realidade, torna-se necessária a criação de um modelo de assistência à saúde dos idosos como o Centro-Dia Geriátrico. Ele representa uma modalidade de assistência a pessoas da terceira idade que visa, principalmente, a promoção da saúde e a ressocialização das mesmas⁸. É um local onde elas ficam por determinado período de tempo (4, 6 ou 8 horas/dia) e este período em que os idosos encontram-se no Centro-Dia Geriátrico (CDG) constitui um tempo livre para a família e cuidadores. Também conta com a participação de uma equipe multidisciplinar, que objetiva estimular e potencializar a capacidade funcional dos gerontes. Isto também representa grande vantagem para os idosos, pois permite que eles sejam atendidos por diversos profissionais em um único local, o que facilita suas vidas, visto que, eles não precisam deslocar-se para vários lugares para cuidar de sua saúde⁴.

Devido aos reduzidos estudos sobre este tipo de serviço de saúde, Centro-Dia Geriátrico, é importante a observação das repercussões sobre a capacidade funcional dos idosos que participam dessa modalidade de assistência, pois uma possível melhora da citada capacidade, também implica melhora da qualidade de vida dos mesmos. Tais melhoras teriam grande valor não só para eles, mas também para todos que os cercam e significaria que os Centros-Dia Geriátricos estariam desempenhando de forma eficaz o papel para o qual foram criados.

O objetivo deste estudo é verificar se existe influência do Centro-Dia Geriátrico de uma instituição filantrópica de Salvador, Bahia, Brasil (Hospital Santo Antonio/ Obras Sociais Irmã Dulce) na capacidade funcional de idosos.

Trata-se de um estudo longitudinal descritivo, onde foi realizada uma amostragem por conveniência e ao todo participaram da pesquisa 51 idosas integrantes de um Centro-Dia Geriátrico em uma instituição filantrópica da cidade de Salvador, Bahia, Brasil (Hospital Santo Antonio/ Obras Sociais Irmã Dulce). Foi realizado um estudo piloto com dez idosos atendidos em um abrigo de Salvador, Bahia no período de outubro de 2007 a fim de calibrar o instrumento de investigação. O período da coleta de dados foi compreendido entre novembro de 2007 e janeiro de 2008 e constou de duas etapas: a primeira coleta foi feita no primeiro mês e uma segunda coleta feita no último mês. Na 1ª etapa (avaliação) foram coletados dados primários com a aplicação de um formulário elaborado pelos autores do estudo e com a aplicação de quatro escalas. Para a coleta dos dados secundários foram consultados os prontuários das idosas.

Tanto o formulário quanto as escalas foram aplicados às idosas pelos autores do estudo, nos períodos da manhã e da tarde e no próprio Centro-Dia Geriátrico. Em ambas as etapas da coleta de dados foram usadas escalas como a **Brazilian Older American Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ)** que avalia a

existência de dificuldades na realização de quinze atividades do dia-a-dia. Sendo que, as oito primeiras são classificadas como ABVDs e as sete últimas como AIVDs. Cada variável deste instrumento possui três categorias, que correspondem à realização das AVDs “sem dificuldade”, “com pouca dificuldade” e “com muita dificuldade”. Os maiores valores encontrados significarão maior comprometimento (0 a 15 dificuldades)^{8,18}.

A escala de **Barthel Modificado** consiste num instrumento que avalia a dificuldade na realização de dez atividades diárias como: alimentação, higiene pessoal, uso do banheiro, banho, continência do esfíncter anal, continência do esfíncter vesical, vestir-se, transferências cama – cadeira, subir e descer escadas, deambulação e manuseio da cadeira de rodas, sendo este último item um alternativo para deambulação. Cada item consta cinco alternativas que variam de 1 a 5 pontos. A pontuação é feita do seguinte modo: 10 pontos – dependência total, 11 a 30 pontos - dependência severa, 31 a 45 pontos – dependência moderada, 46 a 49 pontos - ligeira dependência e 50 pontos – independência total²⁰.

A **Berg Balance Scale (BBS)** avalia a execução de 14 tarefas cotidianas. Consta de provas de transferências, provas estacionárias, de alcance funcional, de componentes rotacionais e de base de sustentação diminuída. Cada questão possui 5 alternativas que variam de 0 (incapaz de realizar tarefa) a 4 (realiza tarefa independentemente) pontos. A classificação da escala é feita da seguinte forma: de 0 – 20 pontos (alto risco de queda), 21 – 39 pontos (médio risco de queda), 40 – 56 pontos (baixo risco de queda). Sendo assim, a pontuação varia de 0 a 56 e tem melhor desempenho aquele que alcançar o maior valor^{3,4,14}.

O instrumento **Timed Up and Go Test (TUGT)** avalia em segundos o tempo que o indivíduo gasta para levantar-se de uma cadeira com apoio para os braços (aproximadamente 46 cm), caminhar por três metros, voltar e sentar-se de novo na mesma cadeira. Os valores são: tempo de até 10 segundos – normal para adultos saudáveis, entre 11 e 20 segundos – normal para idosos frágeis ou com deficiência e que tendem a ser independentes na maioria das AVDs; todavia valores acima de 20 segundos requerem uma avaliação mais minuciosa do indivíduo¹⁷.

Os idosos com mobilidade e equilíbrio preservados estão aptos para a realização das AVDs, sendo estes componentes importantíssimos para a manutenção da sua capacidade funcional. Evidentemente aliados a outros como, por exemplo, nível de cognição, estado emocional, etc. Sendo assim, fica clara a relevância do uso dos instrumentos BBS e TUGT nesta pesquisa. O formulário teve como variáveis socioeconômicas: idade em anos, sexo, cor definida pelo pesquisador como negro e não negro, estado civil classificado como solteiro, casado, viúvo, divorciado e separado, nível de escolaridade categorizado em baixo para analfabetos e aqueles com primeiro grau incompleto, médio para o primeiro e/ou segundo graus completos e alto para curso superior completo dentre outras. As variáveis clínicas foram divididas em hábitos de vida como prática de atividade física, etilismo e tabagismo e sua frequência semanal em média, presença de enfermidades e quais são elas, já ter sofrido quedas, quantas sofreu e quando foi a última (em anos), uso de medicamentos, quais são eles e a quanto tempo usa (em anos) e tempo que frequenta o Centro-Dia Geriátrico (em anos).

O banco de dados foi criado no Excel versão 2000 e analisado no software R 2.4.1, onde foi realizada a validação e correção dos dados digitados com o objetivo de eliminar possíveis erros ou inconsistência neles. Antes e após a abordagem interdisciplinar usamos o teste T-student emparelhado ou o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas. Foram consideradas como estatisticamente significantes associações com p-valor < 0,05. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Santo Antônio / Obras Sociais Irmã Dulce com o registro de número 40/07. A participação das idosas deu-se mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde foram respeitados todos os princípios da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

A população inicialmente estudada foi de 54 idosas, entretanto devido a três perdas que ocorreram durante a pesquisa (duas internações e uma desistência), a população efetivamente estudada foi de 51 idosas. A idade variou de 62 a 94 anos, sendo a idade média de 72 anos (DP = 6,7). Em relação ao estado civil, 47,1% eram viúvas. Quanto à escolaridade, 54,9% tinham baixa escolaridade (analfabetos e 1º grau incompleto). Mais da metade, 72,5%, das idosas entrevistadas ganhava até um salário mínimo (Tabela 1). A respeito da condição de saúde, 98% das idosas possuíam alguma doença diagnosticada, dentre as quais destaca-se, hipertensão arterial sistêmica (78,4%), artrose (49,0%), diabetes mellitus (31,3%), osteoporose (23,5%) e depressão (21,5%) (Tabela 2). A grande maioria, 94,1%, das idosas fazia uso de medicamentos. Em relação a quedas, 76,5% das idosas afirmaram já ter sofrido alguma e dentre elas 79,5% relataram que a queda foi no último ano. Das idosas participantes da pesquisa, a grande maioria integra o Centro-Dia Geriátrico há dois anos ou mais (Tabela 2).

Os resultados mostram a expressiva melhora funcional das idosas participantes da pesquisa, uma vez que houve uma redução de 17,5% no número de tarefas realizadas com dificuldade, segundo a escala BOMFAQ, uma melhora de equilíbrio de 2,2% e de mobilidade de 7,7%, segundo as BBS e TUGT respectivamente. Também houve um aumento de independência, 0,25%, por parte das idosas pesquisadas, segundo a escala Barthel Modificado (Tabela 3). Apesar da Barthel Modificado não apresentar diferença estatisticamente significativa após o período transcorrido entre a avaliação e a reavaliação, a melhora funcional das idosas foi comprovada pela BOMFAQ, BBS e TUGT. Supõe-se que alguns fatores justifiquem o insignificante declínio funcional das idosas da amostra e a grande melhora da capacidade funcional percebida nos resultados deste estudo. Dentre eles destacam-se o tipo de atendimento aplicado às idosas, o fato delas estarem trabalhando em grupo, o que estimula seu desempenho, as atividades da equipe multidisciplinar estimulando a mobilidade, equilíbrio, coordenação, cognição, enfim o desejo de permanecer em uma vida ativa e produtiva. Aliado a estes fatores, ainda deve-se levar em conta o fato de que grande parte das pesquisadas integra o referido centro e faz uso de medicamentos há um tempo considerável.

DISCUSSÃO

O presente estudo verificou a existência de influência do Centro-Dia Geriátrico de uma instituição filantrópica de Salvador, Bahia, Brasil (Hospital Santo Antonio/ Obras Sociais Irmã Dulce) na capacidade funcional de idosos. Além disso, constatou que a citada influência foi uma melhora significativa da referida capacidade. O perfil das idosas aqui retratadas assemelha-se com o que havia sido previamente descrito por Franciulli et al⁸, em 2007, com uma amostra menor (14), com participantes de ambos os sexos e de maioria branca. Todavia, tanto o presente estudo quanto o estudo de Franciulli et al⁸, em 2007, usaram metodologia de amostragem e instrumentos de coleta semelhantes. Observou-se que a população estudada é exclusivamente feminina, de maioria viúva com presença de múltiplas enfermidades. A população desta pesquisa tende a apresentar maior fragilidade, pois estes dados têm grande relação com o grau de dependência e segundo o estudo de Rosa et al¹⁹, em 2003, ao analisar dados parciais de 964 idosos participantes da Pesquisa de Avaliação das Necessidades dos Idosos em Zona Urbana, a chance de o idoso ter dependência moderada ou grave é duas vezes maior no sexo feminino, 3,3 vezes maior para viúvos e aumenta com o avançar da idade.

Com relação a escolaridade e a renda pessoal, constatou-se no presente estudo que a maioria das idosas da amostra apresentava baixa escolaridade e baixa renda per capita, ainda assim, não apresentavam grande declínio funcional, o que diverge dos estudos de Rosa et al¹⁹, em 2003, que refere ainda que a chance de o idoso ter dependência moderada ou grave é cinco vezes maior em indivíduos com baixa escolaridade. Diverge também do estudo de Parahyba¹⁵, em 2006, que utilizou as informações dos Suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 1998 e 2003, sendo que cada suplemento contava com trinta mil idosos. O autor deste estudo¹⁵ sugere que uma menor renda per capita e menor escolaridade acarretariam maior déficit da capacidade funcional dos idosos. Na presente pesquisa não foram detectadas idosas com tamanha dependência funcional que pudesse classificá-las como incapazes, talvez porque o grupo escolhido é um grupo específico do qual fazem parte idosas com no mínimo ligeira dependência, segundo a escala Barthel Modificado.

Neste estudo foi observado que a maioria das idosas, 98%, apresentava pelo menos uma doença crônica. Este dado assemelha-se com os dados do Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul (CEI-RS)⁶, em 1997, e com o estudo de Ramos et al¹⁸, em 1993, que pesquisou 1.602 idosos residentes na zona urbana de São Paulo em 1984, que encontraram valores iguais a 85%. Nesta pesquisa a ocorrência de hipertensão arterial sistêmica foi significativa, 78,4%, e concorda a grande ocorrência encontrada nos estudos de Alves et al¹, em 2007, que se baseou em dados de 2.143 idosos oriundos do Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (Projeto SABE) e de Franciulli et al⁸, em 2007, com valores iguais a 53,4% e 57,1%, respectivamente. No mesmo estudo, Alves et al¹, em 2007, refere ainda que hipertensão arterial sistêmica aumenta em 39% a chance dos idosos ter dificuldade na realização das AVDs.

Com relação às quedas, verificou-se que o maior número das pesquisadas, 79,5%, informou já ter sofrido pelo menos uma queda no último ano. Esta grande ocorrência de quedas concorda com achados de Franciulli et al⁸, em 2007, que encontrou valores iguais a 50% para idosos integrantes de um Centro-Dia Geriátrico e difere de Perracini¹⁶, em 2002, e Gazzola et al¹⁰, em 2004, que acharam valores iguais a 31% para população da comunidade e 41,9% para idosos de um centro de reabilitação geriátrica, respectivamente. A presença de múltiplas enfermidades é a hipótese mais plausível para explicar o grande índice de quedas da população estudada.

Esta pesquisa teve como vantagem o fato de ser um estudo longitudinal de baixo custo e ainda pouco abordado. Também é relevante por mensurar o nível da capacidade funcional das idosas integrantes do Centro-Dia Geriátrico do Hospital Santo Antonio/ Obras Sociais Irmã Dulce, detectando as suas alterações. Além disso, também é importante por caracterizar a situação atual de uma modalidade de assistência à saúde dos idosos que precisa se afirmar na política de saúde e ser mais difundida. Assim, os resultados da pesquisa podem alterar o enfoque dado aos Centros-Dia Geriátricos pelos órgãos de saúde governamentais. Dentre as limitações da pesquisa estão o curto período de tempo transcorrido entre a avaliação e a reavaliação e o fato da população ser exclusivamente feminina.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontam para a elevação ou manutenção da capacidade funcional das idosas integrantes do Centro-Dia Geriátrico, apesar das co-morbidades e do avanço da idade. A atenção multidisciplinar pode ser considerada como um fator de proteção para os idosos em geral. Seriam necessárias pesquisas adicionais com período de coleta maior e com participantes de ambos os sexos, para identificar a ocorrência de alterações na capacidade funcional do sexo masculino. Sugere-se também uma investigação sobre quais abordagens

profissionais são mais eficazes, tendo em vista que o Centro-Dia Geriátrico conta com a participação de uma equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Alves LC et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional de idoso do Município de São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007 ago; 23(8): 1924 – 30.
2. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso no Programa de Saúde da Família. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003 mai/jun; 19(3): 839-847.
3. Costa AJL. Metodologia e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasil, 2003. Ciência e Saúde Coletiva 2006 out/dez; 11(4): 927-940.
4. Maciel ACC, Guerra RO. A influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2007; 10(2) 178-89.
5. BRASIL, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de no 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1.
6. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabela 7.6 – Pessoas de 60 anos ou mais de idade, total e respectiva distribuição percentual, por grupos anos de estudo, segundo as Grandes Regiões, Unidades de Federação e Regiões Metropolitanas – 2006. Disponível em www.ibge.gov.br.
7. Freire Jr RC, Tavares MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, set.2004/fev2005, 9(16). p.147-58.
8. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em www.ibge.gov.br.
9. Franciulli SE et al. A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. Ciência e Saúde Coletiva, 2007, Abril; 12(2): p. 373-380.
10. Black DA. The geriatric day hospital. Age Ageing, 2005; 34(5): 427-29.
11. Ramos LR et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Revista de Saúde Pública 1993; 27(2): 87-94.

12. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1989; 42(8): 703-709.
13. Berg KO et al. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health*. 1992 Jul-Aug;83 Suppl 2:S7-11.
14. Berg KO , Norman KE. Functional assessment of balance and gait. *Clinics in Geriatrics Medicine*, 1996; 12(4): 705-723.
15. Miyamoto ST et al. Brazilian version of the Berg balance scale. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*,2004; 37(9): 1411-1421.
16. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1991; 39: 142-148.
17. Rosa TEC et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37(1): 40-8.
18. Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006 out/dez; 11(4): 967-974.
19. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(6): 709-716.
20. Gazzola JM et al. Caracterização funcional do equilíbrio de idosos em serviço de reabilitação gerontológica. *Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo* 2004; 11(1): 1-14.
21. CEI-RS (Conselho Estadual do Idoso – Rio Grande do Sul), 1997. Considerações finais. In: *Os Idosos do Rio Grande do Sul: Estudo Multidimensional de suas Condições de Vida: Relatório de Pesquisa* (CEI-RS, org.), p. 71, Porto Alegre: CEI.

ANEXOS

Tabela 1 - Frequências absolutas e relativas das **variáveis sócio-econômicas** das idosas integrantes do Centro-Dia Geriátrico do Hospital Santo Antonio/ Obras Sociais Irmã Dulce.

Variáveis	N/(%)
Idade	
62 a 69 anos	16 (31,3)
70 a 79 anos	29 (56,9)
mais de 80 anos	6 (11,8)
Estado civil	
solteiro	15 (29,3)
casado	11 (21,6)
viúvo	24 (47,1)
separado	1 (2,0)
Escolaridade	
Baixa	28 (54,9)
Média	22 (43,1)
Alta	1 (2,0)
Renda pessoal	
Até 1 salário mínimo	37 (72,5)
2-3 salários mínimos	12 (23,5)
+ de 5 salários mínimos	2 (4,0)

Tabela 2 - Frequências absolutas e relativas das **variáveis clínicas** das idosas integrantes do Centro-Dia Geriátrico do Hospital Santo Antonio/ Obras Sociais Irmã Dulce.

Variáveis	N/(%)
Presença de doenças	
Não	1 (2,0)
Sim	50 (98,0)
Tipo de doenças	
HAS	40 (78,4)
Artrose	25 (49,0)
Diabetes mellitus	16 (31,3)
Osteoporose	12 (23,5)
Depressão	11 (21,5)
Presença de quedas	
Não	12 (23,5)
Sim	39 (76,5)
Última queda	
Há menos de 1 ano	31 (79,5)
Entre 1-2 anos	4 (10,3)
Entre 3-4 anos	2 (5,1)
+ de 4 anos	2 (5,1)
Uso de medicamento	
Não	3 (5,9)
Sim	48 (94,1)

Tabela 2 - Frequências absolutas e relativas das **variáveis clínicas** das idosas integrantes do Centro-Dia Geriátrico do Hospital Santo Antonio/ Obras Sociais Irmã Dulce. CONTINUAÇÃO

Variáveis	N/(%)
Tempo de uso de medic.	
Menos de 1 ano	7 (12,5)
1-2 anos	11 (22,9)
3-4 anos	8 (14,6)
4-5 anos	4 (8,3)
+ de 5 anos	21 (41,7)
Tempo no CDG	
1 ano ou menos	10 (19,7)
2 – 3 anos	29 (56,8)
4 anos	12 (23,5)

Tabela 3 - Valores das medianas, 1^o e 3^o quartis e p-valor da **BOMFAQ, BARTHEL MODIFICADO, BBS e TUGT** na avaliação e reavaliação da capacidade funcional, do equilíbrio e mobilidade funcional das idosas integrantes do Centro-Dia Geriátrico do Hospital Santo Antonio/ Obras Sociais Irmã Dulce.

	MEDIANAS (q1 – q3)		p
	Avaliação	Reavaliação	
Capacidade funcional global / BOMFAQ *	1 (0 - 1)	0 (0 - 1)	< 0,001
Barthel Modificado	50 (50 - 50)	50 (50 - 50)	0,240
BBS	52 (51 - 55)	53 (51 - 55)	0,007
TUGT	12 (10 - 15)	10 (10 - 12)	0,001

*número de atividades com dificuldade