

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós Graduação em Enfermagem



Dissertação

Incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional

Juliana Damasceno Nunes

Pelotas, 2016

Juliana Damasceno Nunes

Incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

N972i Nunes, Juliana Damasceno

Incapacidade funcional e fatores associados em idosos:
estudo de base populacional / Juliana Damasceno Nunes;
Luiz Augusto Facchini, orientador. — Pelotas, 2016.

124 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade
Federal de Pelotas, 2016.

1. Atenção primária à saúde. 2. Envelhecimento. 3.
Incapacidade funcional. 4. Atividades cotidianas. I. Facchini,
Luiz Augusto, orient. II. Título.

CDP-618-72

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Juliana Damasceno Nunes

Incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e Enfermagem.

Aprovado em: _____

Banca examinadora:

Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini
(Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dr^a. Elaine Tomasi
(Titular)
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dr^a. Celmira Lange
(Titular)
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dr^a. Alitéia Santiago Dilélio
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dr^a. Vanda Maria da Rosa Jardim
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Dedico este trabalho à minha família.

Agradecimentos

A **Deus**, invisível, mas real, obrigada pelo dom da vida e por permitir o êxito em tantos desafios que foram interpostos durante toda a vida, inclusive, durante a realização da pós-graduação.

A **meus pais**, pelo incentivo, orações e por todo cuidado inigualável. Vocês são os maiores responsáveis pela conquista desse título.

A **meu amado esposo William**, pelo abraço forte e pela palavra de incentivo no momento de angústia, pelo respeito e amor depositado diariamente a mim. Minha conquista também é sua.

A **meu orientador** pelos ensinamentos, apoio e compreensão na trajetória da elaboração deste trabalho.

Ao **Bruno Nunes e à Mirelle Saes**, pelo auxílio durante todo processo de dissertação. Obrigada pela dedicação e contribuição a meu trabalho.

Aos **professores do curso e aos colegas do mestrado**, cada um, de sua forma, contribuiu para o crescimento e aprendizado de minha trajetória. Foi um prazer compartilhar com vocês o saber.

Por fim, agradeço aos **membros da banca**, pela disponibilidade na avaliação de meu trabalho e pelo crescimento que me oportunizaram.

Resumo

Nunes, Juliana Damasceno. **Incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional**. 2016. 124f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

O envelhecimento populacional é um fenômeno universal, onde a busca da melhoria na qualidade de vida, independência e autonomia na sociedade vêm sendo amplamente discutida. Uma vez que as mudanças fisiológicas neste período da vida são inevitáveis e podem gerar perdas da capacidade física, cognitiva e sensorial que comprometerão a funcionalidade diária dos idosos. Neste sentido, este trabalho tem como objetivo descrever a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional em idosos de Bagé, Rio Grande do Sul (RS). Os dados utilizados para a realização deste estudo são provenientes do banco de dados da pesquisa intitulada “Saúde do idoso: situação epidemiológica e utilização de serviços de saúde em Bagé, RS”. Trata-se de uma pesquisa de base populacional que investigou idosos com 60 anos ou mais de idade, residentes na área urbana e de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde de Bagé, RS. A variável dependente foi a incapacidade funcional, com enfoque nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, sendo definida pela necessidade de ajuda ou dependência total para pelo menos uma atividade básica, por meio do Índice de Katz e para pelo menos uma atividade instrumental da vida diária por meio da Escala de Lawton e Brody. As variáveis independentes avaliadas foram: as condições sociodemográficas, comportamentais, as condições de saúde e a utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos. A prevalência de incapacidade funcional para as atividades básicas da vida diária foi de 10,6% (IC95% 9,1–12,1) e para as instrumentais de 34,2% (IC95% 31,9–36,6), associando-se a idosos mais velhos, com baixa escolaridade, viúvos, consumistas de bebida alcoólica, portadores de doenças crônicas, que estiveram hospitalizados no último ano e que receberam atendimento domiciliar nos últimos 03 meses. Os resultados da pesquisa reforçam a condição multifatorial da incapacidade funcional, indicando a necessidade de sua investigação na rotina dos serviços de saúde para identificação prévia das funções perdidas, tornando possível o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção focadas na necessidade funcional de cada idoso visando prevenir maiores problemas, como quedas, fraturas, e imobilidade.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; envelhecimento; incapacidade funcional; atividades cotidianas.

Abstract

Nunes, Juliana Damasceno. **Disability and associated factors among the elderly: a population-based study**. 2016. 124f. Dissertation (Master em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

The aging of the population is a universal phenomenon characterized by the quest for improved quality of life, independence and autonomy within society. On the other hand, physiological changes at this time of life are inevitable and can cause loss of physical, cognitive and sensorial capacity that compromise the daily functionality of the elderly. As such, the purpose of this paper is to describe the prevalence of disability and associated factors among elderly people in the city of Bagé, Rio Grande do Sul (RS), Brazil. The data used to carry out this study were taken from the database of the research initiative entitled “The health of the elderly: epidemiological status and use of health services in Bagé, RS”. This is a population-based study with elderly people aged 60 or over living in the urban area of Bagé, RS, and falling within the catchment area of the city’s primary healthcare services. The dependent variable was disability, defined by the need for help or total dependence in order to perform at least one basic activity according to the Katz Index and at least one instrumental activity of daily living as per the Lawton and Brody Scale. The independent variables involved the evaluation of the sociodemographic, behavioral and health conditions of the elderly, as well as their use of health services. The prevalence of disability to perform basic daily living activities was 10.6% (95%CI 9.1–12.1), whilst for instrumental activities it was 34.2% (95%CI 31.9–36.6). Associated factors were being older within the elderly age group, low level of schooling, being widows/widowers, consuming alcoholic beverages, having chronic diseases, having been hospitalized in the last year and having had care at home in the last three months. The results of the study emphasize the multifactorial nature of disability, indicating the need for it to be investigated as part of the health service routine for early identification of elderly people with loss of functionality, as well as the need to develop prevention and health promotion actions in this area.

Keywords: aging; disability; daily living activities, Primary Health Care.

Sumário

Apresentação	08
I. Projeto de Pesquisa.....	09
II. Relatório de Campo	93
III. Artigo	100

Apresentação

Esta dissertação cumpre a etapa final para obtenção do Título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. O estudo foi desenvolvido na área de concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, na linha de pesquisa Epidemiologia, Práticas e Cuidado na Saúde e Enfermagem.

O mestrado foi realizado na cidade de Pelotas, RS, com início em março de 2014. Conforme o regimento do Programa, este volume é composto pelas seguintes partes:

I Projeto de Pesquisa: qualificado no mês de Julho de 2015. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora no exame de qualificação.

II Relatório de Campo: apresenta, de forma sucinta, a trajetória percorrida da escolha do tema à elaboração do artigo de sustentação para defesa do título.

III Artigo de sustentação da dissertação: Incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, RS. O artigo de sustentação foi submetido à publicação na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde em 30/03/2016.

I Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós- Graduação em Enfermagem



Projeto de Dissertação

**Incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base
populacional**

Juliana Damasceno Nunes

Pelotas, 2015

Juliana Damasceno Nunes

Incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Pelotas, 2015

Ninguém envelhece apenas por viver um certo número de anos. As pessoas envelhecem por abandonarem seus ideais. Os anos fazem rugas na pele. Desistir do entusiasmo, porém, faz rugas na alma.

(Radha Soami)

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luis Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas (Orientador)

Prof^a. Dr^a. Elaine Tomasi – Universidade Federal de Pelotas (Titular)

Prof^a. Dr^a. Celmira Lange – Universidade Federal de Pelotas (Titular)

Prof^a. Dr^a. Elaine Thumé – Universidade Federal de Pelotas (Suplente)

Prof^a. Dr^a. Vanda Maria da Rosa Jardim – Universidade Federal de Pelotas (Suplente)

Lista de Figuras

Figura 1	Fluxograma dos artigos utilizados para revisão de literatura.....	25
Figura 2	Modelo teórico da incapacidade funcional.....	39
Figura 3	Localização geográfica de Bagé, RS.....	40
Figura 4	Caracterização da variável dependente (AVD's e AIVD's).....	44
Figura 5	Caracterização das variáveis independentes.....	46
Figura 6	Modelo de análise da incapacidade funcional.....	49
Figura 7	Despesas previsíveis para execução da dissertação.....	50
Figura 8	Cronograma para desenvolvimento da dissertação.....	51
Figura 9	Estudos nacionais sobre incapacidade funcional e fatores associados.....	61
Figura 10	Estudos internacionais sobre incapacidade funcional e fatores associados.....	65

Lista de Abreviaturas e Siglas

AVD's	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD's	Atividades Instrumentais da Vida Diária
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IF	Incapacidade Funcional
LILACS	Centro Latino Americano de Informação em Ciências da Saúde
MeSH	Terms Medical Subject Headings
MIF	Medida de Independência Funcional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PNPSI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PUBMED	Public Medline
RS	Rio Grande do Sul
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online

SMS	Secretária Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNIPAMPA	Universidade Federal do Pampa
URCAMP	Universidade da Região da Campanha

Sumário

1 Introdução.....	20
2 Justificativa.....	22
3 Objetivos.....	22
3.1 Objetivo Geral.....	22
3.2 Objetivos Específicos	23
4 Hipóteses.....	23
5 Revisão de Literatura	23
5.1 Envelhecimento Populacional.....	26
5.1.1 Contextualização do Envelhecimento	26
5.1.2 Políticas Nacionais direcionadas aos idosos	28
5.2 Incapacidade funcional	29
5.2.1 Formas de mensuração da incapacidade funcional	30
5.2.2 Prevalência de incapacidade funcional em idosos	33
5.2.3 Fatores associados à incapacidade funcional	34
6 Marco Teórico.....	37
7 Metodologia.....	40
7.1 Caracterização do estudo.....	40
7.2 Local do Estudo	40
7.3 População Alvo	41
7.4 Critérios de Elegibilidade	41
7.4.1 Critérios de Inclusão	41
7.4.2 Critérios de Exclusão	41
7.5 Processo de Amostragem	41
7.6 Cálculo de tamanho da amostra.....	42
7.7 Princípios Éticos.....	42

7.8 Instrumento de coleta de dados	43
7.9 Variáveis.....	43
7.9.1 Variável dependente	43
7.9.2 Variáveis independentes	46
7.10 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores	47
7.11 Logística.....	48
7.12 Controle de qualidade.....	48
7.13 Análise dos Dados.....	48
7.14 Divulgação dos resultados	49
9 Cronograma	51
Referências	52
Apêndice	60
Apêndice A- Resumo dos estudos encontrados para revisão de literatura	61
Anexos	68
Anexo A – Autorização do Comitê de Ética	69
Anexo B– Termo de consentimento livre e esclarecido	70
Anexo C- Autorização para utilização do banco de dados	71
Anexo D- Instrumento aplicado aos idosos.....	72

1 Introdução

O crescimento relativo e absoluto dos grupos etários mais velhos em países de média renda, no contexto de uma acelerada transição demográfica e epidemiológica, desafia a formulação de políticas públicas, particularmente, na área da saúde, já que é preciso criar estratégias voltadas aos idosos, a fim de lhes oferecer uma melhor qualidade de vida (LIMA-COSTA et al., 2012; SILVA, 2008).

Em países com características demográficas e sociais similares ao Brasil, o envelhecimento da população está associado à redução nos níveis de mortalidade por doenças infectocontagiosas, devido a melhorias nas condições de diagnósticos, tratamento e saneamento básico. Esse processo determinou uma mudança epidemiológica no perfil de saúde-doença, com aumento expressivo da morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas (ALVES et al., 2007; GIACOMIN et al., 2008; SIQUEIRA et al., 2008).

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que, no Brasil, a população de idosos ultrapasse 26 milhões, o que corresponde a 13,2% da população total, podendo quadruplicar nos próximos 40 anos (IBGE, 2013).

O envelhecimento é um marco contemporâneo e alcança de forma heterogênea os diferentes países. Na população dos países de alta renda, o crescimento da terceira idade veio de forma gradual, atrelado à melhoria nas condições gerais de vida. Entretanto, nos países de renda média e baixa, o crescimento do número de idosos vem ocorrendo de forma acelerada, corroborando com as políticas sociais e de saúde vigentes (LIMA-COSTA et al., 2012; LIMA-COSTA; VERAS, 2003). Dadas estas diferenças, a Organização Mundial da Saúde

(OMS) define como idoso, nos países em desenvolvimento, indivíduos a partir de 60 anos, e nos países desenvolvidos aqueles com 65 anos ou mais (OMS, 2002).

O processo de envelhecimento é caracterizado por diversas mudanças biológicas, psíquicas e sociais, que ocorrem de forma diferenciada em cada ser humano, podendo aumentar a ocorrência de morbidades e agravos à saúde, afetando a independência na realização das atividades cotidianas (CARDOSO, 2009). Sendo um processo natural, progressivo, contínuo e irreversível, expressa necessidades, demandas sociais e de saúde, como por exemplo, aquelas relativas à capacidade funcional dos idosos, que devem orientar a resposta dos serviços e das ações programáticas de saúde (VERAS, 2009).

Na abordagem da capacidade funcional do idoso, os serviços de saúde devem investigar a independência nas atividades básicas de vida diária (AVD's) - banhar-se, vestir-se, alimentar-se, usar o vaso sanitário e/ou fazer as transferências cama/cadeira e nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) - utilizar o telefone, ir a lugares distantes, fazer compras, preparar refeições, fazer tarefas domésticas, controlar o dinheiro, tomar medicamentos e/ou lidar com objetos pequenos), pois, mais importante do que saber a idade ou as doenças que estejam acompanhando o processo do envelhecimento é conhecer suas potencialidades (MATSUDO et al, 2000; RAMOS, 2001).

No Brasil, a criação do Estatuto do Idoso foi um avanço na regulamentação dos direitos atribuídos aos idosos. Contudo, ainda há necessidade de ampliar e qualificar as estratégias de promoção, de prevenção, cuidado e atenção integral à saúde, pois o aumento da expectativa de vida só é apreciável quando se acrescenta qualidade aos anos vividos (VERAS, 2009).

Apesar da relevância da avaliação da capacidade funcional dos idosos para subsidiar as ações e políticas de saúde, há escassez de estudos populacionais que avaliem sua ocorrência e seus determinantes (GIACOMIN et al, 2008; CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2008). Diante disso, considerando a importância desta temática, o presente estudo pretende responder a seguinte questão norteadora: **Qual a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional em idosos de Bagé, Rio Grande do Sul (RS)?**

2 Justificativa

É notório que o comprometimento funcional na terceira idade acarreta maior vulnerabilidade, podendo resultar em dependência, gerando gastos para a família e para o sistema de saúde, além de influenciar negativamente na qualidade de vida desses idosos (IBGE, 2013). Por isso, se faz necessário avaliar a funcionalidade do idoso, inclusive, para detectar fatores de risco, pois esses podem não aparecer durante exames clínicos convencionais (NUNES, 2011).

Ademais, Crews e Zavotka (2006) defendem que haverá um crescimento dos idosos com dificuldade na execução das atividades cotidianas, devido ao aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, das conseqüências que o avanço da idade acarreta como sedentarismo e o surgimento de doenças crônicas. Logo, analisar a dependência do idoso poderá auxiliar na construção de políticas para a tomada de decisões referentes a intervenções, a fim de diminuir os efeitos deletérios que o processo incapacitante ocasiona.

Nesse contexto, a referida escassez de estudos sobre incapacidade funcional (IF) em idosos justifica a investigação de sua ocorrência em um inquérito de base populacional. Seus resultados poderão identificar os principais determinantes da incapacidade funcional e suas conseqüências para a saúde e qualidade de vida dos idosos, gerando subsídios à elaboração de estratégias governamentais e à tomada de decisão de profissionais de saúde e suporte para seus familiares a fim de auxiliar na melhoria do cuidado.

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Verificar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional em um inquérito populacional de idosos, residentes na área urbana e de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde da cidade de Bagé, RS.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a prevalência de incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais em função de características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde;
- Avaliar a associação entre incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais e utilização de serviços de saúde domiciliares, ambulatoriais e hospitalares.

4 Hipóteses

- A prevalência da incapacidade funcional para atividades básicas será cerca de 7% e para atividades instrumentais da vida diária aproximadamente 26%;
- A prevalência da incapacidade funcional tanto para atividades básicas quanto para instrumentais será significativamente maior em pessoas do sexo feminino, mais velhas, de menor renda, menor escolaridade, sedentárias, com pior percepção de saúde e portadoras de doenças crônicas;
- A utilização de serviços de saúde domiciliares, ambulatoriais e hospitalares será significativamente maior entre os idosos com incapacidade funcional tanto para atividades básicas quanto para instrumentais.

5 Revisão de Literatura

A revisão de literatura foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e *Public Medline* (PubMed). Para a seleção dos artigos foram utilizados os descritores a seguir em português e inglês: idosos (*elderly*), estado funcional (*functional status*), deficiência (*disability*), declínio funcional (*functional decline*) e fatores de risco (*risk factors*). Estes descritores foram consultados anteriormente nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH Terms) e foram empregados da

seguinte forma: *disability OR functional decline OR functional status AND elderly AND risk factors*.

A fim de realizar uma busca específica optou-se por selecionar pesquisas em português, espanhol e inglês, publicados nos últimos dez anos (2005 a 2015), excluindo-se artigos qualitativos e publicações cuja amostra era composta por idosos institucionalizados.

Sendo assim, foram localizados nas bases de dados LILACS e SciELO 11 e 18 artigos, respectivamente. Após a leitura dos títulos, aplicando os critérios de seleção, foi feita a leitura de sete artigos oriundos do LILACS e 15 do SciELO. Para a avaliação do texto completo foram selecionados seis e 15 artigos das referidas bases de dados. Destes, foram considerados relevantes para compor o estudo 05 artigos do LILACS e 12 artigos na base SciELO.

Na base de dados PubMed, inicialmente foram localizados 7.374 artigos. Após a leitura dos títulos, foram selecionados para avaliação dos resumos 577 artigos. Realizou-se a leitura na íntegra de 47 deles, selecionando-se 25 para compor a revisão de literatura.

A seguir, a Figura 1 apresenta o processo de seleção dos principais estudos utilizados para a revisão de literatura:

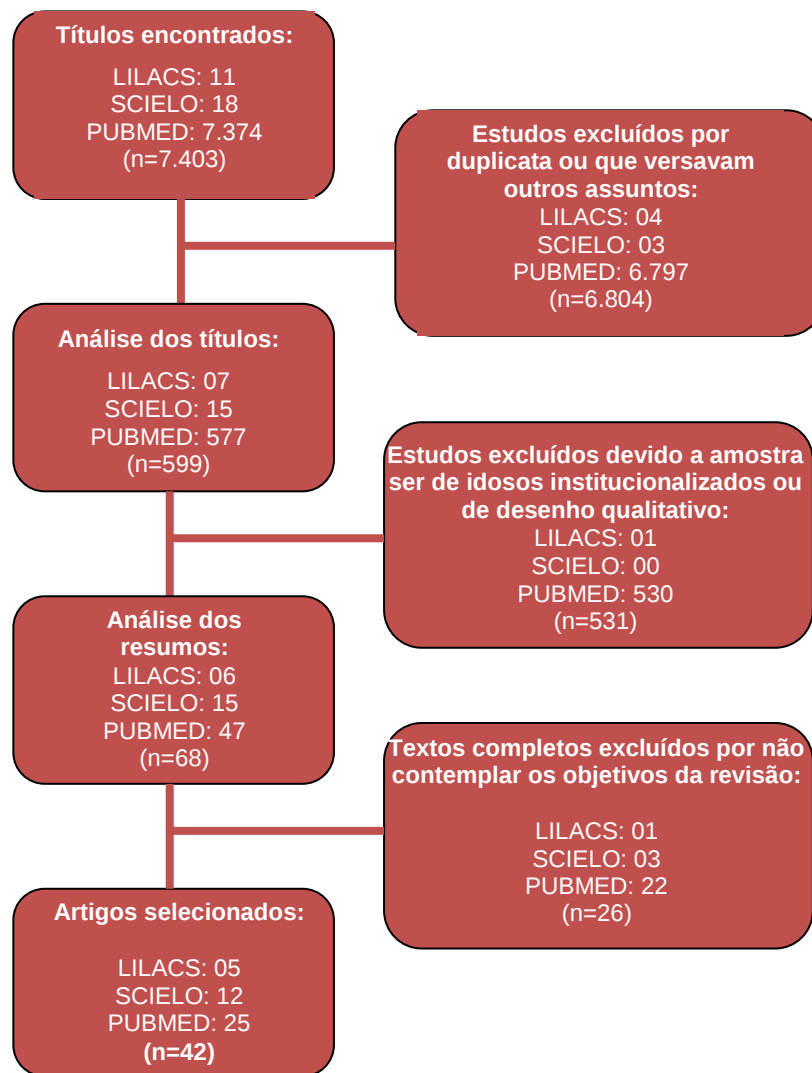


Figura 1- Fluxograma dos artigos utilizados para revisão de literatura

Além da busca sistemática, foram procurados artigos, documentos, dissertações e teses nas seguintes bases: Google Acadêmico, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Ministério da Saúde (MS), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

O período de buscas de referências para compor o projeto foi de março de 2014 a fevereiro de 2015.

5.1 Envelhecimento Populacional

5.1.1 Contextualização do Envelhecimento

O processo de transição demográfica e epidemiológica no Brasil, fez com que a perspectiva de vida, que em 1990 era de aproximadamente 66 anos, passasse para 74,9 anos em 2013 (IBGE, 2013).

O envelhecimento, por sua vez, é um processo influenciado por fatores genéticos, físicos, psicológicos, sociais e ambientais, que resulta em maior vulnerabilidade física e mental (LIMA-COSTA et al., 2012).

As alterações fisiológicas do envelhecimento são sutis e dinâmicas e alteram progressivamente o organismo do idoso, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas, podendo causar limitações no desempenho de atividades da vida diária. Essas alterações geram mudanças musculoesqueléticas, degeneração gradual do sistema nervoso e perdas sensitivas, que ocorrem de forma concomitante, afetando negativamente funções de marcha, força muscular, equilíbrio, propriocepção, concentração, memória, capacidade visual e auditiva (DESCHENES, 2004).

Quanto às perdas musculoesqueléticas, no idoso, o número de fibras musculares é cerca de 20% menor que no adulto. Os ligamentos e as cápsulas articulares também se modificam, em virtude da perda das fibras elásticas e ao acréscimo de ligações cruzadas nas fibras de colágeno, afetando a extensão dos membros, bem como a qualidade dos movimentos, deixando-os mais lentos e menos precisos. O que acaba, então, comprometendo o desempenho físico do idoso, podendo levar, gradualmente, ao processo de incapacidade funcional (BONARDI; AZEVEDO; MORAES, 2007).

Além disso, os idosos apresentam perda de 8 a 15% de massa muscular por década de vida, levando à diminuição da resistência e da velocidade de contração muscular. Estes fatores, associados à perda de fibras sensoriais e de receptores proprioceptivos trazem redução na sensação vibratória, senso de posição e sensibilidade, reduzindo a fluidez dos movimentos e a capacidade reflexa de proteção, tornando-os suscetíveis a quedas (DESCHENES, 2004; BONARDI; AZEVEDO; MORAES, 2007).

As perdas cognitivas nos idosos, normalmente, estão vinculadas às alterações do sistema nervoso central, incluindo a retração do tecido nervoso, diminuição das conexões dendríticas e de receptores, degradação da mielina e perda axônica, que levarão a uma redução na atenção, habilidades viso espaciais e memória operacional. Da mesma forma, as perdas sensitivas, como a redução na capacidade visual e auditiva, irão afetar diretamente a funcionalidade dos idosos, desencadeando dificuldade em transpor obstáculos, utilizar medicações, percepção espacial e redução do convívio social (BONARDI; AZEVEDO; MORAES, 2007).

Entretanto, independente da bagagem que o envelhecimento carrega é fundamental que este seja acompanhado por qualidade de vida, definida por Paschoal (2004) como a percepção de bem-estar e satisfação auto referidas daquilo que o indivíduo considera importante para alcançar uma boa vida.

Neste sentido, considerando o aumento da proporção de idosos e a necessidade de que estes tenham um processo de envelhecimento saudável, cresce a necessidade da ampliação dos recursos designados à terceira idade, pois o aumento da expectativa de vida gera custos para a previdência social e para o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual vem assistindo, ao longo dos anos, a uma mudança no perfil das morbimortalidades (ALVES et al., 2007; GIACOMIN et al., 2008; SIQUEIRA et al., 2008).

De acordo com um estudo realizado no Brasil para levantar as despesas do SUS com o envelhecimento populacional, as hospitalizações dos idosos são mais rotineiras e seu tempo de permanência é maior devido à variedade de doenças quando comparado com outras idades, além do mais, a partir dos 50 anos a frequência de internação hospitalar aumenta progressivamente e quadriplica na faixa de 80 anos ou mais (NUNES, 2006 apud CAMARANO, p. 427-50, 2004).

Sendo assim, observa-se que o envelhecimento populacional, desafia a saúde pública, obrigando-a a planejar ações frente a questões do processo do envelhecimento, a fim de fazer com que a longevidade seja acompanhada por qualidade de vida, pois viver mais pode não significar viver com qualidade (DEL DUCA, 2009).

5.1.2 Políticas Nacionais direcionadas aos idosos

A fim de garantir um envelhecimento longo, com qualidade e autonomia, houve a necessidade de criar políticas públicas que fornecessem resguardo legal e apropriado à população idosa. Deste modo, a gênese das políticas no Brasil, iniciou com a criação, em 1975, do Ministério da Previdência e Assistência Social, o qual referenciou as questões direcionadas à saúde e à renda (WILLIG; LENARDT; MÉIER, 2012).

Durante a década de 60, metade dos idosos já se concentravam nos países em desenvolvimento, porém somente após duas décadas a Organização das Nações Unidas (ONU) começou a promover Assembleias Mundiais sobre o envelhecimento populacional, com o intuito de comprometer os países a criarem políticas voltadas à população idosa. Foi então que, realizou-se em 1982, em Viena, a I Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, propondo a elaboração de um plano global de ações políticas que priorizassem a melhoria das condições de vida da terceira idade. Neste plano, continham recomendações referentes ao trabalho e educação, bem-estar, moradia e meio ambiente, saúde e nutrição, previdência social, família e proteção ao consumidor (CAMARANO, 2004).

Ao longo da década de 90, diversos fóruns organizados pela ONU debateram questões relacionadas aos idosos, o que culminou em uma modificação gradativa da forma de observá-los, pois de um grupo vulnerável e dependente, os idosos passaram a serem vistos como um grupo ativo. Este fato deu-se, principalmente, pela adoção, pela ONU, do termo Envelhecimento Ativo compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da terceira idade (ASSIS, 2005).

Sendo assim, o Brasil foi ampliando as políticas direcionadas aos idosos. Um exemplo é a promulgação, em janeiro de 1994, da Política Nacional do Idoso (PNI), através da Lei 8.842, regulamentada em 1996, cujo intuito é assegurar os direitos civis aos idosos, além da sua participação ativa perante a sociedade, buscando a criação de condições adequadas para atingir a longevidade com qualidade de vida (BRASIL, 1996).

Em 2003, o governo federal, com a finalidade de regularizar o direito dos idosos, aprovou o Estatuto do Idoso, pela Lei 10.741/03, afim de não só atualizar a

PNI, mas ampliar os direitos da terceira idade. Esse estatuto mostra que o Estado, a comunidade e a família têm o dever de ofertar ao idoso de forma prioritária o direito à saúde, vida, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, alimentação, convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Após a criação destas políticas, surgiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), enfatizando a incapacidade funcional como dificuldade para realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária. Essa política visa recuperar, manter e promover a autonomia e independência do idoso, através de estratégias específicas destinadas a esse fim, sendo aprovada pela Portaria nº 2.528/06. Houve também a criação do Pacto pela Saúde, firmado entre os gestores de saúde, com o intuito de buscar a atenção integral e integrada à saúde do idoso, promoção do envelhecimento ativo e saudável, além da implantação de serviços domiciliares de assistência à saúde (WILLIG; LENARDT; MÉIER, 2012).

A PNSPI define, ainda, que a avaliação funcional, que busca verificar de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos à saúde impedem o desempenho independente e autônomo das atividades cotidianas, permite a realização de um planejamento assistencial mais adequado. Sendo um parâmetro que, acompanhado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas (PARAHYBA, M.; VERAS, R.; 2006).

5.2 Incapacidade funcional

A incapacidade funcional define-se pela presença de patologia, deficiência e limitação funcional, que dificultam ou impedem a realização de atividades cotidianas. Diante disso, surgem, ao longo dos anos, diversos conceitos sobre incapacidade funcional. Saad Nagi, em 1976, foi o pioneiro a descrever como ocorre o processo incapacitante. Segundo o autor, a incapacidade funcional apresenta quatro fases: primeiro acontece a presença de uma patologia que piora o estado físico ou mental do indivíduo; após, essa patologia leva a uma deficiência que pode ser física - anatômica ou fisiológica - ou mental, culminando em uma limitação funcional que pode resultar na incapacidade funcional, impossibilitando que o indivíduo realize funções consideradas normais dentro do seu contexto social (NAGI, 1976).

Levando em consideração o modelo proposto por Nagi, a OMS, em 1980, promulgou a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), sendo traduzida para o português como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens. Esta classificação expõe que a incapacidade funcional é caracterizada como a limitação em desempenhar atividades de rotina desenvolvidas socialmente de acordo com as características individuais (OMS, 1980).

Na década de 90, os autores Verbrugge e Jette (1994) definiram incapacidade como a dificuldade em realizar atividades em algum domínio da vida, devido a um problema físico ou de saúde. Adicionalmente ao modelo proposto pelos autores, foi aprovada, durante a Assembléia Mundial da Saúde em 2001, uma nova classificação, denominada de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), priorizando a funcionalidade como um componente da saúde, além de considerar o ambiente como facilitador ou um obstáculo para o desempenho das atividades do dia-a-dia. Na CIF, a incapacidade funcional é resultante da associação de desordens de saúde com hábitos comportamentais, ambientais ou sociais, os quais, agregados ou não, podem dificultar o desempenho das atividades a serem realizadas (VERBRUGGE; JETTE, 1994; OMS, 2003).

5.2.1 Formas de mensuração da incapacidade funcional

A mensuração da incapacidade funcional fornece informações importantes à saúde dos idosos, pois contribui para o levantamento de necessidades e colabora com o planejamento de políticas públicas. Além do mais, a dificuldade em realizar atividades cotidianas, afeta diretamente a qualidade de vida da terceira idade, deixando-os muitas vezes em situação de dependência em longo prazo na realização das tarefas do dia-a-dia (CAMARGOS; PERPÉTUO; MACHADO, 2005).

Assim sendo, a incapacidade funcional pode ser mensurada por meio de escalas que avaliam a dificuldade e/ou dependência que o idoso possui ao realizar, pelo menos, uma atividade da vida diária, sendo, usualmente, avaliadas via auto relato. As escalas de dificuldade são categorizadas como nenhuma dificuldade, alguma dificuldade ou muita dificuldade em realizar uma ou mais tarefas cotidianas; já as escalas que avaliam as dependências classificam-se como nenhuma

necessidade, necessidade parcial ou total de auxílio para realizar as atividades básicas, sendo esta última a opção da maioria dos pesquisadores por ser uma escala mais confiável (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Dentre as escalas que avaliam as atividades básicas da vida diária, se destaca o índice de Katz, criada em 1963 por Sidney Katz, a fim de avaliar os resultados de tratamentos e prever o diagnóstico em idosos com doenças crônicas. Consta de seis domínios que avaliam o desempenho dos idosos nas AIVD's, obedecendo a seguinte hierarquia: alimentação, controle dos esfíncteres, transferência da cama para a cadeira, uso do banheiro, vestir-se e banhar-se. Este percurso é semelhante ao desenvolvimento infantil, em que a criança aprende primeiramente a levar a comida à boca e mais tarde, a tomar seu banho independentemente. Logo, observa-se que este índice está baseado em funções primárias e psicossociais, refletindo ao ajuste neurológico e a resposta motora (LINO et al., 2008; KATZ, 1963).

Diversos estudos fazem uso da versão adaptada do índice de Katz, pois na versão original a análise das atividades básicas segue uma hierarquia de A a G e OUTRA (KATZ, 1963) e na versão adaptada a análise é realizada por meio de dependência ou independência, sendo o idoso dependente quando necessita de auxílio para desempenhar pelo menos uma atividade cotidiana. (DEL DUCA et al., 2009; SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008; THUMÉ et al., 2010).

Outra forma de mensurar a incapacidade funcional é por meio da escala de Lawton e Brody, criada em 1969 com o intuito de avaliar as atividades instrumentais da vida diária. Este instrumento possui nove itens que avaliam as AIVD's, sendo eles: alimentar-se, usar o telefone, cozinhar, fazer compras, arrumar a casa, usar meios de transporte para locomoção, fazer uso correto e na hora certa de medicamentos, lidar com objetos pequenos e gerir suas próprias finanças, sendo que cada atividade avaliada é caracterizada como dicotômica, em que o zero caracteriza o indivíduo como dependente e o um como independente (DEL DUCA et al., 2009; MACIEL; GUERRA, 2007; PEREIRA et al., 2012).

A versão adaptada para o Brasil foi realizada por Santos e Virtuoso Junior em 2008. A escala passou então a contar com uma pontuação de cinco a 21 pontos para avaliar a incapacidade funcional, sendo que 21 caracteriza o indivíduo como independente, seis a 21 pontos como dependente parcial e cinco ou menos pontos como dependente total. Este resultado é a soma dos pontos que variam de um a três

de acordo com cada item questionado, sendo que três corresponde a realizar, sozinho, a atividade, dois a quando necessita de auxílio parcial ou um a quando necessita de auxílio total (SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008).

No entanto, alguns estudos têm optado por categorizar o idoso como dependente quando este não consegue realizar de forma independente pelo menos uma atividade instrumental da vida diária (DEL DUCA et al., 2009; NUNES et al., 2010; THUMÉ, et al., 2010).

Já a Medida de Independência Funcional (MIF) foi criada pelo Congresso Americano de Medicina e Reabilitação, em 1980, com o intuito de padronizar os conceitos sobre a incapacidade funcional e desenvolver um instrumento que avaliasse a reabilitação dos pacientes de acordo com as tarefas cotidianas. Dentre as tarefas avaliadas estão contemplados 18 itens referentes ao autocuidado, à locomoção, transferência, cognição e resolução de problemas. Sendo avaliada através de uma pontuação que varia de um (dependência total) a sete (independência completa) (RIBERTO et al., 2004).

Por fim, o Índice de Barthel também está dentre as escalas mais utilizadas para avaliação da incapacidade funcional. Este índice visa medir o grau de auxílio que o idoso necessita em 10 itens sobre as atividades da vida diária, sendo: refeição, higienização pessoal, deambulação, transferência da cama para cadeira, subir e descer escadas, controle dos esfíncteres, uso de sanitários, vestir-se, despir-se e tomar banho. Cada atividade corresponde entre dois a quatro níveis de dependência, sendo que zero representa a dependência total e a independência pode ser avaliada até 15 pontos. O índice de Barthel vem sendo largamente utilizado durante o acompanhamento de reabilitação em indivíduos hospitalizados (ARAÚJO et al., 2007).

Observam-se na literatura que o índice de Katz e a Escala de Lawton e Brody são instrumentos bastante utilizados para mensurar a incapacidade funcional no idoso. Acredita-se que seja pelo fato de se tratar de instrumentos pequenos e de fácil compreensão, bem como por serem validados e reconhecidos pelo Ministério da Saúde como instrumentos capazes de verificar a incapacidade funcional (DEL DUCA, 2009).

5.2.2 Prevalência de incapacidade funcional em idosos

A maioria dos inquéritos populacionais que avaliam incapacidade funcional nos idosos utiliza-se de instrumentos previamente validados. No entanto, outras pesquisas fazem uso de questionários com perguntas elaboradas pelos próprios pesquisadores, o que acaba tornando complexo comparar os resultados dos distintos estudos (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005).

Em uma revisão realizada por Buurman et al (2011), cujo objetivo era conhecer os instrumentos utilizados para mensurar a incapacidade funcional no idoso, localizaram, por meio de 28 artigos, os cinco instrumentos mais empregados, sendo: Índice de Katz, Escala de Lawton e Brody, Índice de Barthel, Medida de Independência Funcional e *Care Needs Assessment*. Como conclusão, a revisão apontou que a grande variabilidade e os pontos de corte para mensurar a incapacidade funcional, dificultam a interpretação e a comparação de dados obtidos com outros estudos (BUURMAN, B. et al., 2011).

Como forma de solução para o enfrentamento metodológico acima mencionado, este item basear-se-á na comparação de estudos que utilizam o Índice de Katz para as AVD's e a Escala de Lawton e Brody para as AIVD's.

Em inquéritos realizados no Brasil, observa-se uma oscilação nas prevalências de incapacidade funcional entre os estados brasileiros. Em estudo realizado por Lebrão, M.; Laurenti (2005), no estado de São Paulo, a prevalência de IF para AVD's foi de 19,2% e para AIVD's foi de 26,5%. Já Maciel e Guerra (2007) realizaram um inquérito no Rio Grande do Norte e encontraram a prevalência de incapacidade funcional de 12,2% para realização das AVD's e 52,6% para AIVD's. No Rio Grande do Sul, Del Duca et al (2009) desenvolveram um estudo e constataram a prevalência de 26,8% e 28,8% para AVD's e AIVD's, respectivamente. No estado do Piauí, Sousa et al (2013), encontraram a prevalência de incapacidade funcional para AVD's de 12,3% e para AIVD's de 17,3%. Por fim, em Minas Gerais, no estudo realizado por Fialho et al (2014), a prevalência de incapacidade funcional foi de 16,2% para AVD's e 19,6% para AIVD's. Acredita-se que as oscilações de prevalência para desempenhar as atividades básicas e instrumentais da vida diária estejam atreladas às diferenças socioeconômicas, culturais e comportamentais da população idosa brasileira em cada localidade

estudada. Entretanto, os estudos concordam entre si no que se refere à dificuldade em desempenhar atividades instrumentais da vida diária ser maior que a de desempenhar as atividades básicas da vida diária.

Em inquéritos internacionais, é possível fazer uma comparação entre os países utilizando-se do Índice de Katz (AVD's), para verificar a prevalência de IF nos idosos. Nos países em desenvolvimento, Reys-Ortiz et al (2006) realizaram um estudo com sete países da América Latina e do Caribe, e encontraram a seguinte prevalência de incapacidade funcional: 34,7% no Brasil, 23,5% no Uruguai, 32,1% na Argentina, 28,6% no Chile, 30,2% no México, 25,8% em Cuba e 16,9% em Barbados. Nos países desenvolvidos não houve variação significativa de prevalência de incapacidade funcional, é o que mostra o inquérito realizado por Body (2009) nos Estados Unidos, em que a prevalência foi de 33%, corroborando com um estudo realizado na Espanha, por Millán-Calenti et al (2010), em que a dificuldade para desempenhar atividades básicas da vida diária foi de 34,6%.

5.2.3 Fatores associados à incapacidade funcional

De acordo com Ben-Enzra et al (2006) a incapacidade funcional está diretamente relacionada a fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e de morbidade. Devido a esta relação, diversos estudos vêm sendo divulgados com o intuito de melhor conhecer estes fatores. Observa-se a realização, principalmente, de inquéritos relacionados ao gênero, à idade avançada, a doenças crônicas e à auto percepção de saúde (PARAHYBA et al., 2005; GUREJE et al., 2006; GIACOMIN et al., 2008; DEL DUCA et al., 2009; ALVES et al., 2010; SOUSA et al., 2013; ASSIS et al., 2014).

Em relação ao gênero, estudos apontam que há uma maior ocorrência de incapacidade funcional em mulheres. Como afirma o inquérito realizado recentemente no Brasil por Assis et al (2014), que dos 33,9% de idosos com capacidade funcional não adequada, 68,5% eram do sexo feminino e 31,5% do sexo masculino. Resultados que corroboram como o inquérito realizado por Lebrão; Laurenti (2005) com 2.143 idosos de São Paulo, apontando que dos 19,2% de idosos que relataram dificuldade em realizar pelo menos duas atividades básicas,

60,3% eram mulheres e 54% homens na faixa etária dos 75 anos ou mais. Na mesma linha, um estudo desenvolvido na Espanha por Alquézar, et al., (2007) encontraram a prevalência de 27,2% de dependência para os homens, contra 43,2% para as mulheres. Demais estudos nacionais e internacionais, também constataram relação do gênero feminino com a incapacidade funcional (ERVIN, et al., 2006; TAVARES et al., 2007; FIEDLER; PERES, K.G; 2008; ALVES et al., 2010; MILLÁN-CALENTI et al.; 2010; NUNES,et al., 2010; ABDULRAHEEM, 2011; ORTIZ, 2014).

No que diz respeito à idade avançada como fator associado à incapacidade funcional, Maciel e Guerra (2007) constataram em seu estudo, que com o passar de cada ano aumenta em uma vez a chance de dependência funcional no idoso. Em outro estudo, Nunes et al (2010) apontaram que, com o avançar da idade, os idosos passavam a ser mais dependentes. Na Malásia, Hairi et al (2010) realizaram um estudo com 765 idosos e os resultados mostraram que a prevalência de limitação funcional aumentou em 6% na faixa etária de 60 a 64 anos e 48% no grupo acima de 75 anos. Outros estudos também associaram a idade avançada com maior dificuldade em desempenhar AVD's e AIVD's (ÄIJÄNSEPPÄ, et al., 2005; LAKS et al., 2005; GUREJE, et al., 2006; TAVARES et al., 2007; SHANTIBALA., et al, 2007; GIACOMIN et al., 2008; PEREIRA, et al., 2012; BARBOSA, et al., 2014).

Em se tratando da situação socioeconômica, estudos apontam que a renda familiar apresenta associação com a incapacidade. Bootsma-van et al (2005) realizaram um estudo na Holanda e constataram que a limitação nas atividades da vida diária era mais prevalente em idosos de baixa renda. Em um estudo realizado no Brasil por Parahyba et al (2005) ter baixa renda familiar e baixa escolaridade também foi associado com a presença de incapacidade funcional; em concordância, Assis et al (2014) encontraram que ter renda até dois salários mínimos e baixa escolaridade é um fator associado à incapacidade funcional. Diferentes estudos também fizeram a mesma constatação (MACIEL; GUERRA, 2007; SHANTIBALA, et al., 2007; FIEDLER; PERES, 2008; NUNES, et al., 2009; ALVES et al., 2010; PEREIRA, et al., 2012).

Além do mais, observa-se na literatura que as doenças crônicas degenerativas, as quais frequentemente causam distinta limitação funcional e, conseqüentemente, maior dependência do idoso ao realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, constituem o fator determinante mais fortemente relacionado com incapacidade funcional na terceira idade. Tendo em vista que

distintas pesquisas encontraram esta associação, como por exemplo, Alves et al (2007) averiguaram que as doenças cardíacas e pulmonares culminavam em incapacidade funcional grave, assim como o inquérito realizado por Giacomini et al (2008), o qual corrobora a associação entre incapacidade funcional e acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes e artrite. Porém, essa comprovação já havia sido feita há mais de duas décadas pelo americano Guccione et al (1994), constatando que as doenças cardíacas e a artrite tinham forte associação com a incapacidade. Resultados esses que também foram referidos em outros estudos (NUNES, et al., 2010; FERREIRA et al., 2011; BARBOSA, et al., 2014; ORTIZ, 2014; HAIRI, et al., 2010; MILLÁN-CALENTI et al.; 2010; WELMER, et al., 2013).

Auto percepção de saúde, estado conjugal, arranjo familiar e hábitos comportamentais, pode-se também encontrá-los associados à incapacidade funcional. É o que apontam os resultados do inquérito realizado no Brasil por Alves et al (2010), de que quando a auto percepção é referida como ruim ou péssima há uma limitação no desempenho físico do idoso, indo ao encontro do estudo realizado na Índia por Konjengbam et al, (2007), em que os resultados mostram que má percepção de saúde e viuvez aumentam as chances de maior dependência para realizar as atividades cotidianas. Ademais, hábitos comportamentais como o tabagismo, sedentarismo e consumo de álcool também foram associados à incapacidade funcional nos idosos por inquéritos realizados por Maraldi et al (2009), Nascimento et al (2012) e Welmer et al (2013).

Por fim, com a dependência do idoso prejudicada, aumentam-se as chances de institucionalização, utilização de serviços de saúde e morte prematura. É o que apontou o inquérito realizado por Rodrigues et al (2009) em que os idosos com incapacidade funcional utilizavam 30% a mais os serviços básicos de saúde quando comparados àqueles com capacidade funcional preservada. Associação esta que foi comprovada também no inquérito realizado por Fialho et al (2014), onde constataram que os idosos incapacitantes utilizavam mais os serviços de saúde, sendo o atendimento domiciliar o mais requisitado. Porém, devido às limitações, o estudo não conseguiu associar a hospitalização com a incapacidade funcional, uma vez que, não se constatou se os idosos internavam mais devido a IF ou se a hospitalização levava ao processo incapacitante.

Em apêndice (Apêndice A) as figuras apresentam de forma resumida os estudos identificados na revisão de literatura sobre a prevalência de incapacidade funcional e seus fatores associados.

6 Marco Teórico

A incapacidade funcional é fortemente influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e relacionados à saúde do indivíduo. A dificuldade em realizar tarefas de autocuidado, como fazer a higiene pessoal, ou de desempenhar atividades mais complexas, como gerir a própria finança, dentro de um contexto social, pode resultar em dependência, maior chance de internações e de isolamento social (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010).

Deste modo, com o intuito de embasar a explanação sobre a ocorrência do desfecho do presente estudo, elaborou-se um modelo teórico, que articula contribuições dos modelos de Verbrugge e Jette (1994) e da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde sugerida pela OMS (2003). O modelo proposto descreve de forma hierarquizada, como os principais determinantes – sociais, individuais e de saúde – afetam a funcionalidade dos indivíduos no desempenho das atividades da vida diária.

Em um nível distal de determinação, destaca-se o contexto social como o mais importante fator a condicionar as características da população e dos serviços de saúde. A variabilidade nos padrões de desenvolvimento social de um município afeta fortemente a situação de saúde da população. Assim, em municípios com maior renda, melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), maior urbanização e atividade econômica, as condições de saúde da população são melhores do que naqueles em que estes indicadores sociais não são tão bons (GASPAR; OLIVEIRA; DUAYER, 2007).

Por sua vez, em um nível intermediário, as características dos indivíduos, em termos demográficos (sexo, idade, raça/cor e situação conjugal), também influenciam nas condições de saúde e na incapacidade funcional dos indivíduos. Apesar das justificativas pouco esclarecedoras a respeito da maior ocorrência de incapacidade funcional ser entre o sexo feminino, acredita-se que seja devido às mulheres viverem mais que os homens, e desenvolverem um maior número de

doenças crônicas (MACIEL; GUERRA, 2007). Em relação ao avanço da idade, este pode ser considerado um dos mais importantes fatores de risco para a incapacidade funcional, devido às alterações fisiológicas ocasionadas pelo processo do envelhecimento (MILLAN-CALENTI, et al., 2010). Em se tratando de raça/cor, observa-se que, quando comparado entre indivíduos residentes em países de média renda, a etnia está atrelada a condições socioeconômicas, devendo ser avaliada prudentemente (DEL DUCCA, 2009). Quanto à situação conjugal e arranjo familiar, esta também exerce uma influência na incapacidade funcional, isso porque os idosos sem companhia podem vir a realizar tarefas que geram instabilidade, podendo resultar em quedas e fraturas e, conseqüentemente, levar ao declínio funcional (PERRACINNI; RAMOS, 2002).

Ainda com relação à caracterização individual, as variáveis socioeconômicas (escolaridade, renda per capita e nível socioeconômico), também influenciam na incapacidade funcional. Haja vista estes fatores tenderem a retratar a situação financeira do indivíduo e, por conseguinte, a exposição de riscos do ambiente em que o mesmo está exposto. Por isso, acredita-se que quanto menor a renda e o nível socioeconômico, menor será a condição de saúde do idoso e maior a chance de ocorrência da incapacidade funcional (PEREIRA, et al., 2012). No mesmo nível, encontram-se as variáveis comportamentais (sedentarismo, tabagismo e abuso de álcool). Idosos com hábitos deletérios apresentam piores condições de saúde, visto que os mesmos geram redução na função fisiológica e, por isso, levam ao declínio funcional (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; PARAHYBA et al., 2005; TAVARES et al., 2007).

Em um nível mais proximal, a situação de saúde do indivíduo merece destaque, uma vez que pessoas idosas tendem a apresentar uma ou múltiplas doenças e agravos crônicos não transmissíveis. Além do mais, suas condições de saúde também podem se expressar por meio da avaliação subjetiva da saúde (auto percepção de saúde, sentimento com relação à vida, comparação de saúde com outra pessoa). Logo, idosos com pior percepção de saúde, costumam apresentar maior declínio funcional, em comparação a indivíduos sem esta característica (NASCIMENTO, et al., 2012).

No mesmo nível, encontra-se a utilização dos serviços de saúde. Sabe-se que os idosos acessam e utilizam com mais frequência esse tipo de serviço, exigindo ações de maior complexidade e alto custo, por exemplo, os idosos hospitalizam-se

com maior frequência e permanecem internados por um período maior de tempo quando comparados aos adultos jovens. Logo, a forma como se utiliza os serviços de saúde, são determinantes à saúde do indivíduo (FIALHO, et al., 2014).

Por fim, fortemente determinada pelas condições prévias de saúde dos indivíduos e demais características do contexto, da população e dos serviços, a incapacidade funcional aumenta a probabilidade de mortalidade nos indivíduos idosos. Assim, a presença de uma ou de múltiplas patologias ocasiona deficiências, que poderão gerar limitações e incapacidades funcionais. No entanto, é possível que haja uma ruptura dessa sequência, isto é, um indivíduo pode apresentar incapacidade funcional sem necessariamente ter uma deficiência (VERBRUGGE, JETTE, 1994; RAMOS; SIMÕES; ALBERT, 2001; COLERTON, et al., 2009).

De acordo com a Figura 2, pode-se melhor compreender os determinantes que influenciam no desempenho da realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária e, conseqüentemente, no surgimento da incapacidade funcional. Da mesma forma, o modelo permite expressar as articulações e interações entre os determinantes selecionados para investigar a incapacidade funcional em idosos.

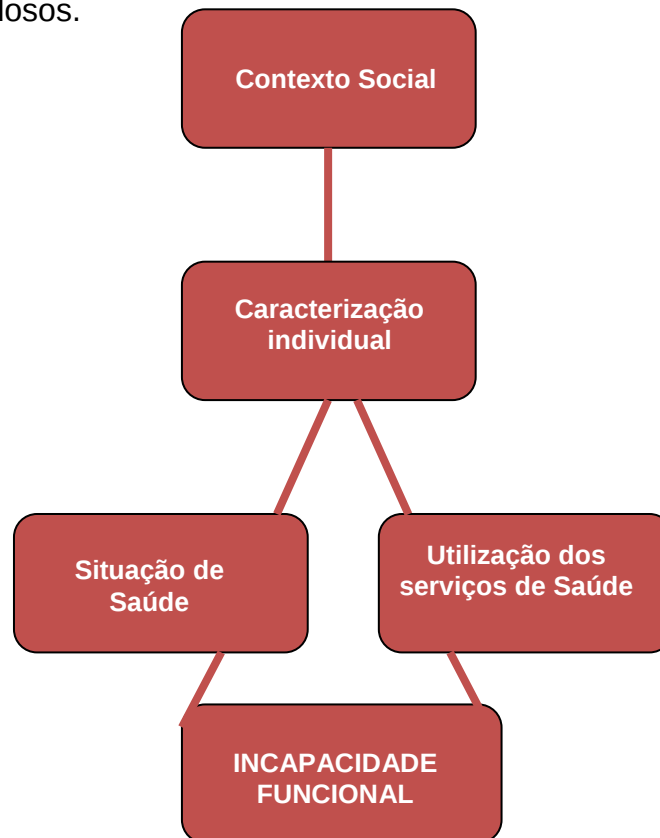


Figura 2 - Modelo Teórico da incapacidade funcional

7 Metodologia

7.1 Caracterização do estudo

Este estudo é um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Saúde do idoso: situação epidemiológica e utilização de serviços de saúde em Bagé, RS”, realizado em 2008, vinculado ao programa de doutorado do curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Caracteriza-se por um delineamento transversal de base populacional, em área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde.

7.2 Local do Estudo

O município de Bagé localiza-se a 195 km de Pelotas e está situado na zona sul do estado do Rio Grande do Sul, conforme o destaque da Figura 3. De acordo com estimativas do IBGE, em 2008, a cidade tinha aproximadamente 122.461 habitantes, sendo 14.792 (12%) pessoas com 60 anos ou mais que se dividiam entre a zona urbana e a zona rural. Todavia a população se concentrava, em sua maioria, no perímetro urbano, totalizando 82%. E a expectativa de vida era de 72,2 anos (DATASUS, 2006).



Figura 3 - Modelo Teórico da incapacidade funcional

7.3 População Alvo

Constituída por idosos de 60 anos ou mais, residentes na zona urbana e na abrangência dos serviços de atenção básica à saúde de Bagé, RS.

7.4 Critérios de Elegibilidade

7.4.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no inquérito, idosos com 60 anos ou mais, residentes em domicílios particulares na zona urbana do município.

7.4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos idosos que estavam viajando, privados de liberdade por decisão judicial ou residindo em Instituições de longa permanência no momento da entrevista.

7.5 Processo de Amostragem

A amostra foi selecionada com base nas 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que o município de Bagé possuía em 2008. Considerando que 15 unidades eram Estratégia de Saúde da Família (ESF) e que esta abrangia 53.871 indivíduos, sendo 6.464 pessoas com 60 anos ou mais e cinco Unidades Básicas Tradicionais as quais abrangiam 46.547 pessoas, destas 5.585 eram idosos. Os dados foram coletados respeitando a área de abrangência e suas respectivas micro áreas.

Para definição do ponto inicial da coleta de dados foi realizado um sorteio aleatório e empregado o pulo sistemático de uma a cada cinco residências, sempre se dirigindo à esquerda, com o intuito de garantir que todos os domicílios tivessem a

mesma probabilidade de compor a amostra. (THUMÉ et al., 2010).

Sendo assim, fizeram parte da amostra elegível, pessoas com 60 anos ou mais que residiam nas residências selecionadas, totalizando 1.713 idosos, porém 1.593 foram entrevistados, sendo 822 cobertos pela ESF e 741 pelas UBS Tradicionais.

7.6 Cálculo de tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi calculado para um estudo maior. Considerando 10% de perdas e recusas, e um efeito de delineamento de 1.3, o estudo teve 80% de poder para detectar riscos relativos, e 1.5 de exposições que afetavam, no mínimo, 4% da população (THUMÉ et al., 2010).

Para determinar a prevalência de incapacidade funcional será considerada a totalidade de idosos entrevistados, correspondente a 1.593 indivíduos.

7.7 Princípios Éticos

Os princípios éticos foram assegurados por meio da Resolução 196/96 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que orienta a respeito de pesquisas que envolvam seres humanos. O protocolo do estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel sob ofício nº 15/08 (Anexo A). Além disso, foi garantido aos participantes o direito da não aceitação, bem como a desistência em qualquer etapa da mesma, sendo mantido o anonimato absoluto. Aos idosos que aceitaram participar do estudo foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B), que foi assinado pelos participantes ou por um responsável. Ainda, a realização do estudo foi aprovada pela responsável do inquérito de idosos, Elaine Thumé (Anexo C).

7.8 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados via questionário estruturado composto de questões pré-codificadas. As perguntas estão relacionadas a variáveis demográficas (sexo, idade, cor da pele, situação conjugal e morar sozinho); socioeconômicas (escolaridade, renda per capita e nível socioeconômico); comportamentais (tabagismo, álcool e sedentarismo); percepção de saúde referida pelo idoso; utilização dos serviços de saúde (domiciliar, hospitalar e ambulatorial) e situação de saúde (condições agudas e crônicas). Além do mais, foram utilizados dois instrumentos que propõem avaliar a prevalência da incapacidade funcional, sendo eles: o Índice de Katz (1963) que avalia as atividades básicas da vida diária e a Escala de Lawton e Brody (1969) que avalia as atividades instrumentais da vida diária. Sendo que para cada domínio das perguntas foram ofertadas três opções de respostas: não recebe ajuda, recebe ajuda parcial ou recebe ajuda total. O questionário, na íntegra, encontra-se em anexo (Anexo D).

7.9 Variáveis

7.9.1 Variável dependente

A variável dependente será a incapacidade funcional. Para mensurá-la serão utilizadas as seguintes informações: AVD's: tomar banho, se vestir, alimentar-se, usar o vaso sanitário e fazer as transferências da cama para a cadeira. E das AIVD's: utilizar o telefone, ir a lugares distantes, fazer compras, preparar refeições, fazer tarefas domésticas, controlar o dinheiro, tomar medicamentos e lidar com objetos pequenos. Incapacidade funcional será definida pela necessidade de ajuda ou dependência total para, pelo menos, uma atividade básica da vida diária e para, pelo menos, uma atividade instrumental da vida diária (Figura 5). Diversos estudos utilizaram este mesmo desfecho favorecendo então a escolha deste (REYES-ORTIZ et al., 2006; ALVES et al., 2007; DEL DUCA et al., 2009).

A seguir, a Figura 4 apresenta as questões abordadas no instrumento, conforme a variável dependente do estudo.

Nº	Questões
	<u>AVD's:</u>
126	Quando o (a) Sr. (a) vai tomar seu banho: (2) Não recebe ajuda (entra e sai do banheiro sozinho). (1) Recebe ajuda no banho apenas para uma parte do corpo (costas ou pernas, por exemplo). (0) Recebe ajuda no banho em mais de uma parte do corpo.
127	Quando o (a) Sr. (a) vai se vestir: (2) Não recebe ajuda. (1) Pega as roupas e se veste sem ajuda (exceto para amarrar os sapatos). (0) Recebe ajuda para pegar as roupas ou para vestir-se (ou permanece parcial ou totalmente despido).
128	Quando o (a) Sr.(a) precisa usar o banheiro para suas necessidades: (2) Não recebe ajuda. (1) Recebe ajuda para ir ao banheiro. (0) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.
129	Para passar da cama para uma cadeira, o (a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda. (1) Recebe ajuda.. (0) Não sai da cama
130	Para se alimentar (para comer): (2) Alimenta-se sem ajuda. (1) Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. (0) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado por sonda.
	<u>AIVD's</u>
131	Para usar o telefone o (a) Sr.(a): (2) Não tem qualquer dificuldade. (1) Pode fazer com dificuldade. (0) Não consegue usar sozinho.
132	Para ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi, o (a) Sr.(a) : (2) Não recebe ajuda. (1) Recebe ajuda parcial. (0) Não consegue ir sozinho.
133	Para fazer suas compras, o (a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda.

	(1) Recebe ajuda parcial. (0) Não consegue fazer sozinho.
134	Para preparar suas próprias refeições, o (a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda. (1) Recebe ajuda parcial. (0) Não consegue preparar sozinho.
135	Para arrumar sua casa, o (a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda. (1) Recebe ajuda parcial. (0) Não consegue arrumar sozinho.
136	Para lidar com objetos pequenos como, por exemplo, uma chave, ou fazer pequenos reparos ou trabalhos manuais domésticos o (a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda. (1) Recebe ajuda parcial. (0) Não consegue fazer sozinho.
137	Para tomar seus remédios na dose e horários certos o (a) Sr.(a)? (2) Não recebe ajuda. (1) Recebe ajuda parcial. (0) Não consegue tomar sozinho.
138	Para cuidar do seu dinheiro o (a) Sr.(a)? (2) Não recebe ajuda. (1) Recebe ajuda parcial. (0) Não consegue cuidar sozinho.

Figura 4 - Caracterização da variável dependente (AVD's e AIVD's)

A figura 5, a seguir, apresenta as variáveis independentes.

7.9.2 Variáveis independentes

	Variáveis	Características	Tipo de Categorização
Demográficas	Sexo	Feminino/ Masculino	Categórica nominal
	Idade	Anos Completos	Numérica discreta
	Cor da Pele auto-referida	Branca, preta, parda, amarela ou indígena	Categórica nominal
	Situação Conjugal	Casado(a)/ com Companheiro(a), Solteiro(a)/sem companheiro(a), Divorciado(a)/separado (a) ou viúvo(a)	Categórica nominal
	Mora sozinho	Sim/Não	Categórica nominal
Socio.	Escolaridade	Anos completos de estudo	Numérica discreta
	Nível Socioeconômico	Nível A, B, C, D e E	Categórica ordinal
Comporta.	Tabagismo	Ex-fumante, fumante atual, nunca fumou	Categórica nominal
	Bebida alcoólica	Consumo nos últimos 30 dias	Categórica nominal
	Comportamento sedentário: Assistir TV	Sim/ Não Se sim > 3 horas	Categórica nominal
Percepção de saúde	Percepção de Saúde	Excelente, muito boa, boa, regular ou ruim	Categórica ordinal
	Sentimento com relação à vida	Satisfeito/Insatisfeito	Categórica nominal
	Comparando com outras pessoas de sua idade, sua saúde está	Melhor, igual, pior	Categórica ordinal
Morbidade	História de queda no último ano	Sim/Não	Categórica nominal
	História de fraturas no último ano	Sim/Não Local da Fratura	Categórica nominal
	Hipertensão	Sim/Não Há quanto tempo	Categórica nominal Numérica discreta
	Diabetes	Sim/Não Há quanto tempo	Categórica nominal Numérica discreta
	Diagnóstico médico de AVC	Sim/Não Há quanto tempo Sequela Sim/Não	Categórica nominal Numérica discreta Categórica Nominal
	Diagnóstico médico de problema cardíaco	Sim/Não Há quanto tempo	Categórica nominal Numérica discreta

	Diagnóstico médico de Reumatismo, Artrite ou Artrose	Sim/Não Há quanto tempo	Categórica nominal Numérica discreta
	Diagnóstico médico de neoplasia	Sim/Não Há quanto tempo	Categórica nominal Numérica discreta
	Déficit cognitivo	mini-mental até 22 sem deficit	Categórica nominal
Utilização dos serviços de saúde	Hospitalização nos últimos 12 meses	Sim/Não Se sim, quantas vezes	Categórica nominal Numérica discreta
	Utilização de Serviço de Urgência nos últimos 03 meses	Sim/Não Se sim, quantas vezes	Categórica nominal Numérica discreta
	Utilização de assistência domiciliar nos últimos 03 meses	Sim/Não Se sim, quantas vezes	Categórica nominal Numérica discreta
	Consulta médica nos últimos 03 meses	Sim/Não Se sim, quantas vezes	Categórica nominal Numérica discreta

Figura 5- Caracterização das variáveis independentes

7.10 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores

Realizou-se um processo seletivo para a contratação de entrevistadores, com divulgação em forma de cartazes, na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) e na Universidade da Região da Campanha (URCAMP) de Bagé. Além do mais, foi utilizada uma lista de entrevistadores que participaram de outros inquéritos e que possuíam boas referências.

A seleção foi feita através de uma entrevista, tendo como critério: ser maior de 18 anos, possuir ensino médio completo, mostrar motivação, comunicação e interesse. Após a seleção, os entrevistadores aprovados foram capacitados com um curso de 40h, abrangendo técnicas de entrevista, capacitação do instrumento e utilização do manual de instruções.

7.11 Logística

O inquérito populacional contou com a articulação entre a Secretária Municipal de Saúde (SMS), a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Inicialmente, realizou-se o contato telefônico com a SMS, visando obter informações e parcerias interinstitucionais na organização e nas capacitações para o trabalho de campo. Os dados foram coletados de julho a novembro de 2008, por entrevistadores selecionados e capacitados, e cada entrevistador realizou, aproximadamente, 4 entrevistas por dia.

7.12 Controle de qualidade

O controle de qualidade foi feito via re-entrevista com 10% dos entrevistados selecionados de forma aleatória, quando foram realizadas perguntas-chave com o objetivo de identificar prováveis erros e/ou respostas falsas. Além do mais, houve treinamento dos entrevistadores, pré-teste dos questionários, elaboração de um manual de instruções e supervisão contínua do trabalho de campo.

7.13 Análise dos Dados

A análise dos dados será feita por meio do programa estatístico Stata (*Stata Corporation, College Station*) - versão 12.1. Será empregada a estatística descritiva com o cálculo das prevalências e respectivos intervalos de confiança (IC95%). Na análise bruta serão empregados testes de qui-quadrado para heterogeneidade ou tendência linear. A análise ajustada será realizada com o objetivo de avaliar a associação da incapacidade funcional com as variáveis independentes (Figura 7), controlando para possíveis fatores de confusão. Para isso, será utilizada regressão de Poisson com ajuste robusto da variância para o cálculo de razão de prevalência e respectivos IC95%. Serão mensurados os valores p do teste de Wald de heterogeneidade e tendência linear. Associações com valor- $p < 0,05$ serão consideradas estatisticamente significativas.

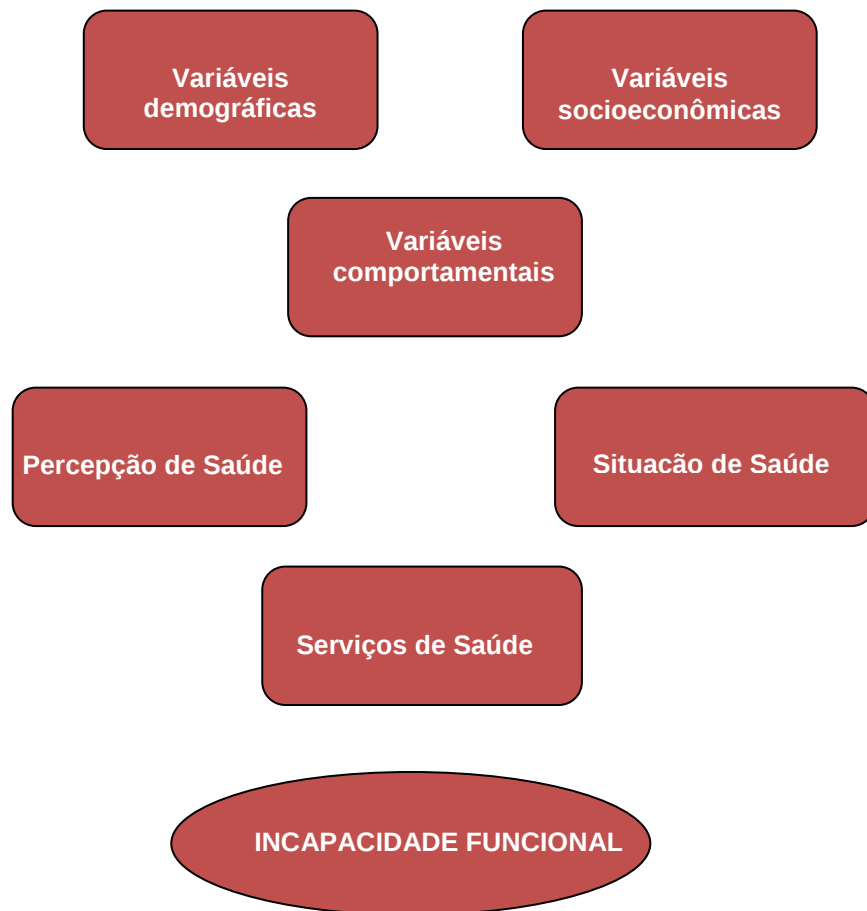


Figura 6 - Modelo de análise da incapacidade funcional

7.14 Divulgação dos resultados

A divulgação dos resultados se dará por meio da defesa de dissertação no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel, de publicações em periódicos científicos e de apresentações em eventos acadêmicos, além da entrega de um relatório com achados dos estudos aos gestores de Bagé.

8 Orçamento

No quadro a seguir (Figura 7), estão descritos as despesas materiais para o desenvolvimento da dissertação. Salientando que os gastos serão custeados pela mestranda.

Descrição	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Revisor de Português	01	250,00	250,00
Revisor de Inglês	01	50,00	50,00
Revisor e Espanhol	01	50,00	50,00
Papel Ofício A4 (500 folhas)	03 pacotes	15,00	45,00
Tonner para multifuncional	01 unidade	250,00	250,00
Encadernação Simples	10 volumes	5,00	50,00
Encadernação Brochura	06 volumes	50,00	300,00
Total			995,00*

* Os gastos serão custeados pela mestranda.

Figura 7- Despesas previsíveis para execução da dissertação

9 Cronograma

Etapas	2014											2015											2016							
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S		O	N	D	J	F	M	A	M	J	J
Definição do Tema																														
Revisão Bibliográfica																														
Construção do Projeto																														
Qualificação do Projeto																														
Análise dos dados																														
Escrita da Dissertação																														
Produção do artigo																														
Defesa do título																														
Submissão do artigo																														

Figura 8- Cronograma para desenvolvimento da dissertação

Referências

- ABDULRAHEEM, I. S.; OLADIPO, A. R.; AMODU, M. O. Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among elderly rural population in Nigeria. **Journal of aging research**, v. 2011, 2011.
- AIJANSEPPA, S. et al. Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: the HALE project. **J Epidemiol Community Health**, vol. 59, n. 5, p. 413-9, 2005.
- ALQUÉZAR, LÁZARO Angelina et al. Capacidad para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005. **Revista española de salud pública**, v. 81, n. 6, p. 625-636, 2007.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 23, n. 8, p.1924-30, Ago. 2007.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde colet.**, vol 13, n. 4, p. 1199-1207, 2008.
- ALVES, L. C. et al. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Pública**, vol. 44, n. 3, p. 468-478, Jun. 2010.
- ARAUJO, F. et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, vol. 25, n.2, p. 59-66, 2007.
- ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, vol 1, n.8, p. 15-24, 2005.
- ASSIS, V. G. et al. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista bras. geriatr. gerontol.**, vol. 17, n. 1, p. 153-163, Mar. 2014 .
- BARBOSA, B. R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 19, n. 8, p. 3317-3325, Agos. 2014.
- BEN-EZRA, M.; SHMOTKIN, D. Predictors of mortality in the old-old in Israel: the Cross-sectional and Longitudinal Aging Study. **J Am Geriatr Soc**, vol 54, n. 6, p. 906-11, Jun. 2006.
- BODY, C.M.; RICKS, M.; LINDA, JACK, M.; GURALNIK, M.D.; BANDEEN-ROCHE, K. Functional Decline and Recovery of Activities of Daily Living among Hospitalized, Disabled Older Women: The Women's Health and Aging Study I. **J Am Geriatr Soc**,

v. 57, n. 10, p.1757–1766, 2009.

BONARDI, G.; AZEVEDO, V. B.; MORAES, J. D. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. **Sci Med**, vol. 17, p.138-4, Jul. 2007.

BOOTSMA-VAN DER W. A., et al. Association between chronic diseases and disability inelderly subjects with low and high income: the Leiden 85-plus Study. **Eur J PublicHealth.**, vol.15, n.5, p.494-7, Jul. 2005.

BUURMAN BM, et al. Variability in measuring (instrumental) activities of daily living functioning and functional decline in hospitalized older medical patients: a systematic review.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. MS. Lei 10.741, 1º de outubro de 2003. Brasília: MS; 2003.

_____. BRASIL Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei nº 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, [Internet] 05 jan 1994 [acesso em 10 nov 2014]. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8841.htm>

_____. Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006: aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: MS; 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p.192.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? **In:** CAMARANO, A. A. (Org.) Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 25-76.

CAMARGOS, M. S.; PERPÉTUO, I. O.; MACHADO, C. J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, vol. 17, n. 5/6, p. 379-386, 2005.

CAMARGOS, M. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. Life expectancy among elderly Brazilians in 2003 according to different levels of functional disability. **Cad. Saúde Pública**, vol. 24, n. 4, p. 845-852, Abr. 2008.

CAPISTRANT, B. D.; GLYMOUR, M. M.; BERKMAN, L. F. Assessing mobility difficulties for cross-national comparisons: results from the World Health Organization Study on Global AGEing and Adult Health. **J Am Geriatr Soc.**, Vol. 62, n.2, p.329-35, Fev. 2014.

CHALISE, H.N, SAITO T, KAI L. Functional disability in activities of daily living and instrumental activities of daily living among Nepalese Newar elderly. 2008

- CARDOSO, A. F Capacidade e incapacidade funcional no envelhecimento. **Revista Digital Buenos Aires**, vol. 13, n. 128, Jan. 2009.
- COSTA, E. C.; NAKATANI, A. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul. Enferm.** vol. 19, n.1, p. 43-8, Jun. 2006.
- COLLERTON J, DAVIES K, JAGGER C, KINGSTON A, BOND J, ECCLES MP, et al. Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *BMJ*. 2009;339:b920-4. DOI:10.1136/bmj.b4904
- CREWS, D. E; Zavotka S. Aging, disability, and frailty: implications for universal design. **Journal of Physiological Anthropology**, vol. 25, n. 1, p. 113-8, Jan. 2006.
- DATASUS. **Indicadores e dados básicos do Brasil (IDB) – 2006**. <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>> Acesso em: 17 de maio de 2015.
- DEL DUCA, Giôvani Firpo. **Incapacidade funcional em idosos: estudo de base populacional em uma cidade do sul do Brasil**. (dissertação de mestrado) (Mestrado em Epidemiologia- UFPEL)
- DEL DUCA, G. F, et al. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 5, n.43, p.796-805, 2009.
- DESCHENES, M. R. Effects of aging on muscle fibre type and size. *Sports Medicine*, v. 34, n. 12, p. 809-824, 2004.
- ERVIN, B. R. et al. Prevalence of functional limitations among adults 60 years of age and over: United States. **Advance Data**, vol. 37, n. 5, Ago. 2006.
- FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.11, n.3, p. 669-681, Set. 2006.
- FERREIRA, S. C. et al. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enferm.** Vol. 24, n.1, p.29-35, Out. 2011.
- FIALHO, C. M. et al . Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, vol. 30, n. 3, p. 599-610, Mar. 2014.
- FIEDLER, PERES. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. 2008
- FREITAS, Roberta Souza et al . Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 6, p. 933-939, 2012 .

GASPAR, J.C, OLIVEIRA M.A, DUAYER, M. F. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. 2007.

GIACOMIN, K. C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Card. Saúde Pública**, vol. 24, n.6, p. 370-80, Jun 2008.

GILL, T. M. et al. Risk factors and precipitants of long-term disability in community mobility: a cohort study of older persons. **J Public Health**, vol. 156, n. 2, p. 131-40, Julh. 2012.

GUCCIONE, A. A. et al. The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham Study. **J Public Health**, vol. 84, n.3 , p.351-58, Mar. 1994.

GUREJE, O. et al. Functional disability in elderly Nigerians: Results from the Ibadan Study of Aging. **J Am Geriatr Soc.**, vol 54, n. 11, p. 178-9, 2006.

HAIRI, N. N. et al. Prevalence and correlates of physical disability dwelling older people in rural Malaysia, a middle income country. **Public Health**. Vol. 10, n.492, p. 71-9, Agos. 2010.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). In: _____ **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2011.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores** 2013. Rio de Janeiro: 2013. (IBGE)

KATZ, S.A. et al. Studies of Illness in the Aged. the Index of Adl: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. **JAMA**, p914-9, 1963.

Konjengbam S, Naorem B, Ak J, Ak B, E Vijaya D, Y Manihar S. Disability in ADL among the elderly in an urban area of Manipur. *Indian Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2007;18(2):41–43.

LAKS, J. et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly: importance of evaluating activities of daily living. **Arq Neuropsiquiatr.**, vol. 93, n. 2, p.207-12, 2005.

LAWTON, M.P, Brody. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, vol. 9, n.3, p.179-86, 1969.

LEBRAO, M. L; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, vol. 8, n. 2, p. 127-141, Jun. 2005.

LIMA-COSTA, M. F. et al . Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). **Cad. Saúde Pública**, vol. 4, n.6, p.100-07, Dez. 2012.

LIMA-COSTA, M.F; VERAS R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, vol 19, n.3, p.701-10, Ago. 2003.

LINO, V. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Caderno Saúde Pública*, vol. 24, n. 1, p. 103-12, Jan. 2008.

LOPES, Maria Carolina Barbosa Teixeira et al. Fatores associados ao comprometimento funcional de idosos internados no serviço de emergência. *Einstein (São Paulo)* [online]. 2015, vol.13, n.2 [cited 2015-09-30], pp. 209-214.

MACIEL, A. C; GUERRA ,R.O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** vol 10 n. 2, p.178-189, 2007.

MARALDI, C. et al. Moderate alcohol intake and risk of functional decline: the Health, Aging, and Body Composition study. **Journal Am Geriatr Soc.**, vol. 57, n. 10, p. 1767-75, Out. 2009.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. R.; BARROS NETO, T. L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Bras. Ciên. e Mov**, vol. 4, n.8, p. 21-32, Set. 2000.

MILLÁN, Calenti. et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Arch Gerontol Geriatr.** Vol. 50, n.3, p. 306-10, Junh. 2010.

NASCIMENTO, C. M, et al. Factors associated with functional ability in Brazilian elderly. **Arch Gerontol Geriatr.** Vol 54, n. 2, p. 89-94, Set. 2012.

NAGI, S. Z. An epidemiology of disability among adults in the United States. **Milbank Mem Fun**, vol 4, n. 54, p. 467-9, 1976.

NASCIMENTO, C. M. et al. Factors associated with functional ability in Brazilian elderly. **Arch Gerontol Geriatr.**, vol. 54, n. 2, p.89-94, 2012.

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. Apud: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004.

NUNES, M. C. et al . Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais .**Rev. bras. fisioter.**, Vol. 13, n. 5, p. 376-382, Out. 2009.

NUNES, D.P et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciênc. saúde colet.**, vol.15, n.6, p.2887-898, 2010.

NUNES, Gustavo Pereira. **Frequência de incapacidade funcional em idosos residentes nos Distritos Sanitários da Restinga e do Extremo-Sul da cidade de Porto Alegre-RS e sua relação com fatores socioeconômicos e demográficos.** Mestrado (Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **International classification of impairment, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating the consequences of disease.** Geneva: World Health Organization, 1980.

_____. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002 .(OMS).**

Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3ª ed. Washington 2003.

_____.OMS. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** São Paulo, 2003.

ORTIZ, R. F.A incapacidade em idosos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): uma aplicação da regressão logística em situação de evento pouco freqüente. **Revista da Estatística UFOP**, vol 3, n. 3, p. 16-20, 2014.

PAIXÃO JR, Carlos Montes; REICHENHEIM, Michael E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso A review of functional status evaluation instruments in the elderly. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 7-19, 2005.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista Saúde Pública**, vol.39, n.3, p.383-90, 2005.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. 2006.

PASCHOAL Sérgio Pacheco. **Qualidade de Vida do Idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico.** Doutorado (Medicina Preventiva). Universidade de Medicina de São Paulo, São Paulo, 2004.

PEREIRA, G. N., et al. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. **Caderno Saúde Pública**, vol.28, n.11, p.2035-2042, Nov. 2012.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 709-16, dez. 2002.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 11, n. 3, p. 657-667, Set. 2006.

PROVENCHER, V. et al. 2015. Decline in Activities of Daily Living After a Visit to a Canadian Emergency Department for Minor Injuries in Independent Older Adults: Are

Frail Older Adults with Cognitive Impairment at Greater Risk? **J Am Geriatr Soc.** Vol. 63, n.5, p. 860-8, Mai. 2015.

RAMOS LR, SIMOES EJ, ALBERT MS. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2-year follow-up. **J Am Geriatr Soc.** 2001; 49(9):1168-75.

REYES-ORTIZ, C. A, et al. Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. **Arch Gerontol Geriatr.** Vol. 42, n. 1, p. 21-33, Jan. 2006.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Caderno Saúde Pública**, vol. 11, n.2, 72-6, 2004.

RODRIGUES, M. P. et al . Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Revista Saúde Pública**, vol. 43, n. 4, p. 604-612, Ago. 2009.

SANTOS, G.; CUNHA, I. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica em saúde. **Revista. Enferm. Cent. O. Min**, vol. 3, n.3, p. 820-28, Dez. 2013.

SANTO, R. L.; VIRTUOSO, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, vol. 21, n. 4, p. 290-6, 2008.

SCHINEIDER, R. H; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R. R. Avaliação funcional de idosos. **Scientia Medica**, vol. 17, n. 1, p.4-9, Mar. 2008.

SILVA, L R. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **Caderno Saúde Pública**, ano 1, n. 15, p. 155-68, Mar. 2008.

SIQUEIRA, F. V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil 2008. **Caderno Saúde Pública**, vol 24, n. 1, p. 39-54, Jan. 2008.

SOUSA, S. S. et al. Estudo dos fatores sociodemográficos associados à dependência funcional em idosos. **Rev Enferm UFPI**, vol. 2, n. 1, p. 44-48, Mar 2013.

TAVARES, D. M, et al. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. **Texto contexto - Enferm.**, vol. 16, n. 1, p. 32-9, Jan. 2007.

THUMÉ, E. et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, vol 44, n. 6, abr. 2010.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Caderno Saúde Pública**, vol.43, n.3, p.548-554, 2009.

VERBRUGGE, L. M; JETTE A. M. The disablement process. **Soc Sci Med**, vol. 1 n. 38, p.1-14, 1994.

WELMER, A. K. et al. Association of Cardiovascular Burden with Mobility Limitation among Elderly People: A Population-Based Study. **Journal Pone**. Vol.8, n. 5, p. 137-42, Mai. 2013.

WILLIG, M. H. A trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil: breve análise **Cogitare Enferm**. Vol. 17, n.3, p.574-7, Jul. 2012.

YEOM, H. A. et al. Factors affecting mobility in community-dwelling older Koreans with chronic illnesses. **Korean Society of Nursing Science**, vol. 9, n. 1, p. 07-13, Mar. 2015.

Apêndice

Apêndice A- Resumo dos estudos encontrados para revisão de literatura

Autor e ano	Local	Amostra (n) e faixa etária	Definição das variáveis	Domínio avaliado e instrumentos	Achados do estudo
Laks et al., 2005	Santo Antonio de Pádua, RJ	870 idosos com 60 anos ou mais	Comprometimento cognitivo/funcional: Considerado a partir de 5 pontos no Escore do Questionário de atividades funcionais (PFAQ)	AVD's Comprometimento cognitivo/funcional, PFAQ	Prevalência de comprometimento cognitivo/funcional foi de 19,2%, sendo associada ao sexo feminino e idade avançada
Lebrão M.L, Laurenti R, 2005	São Paulo, SP	2.143 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como incapacidade de realizar de forma independente pelo menos uma AVD e ou uma AIVD	AVD's e AIVD's, Escala de Lawton e Brody	Prevalência de IF para AVD foi de 19,2% e 26,5% para AIVD, associando-se ao sexo feminino e idade avançada
Parayba et al., 2005,	Domicílios brasileiros	16.186 idosas com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: Severa: dificuldade nas AVD's e AIVD's, Moderada: dificuldade de caminhar mais de 100m, Leve: Dificuldade de caminhar mais de 1km.	AVD's e AIVD's, desenvolvida pelos pesquisadores	Prevalência de IF severa (dificuldade de realizar AVD's e AIVD's) no Sul foi de 14,7%, aumentando com a idade e associando-se a baixa escolaridade e renda
Costa et al., 2006	Goiânia, GO	95 idosos com 60 anos ou mais	Capacidade funcional: definida como independência para realizar AVD's e AIVD's	AVD's e AIVD's, Índice de Barthel e Escala de Lawton e Brody	Prevalência de incapacidade funcional: 42,2% dos idosos não conseguiram realizar de forma independente pelo menos uma AVD e 72,6% pelo menos uma AIVD
Alves et al., 2007	São Paulo, SP	1.769 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como necessidade de ajuda para realizar pelo menos uma AVD ou uma AIVD	AVD's e AIVD's, Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody	A presença de hipertensão arterial aumenta em 39% a chance de o idoso ser dependente nas AVD's e nas AIVD's.
Maciel, A.C,	Santa Cruz,	310 idosos com	Incapacidade funcional para	AVD's e AIVD's, Índice de	Prevalência de dependência nas

Guerra, R.O; 2007	RN	60 anos ou mais	AVD's: definida com escore acima de 7 pontos, obtida através da soma dos valores, em que: 0= independência; 1= dependência parcial; 2= dependência total; para as AIVD's acima de 1 ponto	Katz e Escala de Lawton e Brody	AVD's foi de 13,2% e nas AIVD's foi de 52,6%, associada à idade, má percepção de saúde e baixa escolaridade
Tavares et al.,2007	Uberaba, MG	2.924 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como incapacidade de realizar de forma independente pelo menos uma AVD e AIVD	AVD's e AIVD's, Older Americans Resources and Services (OARS)	Prevalência de IF para AVD's e AIVD's foi de: 29,83%, associando-se ao sexo feminino e a idade
Fiedler,M.M, Peres, K.G; 2008	Joaçaba, SC	370 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade Funcional: dificuldade em realizar 6 ou mais atividades propostas	AVD's e AIVD's: Escala de auto-avaliação proposta por Rikli & Jones	Prevalência de IF entre os idosos foi de: 37,1%, associando-se ao sexo feminino, idade avançada e baixa situação econômica.
Giacomin et al., 2008	Belo Horizonte, MG	1.786 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como incapacidade de realizar de forma independente pelo menos uma AVD	AVD's, Índice de Katz	Prevalência de IF nas AVD's foi de 16%, associando-se a doenças crônicas, idade avançada e má percepção de saúde
Del Duca et al., 2009	Pelotas, RS	598 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como incapacidade de realizar de forma independente pelo menos uma AVD e ou uma AIVD	AVD's e AIVD's, Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody	Prevalência de IF para AVD's foi 26,8% e para AIVD's foi de 28,8%, associando-se a maior idade
Nunes, et al., 2009	Ubá, MG	397 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como escore de pontuação de 0 a 64, obtida da pontuação da escala de Andreotti e Okuma	AVD's, escala de autopercepção por Andreotti e Okuma	Prevalência de idosos que relataram dependência para pelo menos uma AVD foi de 20,2%, associando-se a má percepção de saúde, baixa renda, escolaridade e quedas
Alves et al., 2010	Domicílios brasileiros	33.515 idosos com 60 anos de idade	Incapacidade funcional: definida como dificuldade para subir ladeira ou escada	AVD's, subir ladeira e escada	21% dos idosos não conseguiram subir ladeira ou escada, associando-se ao sexo feminino, escolaridade e renda
Nunes,et al., 2010	Goiânia, GO	388 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade Funcional: definida como dependência total para pelo menos uma	AVD's e AIVD's, Índice de Barthel e Escala de Lawton e Brody	Prevalência de dependência para as AVD's foi de 34,8% e para AIVD foi de 45,7%, associando-se

			AVD e AIVD		ao sexo feminino, idade, doenças crônicas e déficit cognitivo
Ferreira et al., 2011	Uberaba, MG	2.898 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como dependência total para AVD (1 a 6 atividades)	AVD's, Older Americans Resources and Services (OARS)	A prevalência de IF para realizar de forma independente pelo menos uma AVD foi de 13,64%, associando-se ao déficit cognitivo
Freitas, R.S, et al., 2012	Coutinho, BA	355 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como auxílio para realizar pelo menos uma AVD e AIVD	AVD's, AIVD's: Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody	A prevalência de IF para ambas as atividades foi de 57,6%
Nascimento et al., 2012	Viçosa, MG	621 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade Funcional: definida como dificuldade em realizar pelo menos três AVD e AIVD	AVD's, AIVD's, Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody	Prevalência de IF foi de 16,2%, associando-se a inatividade física, hospitalização e má percepção de saúde
Pereira, et al., 2012	Porto Alegre, RS	631 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade Funcional: definida como dificuldade em realizar pelo menos uma AVD e uma AIVD	AVD's, AIVD's, Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody	Prevalência de IF para AVD foi de 15,5% e para AIVD foi de 26,1%, associando se ao sexo feminino, situação conjugal idade e escolaridade
Santos, G.S, Cunha, I.C; 2013	São Paulo, SP	340 idosos com 60 anos ou mais	Capacidade funcional: definida através de independência para realizar pelo menos uma AIVD	AIVD's, Escala de Lawton e Brody	Prevalência de idosos que não conseguem realizar de forma independente pelo menos uma AIVD foi de 29,4%, associando-se ao sexo feminino, arranjo familiar e hospitalização no último ano.
Sousa, et al., 2013	Picos, PI	100 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como dificuldade em realizar AVD e AIVD	AVD's e AIVD's, Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody	Prevalência de idosos com dificuldade em desempenhar AVD foi de 12,3% e AIVD foi de 17,3%, associando-se a idade e sexo feminino
Assis et al., 2014	Montes Claros, MG	516 idosos com 60 anos ou mais	Capacidade funcional: definida como independência para realizar as AVD's, caminhar e levantar peso de 5 kg e 13 kg	Independência funcional: escala de desempenho físico	33,9% dos idosos apresentaram capacidade funcional inadequada, associando-se ao sexo feminino, idade e escolaridade
Barbosa, B.C, et al, 2014	Montes Claros, MG	286 idosos com 60 anos ou mais	Capacidade Funcional: definida como independência total para realizar pelo menos 3 AVD ou AIVD	AVD's e AIVD's, Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody	12,2% dos idosos eram dependentes na realização das AVD's e AIVD's e 25,9% apenas nas AIVD's, associando-se a

					idade, sem companheiro, AVC, diabetes e doenças cardíacas
Fialho, C.B, et al., 2014, Brasil	Belo Horizonte, MG	1.624 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como dificuldade em desempenhar uma AVD e ou AIVD	AVD's e AIVD's, Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody	16,2% dos idosos não conseguiram realizar pelo menos uma AVD e 19,6% uma AIVD, associando-se a utilização de serviços de saúde
Ortiz, R.J., 2014	Domicílios brasileiros	1.328 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade Funcional: definida como escore 1: tem dificuldade	AVD's, Índice de Katz modificado	Prevalência de IF foi de 18%, associando-se ao sexo feminino, idade avançada, má percepção de saúde e doenças crônicas
Lopes MC, et al., 2015	São Paulo, SP	200 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade Funcional: definida como escore até 5 para AVD e até 3 para AIVD	AVD's, AIVD's: Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody	Prevalência de dependência parcial para AVD foi de 11% e para AIVD parcial foi de 77%, associando-se a viuvez, sexo feminino e idade.

Figura 9 - Estudos nacionais sobre incapacidade funcional e fatores associados

Autor e ano	País	Amostra (n) e faixa etária	Definição das variáveis	Domínio avaliado e instrumentos	Achados do estudo
Äijänseppä, S. et al., 2005	10 países Europeus	3.496 idosos com 65 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como auxílio para desempenhar uma ou mais AVD e AIVD	AVD's e AIVD's, através de um questionário padronizado pela Organização Mundial da Saúde.	Prevalência de IF no início do estudo foi de 12,7% nos homens e 14,7% nas mulheres com 70 anos ou mais.
Bootsma-van, D. et al., 2005	Holanda	599 idosos com 85 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como incapacidade de realizar de forma independente pelo menos uma AVD	AVD's, Groningen Activity Restriction Scale (GARS)	Prevalência de IF foi de 17%, sendo associada à baixa renda e doenças crônicas
Ben-Ezra, M. et al., 2006	Israel	1.369 idosos com idade de 75 anos ou mais	Incapacidade funcional: dependência para realizar pelo menos uma AVD	AVD's, Índice de Katz	Prevalência de IF foi de 30,4%
Ervin, B., et al., 2006	Estados Unidos	4.976 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como incapacidade de realizar de forma independente pelo menos uma AVD e ou uma AIVD	AVD's e AIVD's, instrumento oriundo do NHANES	29% dos idosos relataram dificuldade para realizar pelo menos uma atividade diária, associando-se ao sexo feminino
Gureje, O., et al., 2006	Nigéria	2.152 idosos com 65 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como incapacidade de realizar de forma independente pelo menos uma AVD e ou uma AIVD	AVD's e AIVD's, Índice de Katz para as AVD's e Escala de Nagi para as AIVD's	Prevalência de IF para AVD foi de 3% e de AIVD foi de 9,1%, associando-se ao sexo feminino, idade avançada e morar sem companheiro
Reyes-Ortiz, C., et al., 2006	7 países da América Latina e do Caribe (Argentina,	3.225 idosos com 75 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como incapacidade de realizar de forma independente pelo menos uma AVD e uma	AVD's e AIVD's, Índice de Katz para AVD's e instrumento proposto por Fillenbaum (1985) para as AIVD's	Maior prevalência de IF para as AVD's foi no Chile: 34,7%. E para as AIVD's foi no Brasil: 33,8%.

	Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai)		AIVD		
Alquézar, A., et al., 2007	Espanha	380 idosos com 65 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como independente, dependente leve ou total para realização de AVD de acordo com escore	AVD's, Older Americans Resources and Services (OARS)	Prevalência de algum grau de dependência para os homens foi de 27,2% e para as mulheres 43,2%.
KonjengbamS, et al., 2007	Índia	326 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como incapacidade de realizar uma ou mais AVD	AVD's, Índice de Katz	Prevalência de incapacidade funcional foi de 12,2%, associando-se a idade avançada, viver sem conjugue, má percepção e baixa escolaridade
Chalise, H.N, et al., 2008	Nepal	195 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como: incapaz de fazer, necessidade de alguma ajuda e sem ajuda para AVD e AIVD	AVD's e AIVD's, Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody	Prevalência de dependência em pelo menos uma AVD foi de 29,2% e 36,8% para AIVD
Boyd, C.M. et al., 2009	Estados Unidos	457 idosas com 65 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como dificuldade em realizar pelo menos uma AVD	AVD's Índice de Katz modificado pelos pesquisadores	Prevalência de incapacidade funcional pós- hospitalização entre as idosas foi de 33%
Hairi, N., et al., 2010	Malásia	765 idosos com 60 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida como escore inferior a 12 pontos da escala Tinetti Oriented Mobility Assessment Tool	AVD's e AIVD's, Índice de Barthel e Escala Tinetti Oriented Mobility Assessment Tool	Prevalência de IF foi de 19,5%, associada a doenças crônicas e idade avançada
Millán-Calenti et al., 2010	Espanha	598 idosos com 65 anos ou mais	Incapacidade funcional: definida com um escore até 6 pontos = autonomia total	AVD's e AIVD's, Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody	34,6% dos idosos demonstraram dependência para AVD's e 36,5% para AIVD's, associando-se a idade avançada, sexo feminino, utilização de serviços de saúde e morbidade
Abdulraheem, E., et al, 2011	Nigéria	1.824 idosos com 60 anos ou mais	Limitação da mobilidade: definida com escore: 0: incapacidade e 1:	AVD'S, mobilidade Índice de Barthel e Tinetti ferramenta para o desempenho de	Prevalência de limitação funcional foi de 22,5%, associando-se ao sexo feminino.

			capacidade de realizar as AVD's	avaliação da mobilidade (TPOMAT)	
Gill, T., et al., 2012	Estados Unidos	641 idosos com 70 anos ou mais	Mobilidade comunitária: dificuldade em dirigir e caminhar um quarto de milha	AVD's, Short Physical Performance Battery (SPPB)	56% dos idosos tiveram dificuldade de caminhar e 53,1% de dirigir, associando-se a idade mais avançada
Welmer, A., et al., 2013	Suécia	2.725 idosos com 60 anos ou mais	Limitação da mobilidade: definida como velocidade da marcha inferior a 0,8 m/s	Velocidade da marcha, feita pelos pesquisadores	Prevalência de limitação da mobilidade foi de 21,3%, associando-se a doenças cardiovasculares e tabagismo
Capistrant,B, et al., 2014	6 países (China, Índia, Rússia, África do Sul, Gana e México)	12.215 idosos com 65 anos ou mais	Limitação da mobilidade: definida como dificuldade em caminhar 4 metros	Caminhar 4 metros cronometrados em ritmo normal	42% dos idosos relataram alguma dificuldade de caminhar
Yeom, H et al., 2015	Coréia	386 idosos com 60 anos ou mais	Limitação da mobilidade: incapacidade de realizar a caminhada de 6 minutos	Caminhada de 6 minutos	18% dos idosos não conseguiram completar a caminhada
Provencher, V et al., 2015	Canadá	1.114 idosos com 65 anos ou mais	Declínio funcional nas AVD's: definido como frágeis (≥ 4 , vulnerável)	AVD's, Escala Aging Clinical Frailty	25,3% dos idosos apresentaram declínio funcional nas AVD's, associando-se ao estado cognitivo.

Figura 10 - Estudos internacionais sobre incapacidade funcional e fatores associados.

Anexos

Anexo A – Autorização do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 015/08

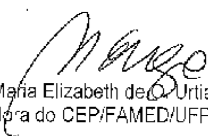
Pelotas, 26 de agosto de 2008.

Ilmo.Sr.
Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Projeto: **"Assistência Domiciliar a Idosos: Determinantes da Necessidade e o Desempenho dos Serviços de Atenção Básica"**.

Prezado Pesquisador;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, em reunião de 22 de agosto de 2008, quanto às questões éticas e metodológicas, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do CNS.


Profª. Maria Elizabeth de O. Urriaga
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



Anexo B– Termo de consentimento livre e esclarecido

**Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Pelotas, RS.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Bagé, julho de 2008.

Prezado Sr (a),

Nós, da Universidade Federal de Pelotas, estamos realizando uma pesquisa para avaliar a assistência domiciliar prestada aos idosos pelos serviços de atenção básica à saúde. Todas as informações serão coletadas através de um questionário e terão caráter sigiloso e voluntário, sem risco para a saúde e sem administração de qualquer substância, medicamento ou exames laboratoriais. Sua participação é muito importante para podermos conhecer a situação de saúde da população com mais de 60 anos de Bagé. Gostaríamos de convidar o(a) Sr.(a) para participar do estudo e caso concorde solicitamos a gentileza de assinar o Termo de autorização abaixo,.

Em caso de esclarecimentos ou dúvidas, estaremos à sua disposição através do telefone 9981-0702 com Elaine Thumé.

Atenciosamente,

Elaine Thumé

Coordenadora da pesquisa

Rua Marechal Deodoro, Nº 1160 - 3º piso - CEP 96020-220-

Pelotas/RS Fone/Fax: (053)32841300

Anexo C- Autorização para utilização do banco de dados

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Eu, Elaine Thumé, autorizo **Juliana Damasceno Nunes**, aluna da Pós-Graduação do Programa de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), utilizar o banco de dados da Pesquisa: **“Saúde do idoso: situação epidemiológica e utilização dos serviços de saúde em Bagé, RS”**. (COCEPE: 4.06.00.036) para o desenvolvimento de sua dissertação.

Pelotas, 03 de Julho de 2015.

Elaine Thumé
Coordenadora da Pesquisa

Anexo D- Instrumento aplicado aos idosos

Universidade Federal de Pelotas Departamento de Medicina Social Centro de Pesquisas Epidemiológicas QUESTIONÁRIO - IDOSOS DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE		NÃO ESCREVER NESTA COLUNA
IDENTIFICAÇÃO		
Número do(a) entrevistador (a): _____	NUENT _____	
Unidade Básica de Saúde: _____	UBS _____	
Número da micro-área: _____	MICRO _____	
Número da quadra: _____	QUADRA _____	
Número do domicílio: _____	DOM _____	
Número da Pessoa no domicílio: _____	NPED _____	
Data da entrevista: ____/____/2008		
Horário de início da entrevista: ____:____hs		
Endereço? _____		
Telefone para contato: (____) _____		
ATENÇÃO ENTREVISTADOR: NÃO PERGUNTAR, APENAS OBSERVAR		
1. Cor da pele ou raça do entrevistado: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	CORPEL ____	
2. Sexo do entrevistado: (0) Masculino (1) Feminino	SEXO ____	
INICIAR ENTREVISTA: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO		
3. Qual é o seu nome?		
4. Qual é a sua idade? _____ (anos completos)	IDADE _____	
5. Qual é sua data de nascimento? ____/____/____	DN _____	
PERGUNTAR AO ENTREVISTADO		
6. Qual é o seu peso atual? _____, _____ kg (888,8) NSA (999,9) IGN	PEK _____, _____	
7. Qual é a sua altura? _____ cm (888) NSA (999) IGN	ALTC _____	
8. Qual a cor da sua pele ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9) IGN	CORAUT ____	
9. Na sua opinião, qual a cor da minha pele ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9) IGN	CORENT ____	
10. O(a) Sr.(a) freqüentou a escola? (1) Não - PULE PARA QUESTÃO 12 (2) Sim (9) IGN	FREQESC ____	
11. Até que série o(a) Sr.(a) estudou? Série: _____ GRAU: _____ (Codificar após encerrar o questionário) Anos completos de estudo: _____ anos (88) NSA (9) IGN	SERESTA _____	
12. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (2) Só assina (9) IGN	LERESC ____	
13. O(a) Sr.(a) trabalhou, sendo pago(a), no último mês? (0) Não (1) Sim (9) IGN	TRABULTM ____	
14. O(A) Sr.(a) é aposentado(a)? (1) Não - PULE PARA QUESTÃO 16 (2) Sim (9) IGN	APOS ____	

15. Com qual idade o(a) Sr.(a) se aposentou? _____ Anos 88) NSA (99) IGN	IDAPOS _____
16. Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casado(a) ou mora com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) - PULE PARA QUESTÃO 18 (3) Separado(a) - - PULE PARA QUESTÃO 18 (4) Viúvo(a) - - PULE PARA QUESTÃO 18	SITCONJ ____
17. Qual a idade de seu (sua) esposo(a)/ companheiro(a)? _____ (anos completos) (888) NSA (999) IGN	IDESPA _____
18. O(A) Sr. (a) tem ou teve filhos (inclui filhos adotivos)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 20 (1) Sim (99) IGN	FILHO ____
19. Se SIM, quantos? _____ (número de filhos homens) _____ (número de filhas mulheres) (88) NSA (99) IGN	FILQTH ____ FILQTM ____
20. A casa em que o Sr(a) mora é: (1) Própria (2) Alugada (3) De um parente ou de amigo. Qual? 9) IGN	CASAPR ____ CASAPRQ ____
21. O(A) Sr. (a) mora sozinho(a)? (0) Não (1) Sim - PULE PARA QUESTÃO 24	MORSOZ ____
22. Além do Sr. (a), quantas pessoas moram nesta casa? _____ Pessoas (88) NSA	QTSMOR _____
23. Qual a relação de parentesco destas pessoas com o Sr. (a)? Esposo(a) / companheiro(a) (0) Não (1) Sim (8) NSA Pai (0) Não (1) Sim (8) NSA Mãe (0) Não (1) Sim (8) NSA Neto(a)s (0) Não (1) Sim (8) NSA Sogro / Sogra (0) Não (1) Sim (8) NSA Filho(s) / filha(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Irmão(s) / irmã(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Outros familiares (0) Não (1) Sim (8) NSA Empregado(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Outros: _____	ESPMO ____ PAIMO ____ MAEMO ____ NETOMO ____ SOGMO ____ FILHOMO ____ IRMOR ____ OUTMO ____ EMPMO ____ OUMO ____
24. O(A) Sr. (a) costuma ficar sozinho durante o dia (dia e noite)? (1) Nunca ou raramente (2) Sim, cerca de uma hora (3) Sim, longos períodos de tempo - ex: toda manhã, toda tarde (4) Sim, somente durante o dia (5) Sim, somente durante a noite (6) Sim, fica todo tempo sozinho (9) IGN	FICARSOZ ____
25. O(A) Sr. (a) usa algum destes equipamentos ou acessórios no seu dia-a-dia? Bengala (0) Não (1) Sim Andador (0) Não (1) Sim Cadeira de rodas (0) Não (1) Sim Aparelho auditivo (no ouvido) (0) Não (1) Sim Dentadura na parte superior (0) Não (1) Sim Dentadura na parte inferior (0) Não (1) Sim Prótese de fêmur (0) Não (1) Sim Colchão de espuma com pontinhas (piramidal) (0) Não (1) Sim Almofada de ar para cadeira ou cama (0) Não (1) Sim Outro(s): _____	USABENG ____ USAAND ____ USACADR ____ USAAPARAUD ____ USADENTSUP ____ USADENTINF ____ USAPROTFEM ____ USACOP ____ USAALM ____ USAOUT ____

26. Como o(a) Sr.(a) considera sua saúde? MOSTRAR AS CARINHAS! (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (9) IGN	ISAUD ____
27. Em comparação com <OS ÚLTIMOS 5 ANOS>, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde hoje é: (1) Melhor (2) Mesma coisa (3) Pior (9) IGN	ISAUDH ____
28. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (9) IGN	ISAUOUT ____
29. Como o(a) Sr.(a) se sente em relação à sua vida em geral? (1) Insatisfeito (2) Satisfeito - pule para pergunta 31 (9) IGN	ISENT ____
30. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida? (Anotar até 3 motivos). (1) Problema econômico (de dívidas, pouco dinheiro); (2) Problema de saúde; (3) Problema de moradia; (4) Problema de transporte (não tem como sair de casa); (5) Conflito nos relacionamentos pessoais; (6) Falta de atividade (7) Outro problema _____ (8) NSA (9) IGN	IMDIMP1 IMDIMP2 IMDIMP3
31. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr.(a) consultou com algum(a) médico(a), em serviço de urgência (SAMU, Pronto Socorro)? (1) Não (2) Sim, quantas _____ vezes (99) IGN	CONM3 ____
32. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr.(a) consultou com algum(a) médico(a) em serviços que não foram de urgência? (1) Não - PULE PARA QUESTÃO 34 (2) Sim, quantas _____ vezes (99) IGN	CONMA ____ CONNUVEZ ____
33. SE SIM, a última vez que o(a) Sr.(a) consultou foi no? (1) Posto de saúde (2) Médico particular (3) Médico conveniado (4) Outro _____ (88) NSA (99) IGN	LOCONUV ____
34. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta? (1) Não - PULE PARA QUESTÃO 36 (2) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	HASREF ____ HASTEMA ____ HASTEMM ____
35. O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	HREMED ____
36. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue? (1) Não - PULE PARA QUESTÃO 38 (2) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	DIAREF ____ DIATEMA ____ DIATEMM ____
37. O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para diabetes? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	DIAREMED ____
38. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPO asma)? (1) Não - PULE PARA QUESTÃO 40 (2) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	PULREF ____ ULTEMA ____ PULTEMM ____
39. O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para o problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPOC, asma)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	PULREMD ____

40. Neste ano (2008) o(a) Sr.(a) fez a vacina contra a gripe? (1) Não. Por que não? _____ (2) Sim. Onde? _____ (9) IGN	VACGRIPE _____ VACNÃOPOQ _____ VACONDE _____
41. <NOS ÚLTIMOS 10 ANOS> o(a) Sr.(a) fez a vacina contra o tétano? (0) Não (1) Sim (9) IGN	VACTET _____
42. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem problema no coração? (1) Não - PULE PARA QUESTÃO 44 (2) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	CORREF _____ CORTEMA _____ CORTEMM _____
43. O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para o problema no coração? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	CORREMED _____
44. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) teve derrame ou AVC? (1) Não (2) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	DERREF _____ ERTEMA _____ DERTEMM _____
45. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem doença na coluna? (1) Não (2) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	COLREF _____ COLTEMA _____ COLTEMM _____
46. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem reumatismo, artrite ou artrose? (1) Não (2) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	RAAREF _____ RAATEMA _____ RAATEMM _____
47. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem problema nos rins? (1) Não (2) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	RIAREF _____ RITEMA _____ RITEMM _____
48. O(A) Sr.(a) está fazendo hemodiálise? (1) Não (2) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	HEMOD _____ HEMTEMA _____ HEMTEMM _____
49. Alguma vez algum médico lhe disse que o(a) Sr.(a) estava com câncer? (1) Não - PULE PARA QUESTÃO 52 (2) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (88) NSA (99) IGN Em que lugar do corpo: _____ (88) NSA (99) IGN Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (88) NSA (99) IGN Em que lugar do corpo: _____ (88) NSA (99) IGN	CAREF _____ CATEMA1 _____ CATEM1 _____ CALUG1 _____ CATEMA2 _____ CATEM2 _____ CALUG2 _____
50. Atualmente o(a) Sr.(a) está fazendo algum tratamento para câncer? (1) Não - PULE PARA QUESTÃO 52 (2) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (8) NSA (9) IGN	TCAREF _____ TCATEMA _____ TCATEMM _____
51. SE SIM, qual tratamento? (1) Quimioterapia (2) Radioterapia (3) Outro _____ (8) NSA (9) IGN	TIPOTRATCA _____
52. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) teve que amputar alguma parte do seu corpo? (1) Não (2) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses Que parte do corpo? _____ (9) IGN	AMPREF _____ AMPTEMA _____ AMPTEMM _____ AMPLUG _____
53. O(A) Sr.(a) tem problema de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente (não dá tempo de chegar ao banheiro, ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra, ou faz força)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 57 (1) Sim (9) IGN	INCURIN _____

54. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> com que frequência isso aconteceu? (1) Uma ou duas vezes por dia (2) Mais de duas vezes por dia (3) Uma ou duas vezes por semana (4) Mais do que duas vezes por semana (5) Uma ou duas vezes por mês (6) Mais de duas vezes por mês (8) NSA (9) IGN							FREINCURIN ____
55. Devido ao seu problema de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente o(a) Sr.(a) tem que usar fralda (forro,absorvente)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 57 (1) Sim (8) NSA (9) IGN							PROPERUR ____
56. SE SIM, o(a) Sr.(a) usa fralda (forro,absorvente): (1) Só para sair (2) Somente para dormir (3) Durante todo tempo (8) NSA (9) IGN							FRALDA ____
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O USO DE REMÉDIO (MEDICAMENTOS)							
57. Agora vamos falar sobre qualquer remédio que o (a) Sr (a) tenha usado <NOS ÚLTIMOS 7 DIAS>. Pode ser remédio para dor de cabeça, pressão alta ou outro remédio que use sempre ou só de vez em quando. <NOS ÚLTIMOS 7 DIAS>, o (a) Sr.(a) usou algum remédio? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 65 (1) Sim (9) IGN							TOREMED ____
58. O (A) Sr(a) poderia trazer as caixas ou embalagens de todos os remédios que tomou <NOS ÚLTIMOS 7 DIAS>? (88) NSA							
MEDICAMENT O (NOME)	Há quantos dias está tomando?	Quantas vezes por dia?	Quantos usa no mesmo horário?	Quantas vezes esqueceu de tomar?	Para qual motivo está usando?	Funciona 1-Muito bem 2-Bem 3-Não muito bem	MEDIC1____ TEMPMEDM1____ TEMPMEDD1____ VEZDIAMED1____ VEZESQMEDI1____ MOTIVMEDI1____ FUNCIMEDI1____ MEDIC2____ TEMPMEDM2____ TEMPMEDD2____ VEZDIAMED2____ VEZESQMEDI2____ MOTIVMEDI2____ FUNCIMEDI2____ MEDIC3____ TEMPMEDM3____ TEMPMEDD3____ VEZDIAMED3____ VEZESQMEDI3____ MOTIVMEDI3____ FUNCIMEDI3____ MEDIC4____ TEMPMEDM4____ TEMPMEDD4____ VEZDIAMED4____ VEZESQMEDI4____ MOTIVMEDI4____ FUNCIMEDI4____
1. _____ _____ _____ _____	__ __ mês __ __ dia						
2. _____ _____ _____ _____	__ __ mês __ __ dia						
3. _____ _____ _____ _____	__ __ mês __ __ dia						
4. _____ _____ _____ _____	__ __ mês __ __ dia						
5. _____ _____ _____ _____	__ __ mês __ __ dia						
6. _____ _____ _____ _____	__ __ mês __ __ dia						

7. _____ _____ _____ _____	-- mês -- dia						MEDIC5 _____ TEMPMEDM5 _____ TEMPMEDD5 _____ VEZDIAMED5 _____ VEZESQMED5 _____ MOTIVMED5 _____ FUNCIMED5 _____
8. _____ _____ _____ _____	-- mês -- dia						
9. _____ _____ _____ _____	-- mês -- dia						MEDIC6 _____ TEMPMEDM6 _____ TEMPMEDD6 _____ VEZDIAMED6 _____ VEZESQMED6 _____ MOTIVMED6 _____ FUNCIMED6 _____
10. _____ _____ _____ _____	-- mês -- dia						
Número total de medicamentos:							NUTOMED _____
59. Algum dos remédios incomoda o (a) Sr. (a) de alguma forma? (0) Não - PULA PARA 61 (1) Sim (8) NSA (9) IGN							REMEDINC _____
60. Pode me dizer qual(is) remédios(s) (quanto e como incomoda o Sr. (a)) ?							
Nome do Remédio	O quanto ele incomoda o Sr. (a) ?			Em que ele incomoda o Sr. (a)			
	Muito	Um pouco	Não muito				
1. _____ _____ _____ _____					REMED1 _____ INCREMED1 _____ QINCOMED1 _____		
2. _____ _____ _____ _____					REMED2 _____ INCREMED2 _____ QINCOMED2 _____		
3. _____ _____ _____ _____					REMED3 _____ INCREMED3 _____ QINCOMED3 _____		
4. _____ _____ _____ _____					REMED4 _____ INCREMED4 _____ QINCOMED4 _____		
5. _____ _____ _____ _____					REMED 5 _____ INCREMED5 _____ QINCOMED5 _____		
61. Agora vou ler alguns problemas que as pessoas têm ao tomar seus remédios e gostaria que o(a) Sr. (a) me dissesse se é "muito difícil", "um pouco difícil" ou se "não é difícil" fazer cada uma das tarefas.							RETREM _____
Tarefa				Muito difícil	Um pouco difícil	Não é difícil	Comentários (quais remédios)
1. Retirar o remédio da embalagem							RETREM _____
2. Ler a embalagem do remédio							LERREM _____
3. Lembrar de tomar todos os remédios							LEMBREM _____
4. Conseguir repor os remédios a tempo							CONSREM _____
5. Tomar muitos remédios ao mesmo tempo							TOMUREM _____

62. Como o(a) Sr.(a) consegue estes remédios <u>na maioria das vezes</u>? (1) No Posto de Saúde. Qual? _____ (2) Na Secretaria Municipal de Saúde (3) Tem que comprar - APLIQUE QUESTÃO 63, SE NÃO PULE PARA 64 (4) Conseguiu parte da medicação e outra parte tem que comprar - APLIQUE QUESTÃO 63 (5) Outro: _____ (8)NSA (9)IGN	REMAVZ _____ REMAVZPS _____
63. Se teve que comprar, quanto gastou com medicação desde <ÚLTIMOS 30 DIAS>? R\$: _____, _____ (8888,88)NSA (9999,99)IGN	REMCOMP _____ _____, _____
64. Teve algum remédio que o (a) Sr.(a) precisou tomar desde <ÚLTIMOS 30 DIAS> e não conseguiu? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN	RETONC _____
65. O(A) Sr.(a) caiu alguma vez desde <1 ANO ATRÁS> até agora? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 67 (1) Sim (9)IGN	QUEULTA _____
66. SE SIM - Quantas vezes? _____ vezes (88)NSA (99)IGN	QUEVZA _____
67. Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) quebrou ou fraturou algum osso? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 69 (1) Sim (9)IGN	FRAT _____
68. SE SIM - Quantas vezes? _____ vezes (88)NSA (99)IGN	FRATVZA _____
69. Desde <4 ANOS ATRAS>, o(a) Sr.(a) precisou internar (baixar) em algum hospital? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 71 (1) Sim (9)IGN	INT4ANO _____
70. SE SIM, quantas vezes? _____ (n° de vezes) (8)NSA (9)IGN	INT4AVZ _____
71. Desde <1 ANO ATRAS>, o(a) Sr.(a) precisou internar (baixar) em algum hospital? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 74 (1) Sim (9)IGN	INTEULTA _____
72. SE SIM, qual o motivo da última internação? _____ (8)NSA (9)IGN	INTMOT _____
73. SE SIM, quantas vezes? _____ (n° de vezes) (8)NSA (9)IGN	INTULTMVZ _____
74. Desde <1 ANO ATRAS>, o(a) Sr.(a) precisou passar a noite em algum hospital em observação (como paciente)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 76 (1) Sim (9)IGN	NOIHOSUA _____
75. SE SIM, quantas vezes? _____ (n° de vezes) (8)NSA (9)IGN	NOIHOSVZ _____
76. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) consultou para os olhos, com especialista de olhos, médico ou técnico? (excluindo os exames para fazer ou renovar carteira de motorista) (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 78 (1) Sim (9)IGN	CONSOLHOS _____
77. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) consultou para os olhos? (1) Há menos de 1 ano (2) Entre 1 e 5 anos atrás (3) Há mais de 5 anos (9) Não lembra há quanto tempo (8)NSA (9)IGN	VICONSLHT _____
78. O(A) Sr.(a) usa óculos ou lente de contato? (1) Não - PULE PARA QUESTÃO 80 (2) Sim - Há quanto tempo? _____ anos (99)IGN	VISOCLEN _____ VITEOCLEN _____
79. Este óculos ou lente de contato foi receitado por profissional da saúde? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN	VIOCLENMED _____

80. O(A) Sr. (a) considera sua visão? (com ou sem óculos ou lente) <i>MOstrar CARINHAS!</i> (1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (9) IGN	VISAO ____
81. A sua visão atrapalha o(a) Sr. (a) para fazer as coisas que o(a) Sr. (a) precisa ou quer fazer? (0) Não (1) Sim (9) IGN	VIATRP ____
82. Como o(a) Sr. (a) considera a sua audição? (ouve bem? escuta bem?) (com ou sem a ajuda de aparelhos) <i>MOstrar CARINHAS!</i> (1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (9) IGN	AUDI ____
83. O(A) Sr. (a) usa aparelho para ouvir? (1) Não (2) Sim, há quanto tempo? _____ (meses) (9) IGN	AUDIAP ____ AUDIAPTE ____
84. A sua audição atrapalha o(a) Sr. (a) para as atividades que o(a) Sr. (a) precisa ou quer fazer? (1) Não (2) Sim (9) IGN	AUDIATRP ____
85. Como o(a) Sr. (a) considera a situação da sua boca? <i>MOstrar CARINHAS!</i> (1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (9) IGN	ODCA ____
86. Alguma vez na vida o(a) Sr. (a) consultou com um dentista? (1) Não - PULE PARA QUESTÃO 90 (2) Sim (9) IGN	ODCONS ____
87. Há quanto tempo foi a última consulta com o dentista? (1) Há menos de 1 ano (2) Entre 1 e 5 anos atrás (3) Há mais de 5 anos (4) Não lembra há quanto tempo (8) NSA (9) IGN	ODCAULT ____
88. Qual(is) o(s) principal(ais) motivo da última vez que o(a) Sr. (a) consultou com o dentista? (1) Rotina/manutenção (2) Estava com dor (3) Estava com sangramento ou inflamação na gengiva (4) Estava com cárie/restauração/obturação (5) Tinha alguma ferida, caroço ou manchas na boca (6) Estava com o rosto inchado (7) Precisava fazer tratamento de canal (8) Precisava arrancar algum dente (9) Tinha que fazer uma dentadura nova (10) Outros _____ (88) NSA (99) IGN	ODMOTC1 ODMOTC2 ODMOTC3
89. Onde o(a) Sr. (a) consultou com o dentista? (1) No Posto de Saúde - Qual? _____ (2) Dentista particular (3) Ambulatório de sindicato ou empresa (4) Dentista conveniado (9) Outro _____ (88) NSA (99) IGN	ODLOC ____ PSQUAL ____
90. O(A) Sr. (a) tem algum problema ou dificuldade para mastigar os alimentos? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ODIFMAS ____
91. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> o(a) Sr. (a) precisou ficar na cama (esteve acamado)? (1) Não - PULAR PARA QUESTÃO 93 (2) Sim (9) IGN	ACAM30D ____

92. Por quanto tempo ficou acamado?				TEMACM _____
_____ (meses) _____ (dias) (88) NSA (99) IGN				TEMACD _____
93. O(A) Sr.(a) alguma vez recebeu a visita de algum Agente Comunitário de Saúde (ACS) em sua casa?				VISACS _____
(0) Não → PULAR PARA QUESTÃO 96 (1) Sim (9) IGN				
94. SE SIM, o(a) Sr.(a) recebeu visita do ACS em sua casa no:				
<NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> (0) Não				VACS30D _____
(1) Sim, _____ vezes (8) NSA (9) IGN				VACS30DV _____
<DESDE 3 MESES ATRÁS> (0) Não				VACS3M _____
(1) Sim, _____ vezes (8) NSA (9) IGN				VACS3M _____
95. Quais das atividades que eu vou ler, o ACS fez na sua casa?				
Preencheu uma ficha para seu cadastro	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	CAD _____
Perguntou sobre sua situação de saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	SITSAU _____
Perguntou sobre uso de medicamentos	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	USOMED _____
Entregou medicações ou material de curativo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	ENTMED _____
Orientou sobre vacinas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	VACONS _____
Orientou sobre a importância da limpeza da boca e da prótese	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	ORITBOCA _____
Deu orientações sobre cuidados com a saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	ORITSAU _____
Agendou consulta	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	AGENDCONS _____
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO DE SAÚDE EM CASA				
96. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr.(a) recebeu em casa algum dos seguintes atendimentos:				
Consulta médica?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECONMED _____
Assistência social?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECCASSISOC _____
Fisioterapia?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECFIS _____
Atendimento do dentista?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECATDENT _____
Atendimento de enfermagem?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECATENF _____
Verificação da pressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECATATA _____
Curativo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECCUR _____
Injeção?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECINJ _____
Aplicação de vacina contra gripe?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECVAC _____
Nebulização?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECNEB _____
Sondagem vesical?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECSONVES _____
Foi coletado material para exames (ex: sangue)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECOLEX _____
Outro: _____				RECOU _____
SE SIM EM ALGUMA DAS PERGUNTAS ACIMA, APLICAR QUESTÕES 97, 98 e 99; SE NÃO PULAR PARA QUESTÃO 100				
97. Por qual motivo precisou de atendimento de saúde em casa?				
Estava acamado	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	MOTADAC _____
Estava com dificuldade de caminhar	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	MOTADDL _____
Sua situação de saúde tinha piorado	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	MOTADSP _____
Precisava de acompanhamento após a alta do hospital	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	MOTADSP _____
Não tinha quem o(a) levasse até o posto de saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN	MOTADNA _____
Outro: _____				MOTIVOU _____
98. Quantas vezes recebeu atendimento de saúde em casa desde <3 MESES ATRÁS>? _____				PREAD3M _____
Quantas destas foram <NO ÚLTIMO MÊS>? _____				PREADULM _____
Quantas destas foram <NA ÚLTIMA SEMANA>? _____ (88) NSA (99) IGN				PREADULS _____

99.O(A) Sr.(a) recebeu o atendimento de algum: Profissional do posto de saúde (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Profissional particular (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Profissional do convênio (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN De algum familiar seu (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN De algum vizinho ou amigo (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					REPROPSAU ____ REPROFFPAR ____ REPPROCON ____ REFAMILIAR ____ REVIZAMIGO ____
Outro: _____					REAOUT ____
100.Foi solicitado o atendimento em casa desde <3 MESES ATRÁS>? (0) Não (1) Sim -PULE PARA QUESTÃO 102 (9) IGN					SOLAD ____
101.Por qual motivo não solicitou o atendimento em casa? O serviço não faz atendimento em casa (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Não tem profissional para atender em casa (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN O serviço não tem telefone ou não funciona (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Não tinha como ir marcar a consulta ou solicitar o atendimento (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Teve medo de solicitar e não ser atendido (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Porque melhorou (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					MONSADNF ____ MONSADNTP ____ MONSADNTT ____ MONSADNTC ____ MONSADTM ____ MONSADMEL ____
Outro: _____					MONSADOUT ____
102.SE SIM: Onde solicitou o atendimento em casa? (0) Posto de Saúde. Qual? _____ (1) Na Secretaria Municipal de Saúde (2) No SAMU (3) No convênio ou plano de saúde (4) Em ambulatório ou serviço particular (5) Outro: _____ (8) NSA (9) IGN					ONSOLAD ____ PSQUAL ____ SADOUT ____
103.SE SIM: Quem fez a solicitação para atendimento em casa? O Sr.(a) mesmo (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Algum familiar seu (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Algum vizinho ou amigo (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN O Agente Comunitário de Saúde (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Outro: _____					ADSOLS ____ ADSOLF ____ ADSOLVA ____ ADSOLACS ____ ADSOLOU ____
104.SE SIM: Como fez para solicitar? Através do telefone (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Algum familiar ou vizinho foi até o serviço (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Pediu para o ACS (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Outro: _____					FSOADSE ____ FSOLSER ____ FSOLACS ____ FSOLOU ____
105.O(A) Sr.(a) recebeu o atendimento solicitado? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 108 (1) Sim (8) NSA (9) IGN					RECEBEU ____
106.Quantos dias se passaram entre a solicitação e a vinda dos profissionais na sua casa? _____ (dias) (88) NSA (99) IGN					QTSOLAD ____
107.Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendido em casa desta última vez? MOSTRAR CARINHAS! (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (8) NSA (9) IGN					OPINTEAD ____
108.SE NÃO: Por qual motivo não foi atendido? Não conseguiu ficha no serviço (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) ING O serviço não atende em casa (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) ING Não teve resposta do serviço (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) ING					MONRADF ____ MONRADNF ____ MONRADNR ____

O serviço não tinha profissional para atender	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONRADNTP ____
O serviço estava fechado	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONRADPF ____
Precisava pagar e não tinha dinheiro	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONRADNPP ____
O telefone estava sempre ocupado	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONRADTO ____
() Outro: _____		MONRADOU ____
109. SE NÃO RECEBEU: O que aconteceu com sua situação de saúde?		
(1) Continua na mesma situação (2) Melhorou (3) Piorou		PRENROQAC ____
() Outro: _____	(8) NSA (9) IGN	
PARA OS QUE NÃO RECEBERAM ATENDIMENTO DOMICILIAR ENCERRAR AQUI E CONTINUAR COM A		
QUESTÃO 126		
110. Quantas vezes o(a) Sr.(a) foi atendido em casa nos últimos três meses por pessoal do ...		
Posto de Saúde do seu bairro: _____	(88) NSA (99) IGN	ADQVPSB ____
Quantas vezes no último mês? _____	(88) NSA (99) IGN	ADQVPSBUM ____
Quantas na última semana? _____	(88) NSA (99) IGN	ADQVPSBUS ____
Posto de Saúde de outro bairro: _____		
Qual? _____	(88) NSA (99) IGN	ADQVPSOB ____
Quantas vezes no último mês? _____	(88) NSA (99) IGN	ADQVPSOBUM ____
Quantas vezes na última semana? _____	(88) NSA (99) IGN	ADQVPSOBUS ____
SAMU: _____ vezes		
Quantas vezes no último mês? _____	(88) NSA (99) IGN	ADQVSAMU ____
Quantas vezes na última semana? _____	(88) NSA (99) IGN	ADQVSAMUUS ____
Outro: _____	(88) NSA (99) IGN	ADQVOUT ____
Quantas vezes no último mês? _____	(88) NSA (99) IGN	ADQVOUTUM ____
Quantas vezes na última semana? _____	(88) NSA (99) IGN	ADQVOUTUS ____
AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE RECEBEU ATENDIMENTO DE SAÚDE EM CASA		
111. Quais os profissionais que lhe atenderam em casa desta última vez?		
Enfermeiro	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVENF ____
Auxiliar/ Técnico de Enfermagem	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVTENF ____
Médico	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVMED ____
Dentista	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVOD ____
Fisioterapeuta	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVFIS ____
Nutricionista	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVNUT ____
Psicólogo	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVPSI ____
Educador Físico	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVEDFI ____
Fonoaudiólogo	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVFON ____
Assistente Social	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVASS ____
Estudante(s)	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVEST ____
Outro: _____		ADUVOUT ____
112. O que foi feito com o(a) Sr.(a) durante o atendimento em casa desta última vez?		
Consulta médica	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADCMED ____
Fizeram fisioterapia	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADFISIO ____
Consulta de enfermagem	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADCENF ____
Curativo	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADCUR ____
Nebulização	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADNEB ____
Aplicaram injeção	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADMEDIN ____
Mediram a pressão arterial	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADMPA ____
Mediram a temperatura	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADMTEM ____
Trocaram a "bolsa" de ostomia	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADTBOL ____
Colocaram / trocaram sonda		
uretral	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADTSON ____
Colocaram / trocaram sonda	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADSNG ____

nasogástrica / naso-enteral					
Fizeram dosagem de açúcar no sangue	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADDAS ____
Aplicaram vacina contra gripe	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADVACG ____
Aplicaram vacina contra o tétano	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADVACT ____
Limpeza dos dentes	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADLIMPD ____
Obturação de dente	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADOBD ____
Extração de dente (arrancar)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADEXD ____
Ajuste ou confecção de pr�tase, pivô, dentadura	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADPPD ____
Outro _____					ADOUT ____
113.O(A) Sr(a) permaneceu em acompanhamento após este atendimento?					PEACAD ____
(0) Não - PULAR PARA QUESTÃO 115 (1) Sim (8) NSA (9) IGN					
114.Se SIM, o seu acompanhamento, na maior parte das vezes foi:					
Diário	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	READDI ____
1 vez por semana	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	READUVS ____
2 ou mais vezes por semana	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	READDVS ____
1 vez a cada quinze dias	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	READUQD ____
1 vez por mês	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	READUVM ____
Outra: _____					READOUT ____
115.Durante este atendimento foi?					
Encaminhado para o hospital	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ENCHOS ____
Encaminhado para especialista	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ENCESP ____
Solicitado exame	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	SOLEX ____
Prescrito novo medicamento	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	PRESNM ____
Orientado sobre cuidados de saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	DISPMAT ____
Deixado material ou equipamento	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	DEIXMAT ____
Se SIM, aplicar a 116, se NÃO pular para 117					
116.Quais os materiais ou equipamentos que a equipe do Posto de Saúde deixou na sua casa para o seu atendimento?					
(1) gaze					MATEQD1
(2) seringa					MATEQD2
(3) medicamentos					MATEQD3
(4) algodão					MATEQD4
(5) esparadrapo					
(6) luvas					
(7) sonda vesical					
() Outros: _____ (8) NSA (9) IGN					
117.O(A) Sr.(a) recebeu alguma explicação sobre o motivo do seu atendimento em casa?					RECEXPOT ____
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					
118.O(A) Sr.(a) gastou algum dinheiro no último atendimento que recebeu em casa?					GADICA ____
(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 120 (1) Sim (8) NSA (9) IGN					
119.Se SIM: Quanto gastou?					GADIQT
R\$ _____, _____ (8888,88) NSA (9999,99) IGN					_____, ____
120.O (A) Sr.(a) recebeu alguma receita de remédio neste último atendimento em casa?					RECRECUAC ____
(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 124 (1) Sim (8) NSA (9) IGN					
121.O (A) Sr.(a) conseguiu os remédios pelo SUS?					CONSRMSUS ____
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					
122.SE NÃO: O(A) Sr(a) comprou algum remédio?					COMPREM ____
(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 124 (1) Sim (8) NSA (9) IGN					

123. SE COMPROU: Quanto gastou? R\$: _____, _____ (8888,88) NSA (9999,99) IGN	QUANTOGAS _ _ _ _ / _ _
124. Qual sua opinião sobre o atendimento de saúde que recebeu em casa desta última vez? MOSTRAR CARINHAS! (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (8) NSA (9) IGN	OPIADUV ____
125. Após ter recebido o atendimento de saúde em casa, o (a) Sr. (a) considera que seu problema: (1) Piorou (2) Continua como antes (3) Melhorou um pouco (4) Melhorou bastante (5) Curou / resolveu (8) NSA (9) IGN	AADPROB ____
A SEGUIR VOU LHE FAZER PERGUNTAS SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES DO SEU DIA A DIA E GOSTARIA QUE O(A) SR. (A) ME RESPONDESSE DE ACORDO COM AS ALTERNATIVAS QUE EU VOU LHE DAR	
126. Quando o(a) Sr. (a) vai tomar seu banho: (2) Não recebe ajuda (entra e sai do banheiro sozinho) (1) Recebe ajuda no banho apenas para uma parte do corpo (costas ou pernas, por exemplo) (0) Recebe ajuda no banho em mais de uma parte do corpo	IBANHO ____
127. Quando o(a) Sr. (a) vai se vestir: (2) Não recebe ajuda (1) Pega as roupas e se veste sem ajuda (exceto para amarrar os sapatos) (0) Recebe ajuda para pegar as roupas ou para vestir-se (ou permanece parcial ou totalmente despido)	IVESTIR ____
128. Quando o(a) Sr. (a) precisa usar o banheiro para suas necessidades: (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda para ir ao banheiro (0) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar	ITOALET ____
129. Para passar da cama para uma cadeira, o(a) Sr. (a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda (0) Não sai da cama	ICADEIR ____
130. Tem controle para fazer xixi ou cocô, o(a) Sr. (a): (2) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar (1) Tem 'acidentes' ocasionais (0) Não consegue controlar o xixi ou cocô e usa fralda ou sonda	ICAMIN ____
131. Para se alimentar (para comer): (2) Alimenta-se sem ajuda (1) Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão (0) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado por sonda	IALIMEN ____
132. Para usar o telefone o(a) Sr. (a)? (2) Não tem qualquer dificuldade (1) Pode fazer com dificuldade (0) Não consegue usar sozinho	ITELEF ____
133. Para ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi, o(a) Sr. (a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue ir sozinho	ISAIR ____
134. Para fazer suas compras, o(a) Sr. (a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue fazer sozinho	ICOMPR ____

135. Para preparar suas próprias refeições, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue preparar sozinho	ICOMIDA ____
136. Para arrumar sua casa, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue arrumar sozinho	ILIMPEZ ____
137. Para lidar com objetos pequenos como, por exemplo, uma chave, ou fazer pequenos reparos ou trabalhos manuais domésticos o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue fazer sozinho	IOBJPEQ ____
138. Para tomar seus remédios na dose e horários certos o(a) Sr.(a)? (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue tomar sozinho	IREMED ____
139. Para cuidar do seu dinheiro o(a) Sr.(a)? (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue cuidar sozinho	IDINHE ____
140. Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue andar sozinho	ICAQUA ____
141. Para subir um lance de escada o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue subir sozinho	ILANCE ____
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU QUE PRECISA AJUDA PARCIAL OU GRANDE AJUDA NAS QUESTÕES ACIMA, APLIQUE A QUESTÃO 142. SE NÃO, PULE PARA QUESTÃO 145.	
142. De quem o(a) Sr.(a) recebe ajuda na maioria das tarefas que o precisa? (1) Companheiro(a); esposo(a) - SE NÃO TEM COMPANHEIRO, NÃO LER ESTA OPÇÃO! (2) Filho(a) - SE NÃO TEM FILHOS, NÃO LER ESTA OPÇÃO! (3) Vizinho(a) (4) Amigos (5) Acompanhante pago - APLIQUE QUESTÃO 143 (6) Acompanhante não pago - PULE PARA QUESTÃO 144 (7) Outro _____ (8) NSA (9) IGN	RECAJU ____
143. Se paga, quanto o(a) Sr.(a) paga por mês? R\$ _____, _____ (reais) (888888) NSA (999999) IGN _ _ _ _ , _ _	PAGME
144. Quanto tempo (em horas) o(a) Sr.(a) recebe de ajuda durante o dia? _____ (horas) _____ (min) (00) menos de 1 hora (88) NSA (99) IGN	TEAJHD _____ TEAJMD _____
RELACIONAMENTO SOCIAL E REDE DE APOIO	
145. Durante uma semana normal, nos <ÚLTIMOS 30 DIAS>, o(a) Sr.(a) saiu de casa (fora do prédio)? (1) Não saiu nenhum dia (2) Saiu todos os dias (3) Saiu 1 vez por semana (4) Saiu entre 2 a 4 vezes na semana (9) IGN	SAIUCASA ____
146. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) foi visitar a sua família? (1) Não - PULE PARA QUESTÃO 148 (2) Sim (3) Não tem família - PULAR PARA 150, NÃO APLICAR 156 E 157 (9) IGN	VISFAM2S ____

147. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8) NSA (9) IGN	VISFAMFR ____
148. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, a sua família lhe visitou? (1) Não - PULE PARA QUESTÃO 150 (2) Sim (8) NSA (9) IGN	FAMVIS2S ____
149. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8) NSA (9) IGN	FAMVISFR ____
150. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) foi visitar seus amigos? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 152 (1) Sim (9) IGN	VISAMI2S ____
151. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8) NSA (9) IGN	VISAMFR ____
152. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, seus amigos lhe visitaram? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 154 (1) Sim (9) IGN	AMVIS2S ____
153. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8) NSA (9) IGN	AMVISFR ____
154. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, o(a) Sr.(a) teve contato por telefone ou por carta com seus parentes ou amigos? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 156 (1) Sim (9) IGN	TELAM2S ____
155. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8) NSA (9) IGN	TELAMFR ____
156. Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece ao Sr.(a)? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado). Dinheiro (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Moradia (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Companhia / cuidado pessoal (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Outro: _____	TIAJFAMOFD ____ TIAJFAMOFM ____ TIAJFAMOFD ____ TIAJFAMOFO ____
157. Que tipo de ajuda ou assistência o Sr(a) oferece para sua família? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado). Dinheiro (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Moradia (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Companhia / cuidado pessoal (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Outro: _____	TIAJOFFAMD ____ TIAJOFFAMM ____ TIAJOFFAMC ____ TIAJOFFAMO ____
158. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus amigos? (8) O(A) entrevistado(a) diz não ter amigos (0) Não está satisfeito (1) Sim (9) IGN	SATISRELAM ____
159. O (a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus vizinhos (8) Entrevistado(a) diz não ter relação com os vizinhos (0) Não está satisfeito (1) Sim (9) IGN	SATISRELVIZ ____
160. O(A) Sr.(a) tem algum animal de estimação em sua casa? (0) Não- PULE PARA QUESTÃO 162 (1) Sim (9) IGN	ANIESTI ____
161. SE SIM, QUAL? Gato (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ANIESTI1 ____

Cachorro	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ANIESTI2 ____
Passarinho	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ANIESTI3 ____
Cavalo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ANIESTI4 ____
Outro: _____					OUTANIESTI ____
162.<NA SEMANA PASSADA> o(a) Sr.(a) recebeu visita de alguma destas pessoas?					
Vizinhos/ amigos	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECVISVIZAM ____
Irmão(ã)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECVISIR ____
Filho(a) - SE NÃO TIVER NÃO PERGUNTAR!	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECVISF ____
Outros familiares (sobrinhos, netos)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECVISOURFA ____
Outros: _____					RECVISOUT ____
163.<NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) assistiu televisão?					
(0) Não- PULE PARA QUESTÃO 166					(1) Sim
					(9) IGN
164.Quando o(a) Sr.(a) assiste televisão, o que gosta de ver?					
Filme	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ASSISTV1 ____
Novela	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ASSISTV2 ____
Noticiário	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ASSISTV3 ____
Jogos	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ASSISTV4 ____
Outro: _____					ASSISTVO ____
165.Quantas horas por dia, mais ou menos, o(a) Sr.(a) costuma assistir televisão?					
_____ horas _____ min					(88) NSA (99) IGN
166.<NOS ÚLTIMOS 30 DIAS>, o(a) Sr.(a) fez alguma destas atividades?					
Foi a missa ou culto na igreja	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		MISSA ____
Participou de festa na comunidade	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		FESCOM ____
Participou de festa da família	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		FESFA ____
Participou de alguma oficina ou grupo	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		OFIMI ____
Participou de algum baile	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		BAILE ____
Viajou para outra cidade	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		VIAJ ____
Viajou de excursão	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		EXC ____
Foi a algum velório ou enterro	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		VELENT ____
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA					
167.Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício.					
_____ dias					CAMDIA ____
(0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 169					(9) IGN
168.Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) caminhou por dia?					
_____ minutos p/dia					(888) NSA (999) IGN
AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA					
169.Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades FORTES, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ...					
_____ dias/semana					FORDIA ____
(0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 171					(9) IGN
170.Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades fortes por dia?					
_____ minutos p/dia					(888) NSA (999) IGN
					MINFOR ____

171.Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades MÉDIAS, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc. _____ dias (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 173 (9) IGN	IMEDIA ____
172.Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades médias por dia? ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = _____ minutos p/dia (888)NSA (999) IGN	IMIND ____
173.Em relação a <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) considera que sua atividade física atual está: (1) Menor (2) Igual - PULE PARA QUESTÃO 175 (3) Maior (9) IGN	MAFPAS ____
174.Qual o principal motivo da mudança na sua prática de atividade física ou exercício físico? _____ (88) NSA (99) IGN	MMOTIV ____
175.Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) recebeu orientação para a prática de atividade física, esportes, exercícios físicos ou ginástica? (0) Não-PULE PARA A QUESTÃO 182 (1) Sim (9) IGN	RECORAFAANO ____
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A ÚLTIMA ORIENTAÇÃO RECEBIDA PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	
176.Onde o(a) Sr(a) recebeu essa orientação? (1) Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde (2) Ambulatório público (SUS ou faculdade) (3) Ambulatório por convênio/plano de saúde ou de empresa (4) Consultório particular/plano de saúde (5) Academia (6) Meios de comunicação (jornal, revista, internet, rádio, televisão) () Outro (88) NSA (99) IGN	MONREC ____
177.Quem lhe orientou? (1) Médico(a) (2) Professor(a) de Educação física (3) Nutricionista (4) Fisioterapeuta (5) Enfermeiro(a) () Outro _____ (88) NSA (99) IGN	MQUEMOR ____
178.Qual atividade física foi orientada? (1) Caminhada (2) Corrida (3) Hidroginástica (4) Natação () Outro _____ (88) NSA (99) IGN	MQAFOR ____
179.O(a) Sr.(a) foi orientado(a) sobre quantas vezes por semana a <ATIVIDADE FÍSICA> deveria ser feita? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MORVEZSEM ____
180.O(a) Sr.(a) foi orientado(a) sobre o tempo que a <ATIVIDADE FÍSICA> deveria ter? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MORTEMP ____
181.Depois das orientações recebidas, sua atividade física: (1) Aumentou (2) Diminuiu (3) Não mudou (8) NSA (9) IGN	MMUD ____

182.Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) procurou, buscou orientação para a prática de atividade física, esportes, exercícios físicos ou ginástica? (1) Não → PULE PARA QUESTÃO 184 (2) Sim (9) IGN		MPROCOR ____	
183.Se sim: Onde? (1) Meios de comunicação (jornal, revista, televisão, internet, rádio) (2) Serviço de saúde (3) Academia (4) Trabalho (5) Outro _____ (88)NSA (99) IGN		MONDPROC _____	
184.O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou? (1) Não, nunca fumou - PULE PARA QUESTÃO 187 (2) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (3) Já fumou, mas parou de fumar há _____ anos _____ meses (9) IGN		FUMO ____ TPAFA ____ TPAFM ____	
185.Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma? (ou fumou durante quanto tempo)? _____ anos _____ meses (88)NSA (99) IGN		TFUMA ____ TFUMM ____	
186.Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia? _____ cigarros (88)NSA (99) IGN		CIGDI ____	
187.O(A) Sr.(a) tomou alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias? (1) Sim (2) Não - PULE PARA QUESTÃO 192 (9) IGN		BEAL30D ____ CRBBALC ____	
188.Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (1) Sim (2) Não (8)NSA (9) IGN		CAGE1 ____ CRCAG1 ____	
189.As pessoas lhe aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (8)NSA (9) IGN		CAGE2 ____ CRCAG2 ____	
190.O(A) Sr.(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não (8)NSA (9) IGN		CAGE3 ____ CRCAG3 ____	
191.O(A) Sr.(a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (1) Sim (2) Não (8)NSA (9) IGN		CAGE4 ____ CRCAG4 ____	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SENTIMENTOS			
192. O(A) Sr.(a) está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) Não	(1) Sim	ISATIS ____
193. O(A) Sr.(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	(0) Não	(1) Sim	IINTER ____
194. O(A) Sr.(a) sente que sua vida está vazia?	(0) Não	(1) Sim	IVAZIA ____
195. O(A) Sr.(a) se aborrece com frequência?	(0) Não	(1) Sim	IABORR ____
196. O(A) Sr.(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) Não	(1) Sim	IHUMOR ____
197. O(A) Sr.(a) tem medo que algo ruim lhe aconteça?	(0) Não	(1) Sim	IMEDO ____
198. O(A) Sr.(a) se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) Não	(1) Sim	IFELIZ ____
199. O(A) Sr.(a) sente que sua situação não tem saída?	(0) Não	(1) Sim	ISAIDA ____

200. O(A) Sr.(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(0) Não	(1) Sim	IPREFE ____
201. O(A) Sr.(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(0) Não	(1) Sim	IMEMOR ____
202. O(A) Sr.(a) acha maravilhoso estar vivo(a)?	(0) Não	(1) Sim	IVIVO ____
203. O(A) Sr.(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(0) Não	(1) Sim	INUTIL ____
204. O(A) Sr.(a) se sente cheio de energia?	(0) Não	(1) Sim	IENER ____
205. O(A) Sr.(a) acha que sua situação é sem esperanças?	(0) Não	(1) Sim	ISEMES ____
206. O(A) Sr.(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o(a) Sr.(a) ?	(0) Não	(1) Sim	IMELHO ____
AGORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA MEMÓRIA E RACIOCÍNIO. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS E ALGUMAS PERGUNTAS PODEM PARECER SEM SENTIDO. MAS EU GOSTARIA QUE O SR. (A) PRESTASSE ATENÇÃO E RESPONDESSE TODAS AS PERGUNTAS DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.			
207. Qual é a <LEIA AS ALTERNATIVAS> em que estamos? O dia da semana: _____ O dia do mês: _____ O mês: _____ O ano: _____ A hora aproximada: _____ :			DIAS ____ DIAM ____ MÊS ____ ANO ____ HORA ____ OTEMP ____
208. Qual é <LEIA AS ALTERNATIVAS> onde estamos? A cidade () Bagé () outra () não sabe O bairro _____ () outro () não sabe O estado () RS () outro () não sabe O país () Brasil () outro () não sabe A peça da casa/apto _____ () outra () não sabe SE ESTIVER NA RUA, PERGUNTE: Em que lado da sua casa estamos? _____ () outro () não sabe			CIDADE ____ BAIRRO ____ ESTADO ____ PAIS ____ PEÇA ____ OESPA ____
209. Eu vou lhe dizer o nome de três objetos: CARRO, VASO, TIJOLO. O(A) Sr.(a) poderia repetir para mim? () carro () outro () não sabe () vaso () outro () não sabe () tijolo () outro () não sabe			CARRO ____ VASO ____ TIJOLO ____
REPITA AS RESPOSTAS ATÉ O INDIVÍDUO APRENDER AS TRÊS PALAVRAS (5 TENTATIVAS)			
210. Agora eu vou lhe pedir para fazer algumas contas. Quanto é: 1. 100 - 7: _____ 2. 93 - 7: _____ 3. 86 - 7: _____ 4. 79 - 7: _____ 5. 72 - 7: _____			CONTA ____
211. O(A) Sr.(a) poderia me dizer o nome dos 3 objetos que eu lhe disse antes? () carro () outro () não sabe () vaso () outro () não sabe () tijolo () outro () não sabe			CARRO1 ____ VASO1 ____ TIJOLO1 ____
212. Como é o nome destes objetos? <MOSTRAR> Um lápis (padrão): () lápis () outro Um relógio de pulso () relógio () outro			LAPIS ____ RELO ____
213. Eu vou dizer uma frase: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ". O(A) Sr.(a) poderia repetir? () repetiu () não repetiu			REPET ____

214. Eu gostaria que o(a) Sr.(a) fizesse de acordo com as seguintes instruções: <i>PRIMEIRO LEIA AS 3 INSTRUÇÕES E SOMENTE DEPOIS O(A) ENTREVISTADO(A) DEVE REALIZÁ-LAS.</i> Pegue este papel com a mão direita ()cumpriu ()não cumpriu Dobre ao meio com as duas mãos ()cumpriu ()não cumpriu Coloque o papel no chão ()cumpriu ()não cumpriu	ETAPA1 ETAPA2 ETAPA3																																								
215. Eu vou lhe mostrar uma frase escrita. O(A) Sr.(a) vai olhar e sem falar nada, vai fazer o que a frase diz. Se usar óculos, por favor, coloque, pois ficará mais fácil. <i>MOstrar A FRASE NA CARTELA "FECHER OS OLHOS"</i> () realizou tarefa () não realizou tarefa () outro	LEI ____																																								
216. O(A) Sr.(a) poderia escrever uma frase de sua escolha, qualquer frase: <i>ORIENTAR O ENTREVISTADO A ESCREVER NA LINHA A SEGUIR (ANTES DO DESENHO)</i>	FRASE ____																																								
217. E para terminar esta parte, eu gostaria que o(a) Sr.(a) copiasse esse desenho: <i>MOstrar DESENHO E ORIENTAR PARA COPIAR AO LADO</i>	PRAXIA ____																																								
ESPAÇO DESTINADO PARA A FRASE 	TOTAL ____																																								
AGORA FAREI PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. LEMBRO, MAIS UMA VEZ, QUE OS DADOS DESTA ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS. PORTANTO, FIQUE TRANQUÍLO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.																																									
218. Na sua casa o(a) Sr.(a) tem: <table border="0"> <tr> <td>Aspirador de pó?</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> <td>ASP ____</td> </tr> <tr> <td>Máquina de lavar roupa?</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> <td>LAV ____</td> </tr> <tr> <td>Videocassete ou DVD?</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> <td>VDVD ____</td> </tr> <tr> <td>Geladeira?</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> <td>GEL ____</td> </tr> <tr> <td>Freezer ou geladeira duplex?</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> <td>FRDU ____</td> </tr> <tr> <td>Forno de microondas?</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> <td>MICR ____</td> </tr> <tr> <td>Microcomputador?</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> <td>MICROCOMP ____</td> </tr> <tr> <td>Telefone fixo? (convencional)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> <td>TELFIX ____</td> </tr> </table>	Aspirador de pó?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ASP ____	Máquina de lavar roupa?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	LAV ____	Videocassete ou DVD?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	VDVD ____	Geladeira?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	GEL ____	Freezer ou geladeira duplex?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	FRDU ____	Forno de microondas?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	MICR ____	Microcomputador?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	MICROCOMP ____	Telefone fixo? (convencional)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	TELFIX ____	
Aspirador de pó?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ASP ____																																					
Máquina de lavar roupa?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	LAV ____																																					
Videocassete ou DVD?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	VDVD ____																																					
Geladeira?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	GEL ____																																					
Freezer ou geladeira duplex?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	FRDU ____																																					
Forno de microondas?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	MICR ____																																					
Microcomputador?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	MICROCOMP ____																																					
Telefone fixo? (convencional)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	TELFIX ____																																					
219. Na sua casa, o(a) Sr.(a) tem...? Quantos? <table border="0"> <tr> <td>Rádio</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN</td> <td>RAD ____</td> </tr> <tr> <td>Televisão preto e branco</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN</td> <td>TVPB ____</td> </tr> <tr> <td>Televisão colorida</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN</td> <td>TVCOL ____</td> </tr> <tr> <td>Automóvel (somente de uso particular)</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN</td> <td>AUT ____</td> </tr> </table>	Rádio	(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	RAD ____	Televisão preto e branco	(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	TVPB ____	Televisão colorida	(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	TVCOL ____	Automóvel (somente de uso particular)	(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	AUT ____																													
Rádio	(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	RAD ____																																							
Televisão preto e branco	(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	TVPB ____																																							
Televisão colorida	(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	TVCOL ____																																							
Automóvel (somente de uso particular)	(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	AUT ____																																							
220. Na sua casa, trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista? Se sim, quantos? (0) Não (1) SIM, quantos? ____	EMPDOM ____ EMPDOMQT ____																																								
221. Quantas pessoas moram nessa casa? ____ pessoas (99) IGN	QTMOCASA ____																																								
222. Quantas peças são usadas para dormir? ____ peças (99) IGN	QTPECOR ____																																								
223. Quantos banheiros existem na casa? (considere somente os que têm vaso mais chuveiro ou banheira). ____ banheiros (99) IGN	QTBANCA ____																																								

224.Qual a escolaridade da pessoa que tem maior renda na casa? (1) nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto) (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto (5) nível superior completo (9) IGN	ESCOLARID _____
225.No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria? Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês (00000) Não possui renda (88888)NSA (99999)IGN	PER1 _____ PER2 _____ PER3 _____ PER4 _____ PER5 _____
226.A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim - Quanto? R\$ _____ por mês (99999)IGN	OUTREN _____ OUTQT _____
PARA O PREENCHIMENTO DO ENTREVISTADOR: O questionário foi respondido: (1) Todo pelo(a) idoso(a), sem ajuda (2) Todo pelo(a) idoso(a), com ajuda (3) Algumas respostas foram dadas por outra pessoa (4) Maior parte das respostas foi dada por outra pessoa (5) Todas as respostas foram dadas por outra pessoa	QUEESP _____
Horário do término da entrevista: _____:_____hs	

ENCERRE O QUESTIONÁRIO E AGRADEÇA A COLABORAÇÃO

II Relatório de Campo

RELATÓRIO DE CAMPO

O presente relatório foi elaborado como requisito parcial à obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), correspondente ao estudo Incapacidade funcional e fatores associados em idosos. O projeto de pesquisa que orientou o estudo acima referido foi aprovado no exame de qualificação no dia 02 de julho de 2015 e a data prevista para defesa de dissertação que seria em dezembro de 2015 foi adiada para julho de 2016, após submissão do artigo de sustentação.

Para realização deste inquérito utilizou-se o banco de dados oriundos da pesquisa intitulada: “Saúde do idoso: situação epidemiológica e utilização de serviços de saúde em Bagé, RS”, com registro no COCEPE nº 406.00.03. Coordenada pela professora Dr^a. Elaine Thumé, a pesquisa teve como público alvo indivíduos de 60 anos ou mais de idade, residentes na zona urbana e de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde do município de Bagé, Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados de julho a novembro de 2008, por meio de um questionário estruturado, composto por questões pré-codificadas, as perguntas relacionavam-se a aspectos demográficos, socioeconômicos, comportamentais, de saúde, entre outros. Os preceitos éticos foram respeitados e o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel (ofício nº 015/08).

A decisão pela utilização do banco de dados bem como o tema “incapacidade funcional” justifica-se, primeiramente, pelo interesse pessoal da pesquisadora devido à proximidade com sua formação acadêmica. Além disso, após reuniões com o grupo de pesquisa, foi definido que, por tratar-se de um tema relevante e de um banco de dados com amostra representativa, o objeto de estudo tornava-se pertinente para o desenvolvimento de uma dissertação.

Sendo assim, foi realizada uma revisão de literatura a fim de elencar as variáveis que comporiam o estudo. Por tratar-se da utilização de dados já coletados, a construção desta dissertação gerou desafios desde a escolha das variáveis até a análise dos dados, uma vez que foi preciso adequar as variáveis do projeto com o banco de dados. Contudo, cabe salientar que o banco de dados utilizado era bastante abrangente, possibilitando o estudo da maioria das variáveis identificadas na revisão.

A análise dos dados começou a ser realizada após as considerações da banca, utilizando o programa Stata (*Stata Corporation, College Station*) - versão 12.1 (licença nº 30120531854), e como já mencionado, durante essa fase houve a necessidade de adequações de algumas das variáveis, sendo elas: nas variáveis demográficas, agregou-se a variável: “mora sozinho”; nas morbidades reumatismo/artrite/artrose e déficit cognitivo foram acrescidos sendo este último medido por meio do instrumento Mini exame do estado mental, com ponto de corte de 22/23. Estas variáveis, que não haviam sido incluídas no projeto, foram inseridas na análise após verificar que estudos as consideravam como fatores associados à incapacidade funcional em idosos.

A operacionalização de algumas variáveis durante as análises também sofreram modificações. A saber: a idade foi agrupada em categorias (60 a 64, 65 a 69, 70 a 74 e 75 ou mais), a classificação econômica foi reagrupada nas classes A/B, C ou D/E e a variável escolaridade foi dividida em: nenhum, 1 a 7 ou 8 ou mais anos de estudo. As categorias foram definidas desta forma, primeiramente, por uma opção dos pesquisadores, e também pelas proporções de cada categoria. Na variável idade também se utilizou como critério o emprego da categoria 75 anos ou mais, pois, segundo o Ministério da Saúde, todos os idosos a partir desta faixa etária são considerados frágeis, ou em processo de fragilização (MS, 2006).

Optou-se para o volume final da dissertação pela escrita de um artigo científico, que foi submetido à revista *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *Qualis B1*. Para a escrita, depois de ampliada a revisão de literatura, optou-se por retirar o domínio “controle dos esfíncteres” no Índice de Katz, pois como o desfecho deste estudo trata da incapacidade funcional como “necessidade de ajuda parcial ou total” para realizar de forma independente pelo menos uma atividade, observou-se na literatura que este domínio avaliado por si só não caracterizaria o indivíduo como incapaz, pois na versão original do índice de Katz o idoso é considerado incapaz por

meio de uma hierarquia de A a G e OUTRO em que em A o indivíduo é independente para todas as funções, G dependente para todas as funções e OUTRO, dependente para duas ou mais funções (KATZ,1963).

Além do mais, a incapacidade funcional foi analisada separadamente, sendo avaliados de modo independente os domínios das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Esta decisão foi tomada após observar que distintos estudos utilizaram este mesmo desfecho (ALVES et al., 2007; DEL DUCCA et al., 2009; PEREIRA et al., 2012).

Por fim, a seguir, apresenta-se o cálculo de poder a posteriori do estudo:

Quadro 1: Cálculo tamanho de amostra para estudo de associação entre AVD's e fatores associados:

Exposição	% de Não Expostos (NE)	% de Expostos (E)	Razão E/ NE	Prevalência do Desfecho em NE	Prevalência do Desfecho em E	Razão de Prevalência	N Poder de 80%	Poder do estudo IF N =1593
Sexo Feminino	37,2	62,8	1,69	8,4	11,9	1,41	2.462	60%
Parda/amarela/indígena/preta	78,6	21,4	3,7	10,7	10,4	0,97	497	12%
viúvo	66,2	33,8	1,96	8,0	15,4	1,93	695	42%
Reside sozinho sim	82,4	17,6	4,68	12,1	3,2	0,26	606	44%
Escolaridade 8 ou mais	78,3	21,7	3,61	16,9	5,2	3,25	404	55%
Classe Econômica D/E	66,0	34,0	1,94	9,5	10,4	1,09	3.872	13%
Consumo de álcool sim	84,0	16,0	5,25	2,3	12,0	5,21	391	75%
Comp. Sedentário<3h	59,3	40,7	1,5	7,6	9,0	1,18	12.915	15%
Fratura sim	96,0	4,0	24,0	10,4	15,6	1,50	8.419	23%
Queda sim	72,0	28,0	2,57	8,8	15,0	1,44	4.473	39%
HAS sim	44,7	55,3	0,81	10,9	10,3	0,94	8.424	13%
DIA sim	84,9	15,1	5,62	10,0	13,6	1,36	4.919	35%
Reumat/art/artr sim	72,7	27,3	2,66	10,1	11,7	1,16	15.228	13%
Cardiopatia sim	70,4	29,6	2,38	9,5	13,1	1,38	2.975	53%
Câncer sim	95,1	4,9	19,41	10,4	14,1	1,36	13.102	16%
Emerg3 meses	87,2	12,8	6,81	9,4	11,6	1,23	13.640	15%
Consulta 3 meses	45,4	54,6	0,83	9,4	11,6	1,23	6.350	26%

Quadro 2: Cálculo tamanho de amostra para estudo de associação entre AIVD's e fatores associados:

Exposição	% de Não Expostos (NE)	% de Expostos (E)	Razão E/ NE	Prevalência do Desfecho em NE	Prevalência do Desfecho em E	Razão de Prevalência	N Poder de 80%	Poder do estudo IF N =1593
Sexo Feminino	37,2	62,8	1,69	32,5	35,2	1,08	10.458	18%
Fumante sim	84,7	15,3	5,54	34,2	27,1	0,79	2.699	55%
Comp. Sedentário <3h	59,3	40,7	1,5	32,2	31,4	0,98	11.380	12%
Comp. Outra pess. Igual	89,2	10,8	8,26	28,1	31,5	1,12	14.880	13%
Fratura sim	96,0	4,0	24,0	33,9	40,6	1,20	10.838	16%
HAS sim	44,7	55,3	0,81	32,2	35,8	1,11	5.613	30%
Câncer sim	95,1	4,9	19,41	33,9	41,0	1,21	7.979	22%
Emerg3 meses	87,2	12,8	6,81	29,7	38,0	1,28	2.339	63%

Referências:

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 23, n. 8, p.1924-30, Ago. 2007.

DEL DUCA, G. F, et al. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 5, n.43, p.796-805, 2009.

KATZ, S.A. et al. Studies of Illness in the Aged the Index of Adl: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. **JAMA**, p. 914-9, 1963.

MS (Ministério da Saúde). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS; 2006.

PEREIRA, G. N., et al. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. **Caderno Saúde Pública**, vol.28, n.11, p.2035-2042, Nov. 2012.

III Artigo Científico

Incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em um município do Sul do Brasil¹

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em sujeitos com 60 anos ou mais de idade.

Métodos: Estudo transversal de base populacional, com 1.593 idosos residentes na zona urbana do município de Bagé, RS. A incapacidade funcional foi operacionalizada para caracterizar de modo independente os domínios das atividades básicas e instrumentais da vida diária por meio do Índice de Katz e da Escala de Lawton e Brody, respectivamente, sendo definida pela necessidade de ajuda parcial ou total para, pelo menos, uma atividade diária.

Resultados: A prevalência da incapacidade funcional para atividades básicas foi de 10,6% (IC95% 9,1-12,1) e de 34,2% (IC95% 31,9-36,6) para as atividades instrumentais. A incapacidade funcional para ambos os domínios foi estatisticamente associada ao incremento da idade, baixa escolaridade, consumo de bebida alcoólica, história de acidente vascular encefálico, déficit cognitivo, hospitalização no ano anterior à entrevista e atendimento domiciliar nos últimos três meses. **Conclusão:** A associação do desfecho com as características comportamentais, de saúde e de uso de serviços destaca a importância de ações de promoção da saúde visando mudança de comportamento e manejo adequado de doenças crônico-degenerativas que podem levar à hospitalização e à institucionalização.

Palavras-Chave: Idoso; Incapacidade Funcional; Atividades Cotidianas; Estudos Transversais.

¹ Este artigo foi submetido à Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde no dia 30/03/16 e encontra-se em situação de avaliação.

Disability and associated factors in the elderly: a population-based study in the municipality in a city in South Brazil

Abstract

Objectives: To estimate the prevalence of functional disability in basic and instrumental activities of daily and associated factors in subjects aged 60 years or older. **Methods:** Functional disability was operationalized to characterize independently the basic activities and instrumental activities living through the Katz Index and the Lawton and Brody Scale, respectively, defined by the need for partial or total aid to at least a daily activity. **Results:** The prevalence of disability in basic activities was 10,6% (95% CI 9,1 to 12,1) and 34,2% (95% CI 31,9 to 36,6) for the instrumental. The disability increased among the older group less educated, alcohol consumption, previous stroke, cognitive impairment, hospitalized in the year preceding the interview and home care in the last three months. **Conclusion:** The association with the behavioral characteristics, health and use of services highlights the importance of health promotion actions for behavior change and appropriate management of chronic degenerative diseases that can lead to hospitalization and institutionalization.

Key words: Aged; Disability; Activities of Daily Living; Cross-Sectional Studies.

Incapacidad funcional y factores asociados en ancianos: estudio de base poblacional en Bage, Río Grande do Sul, Brasil

Resumo

Objetivo: Estimar la prevalencia de incapacidad para actividades básicas e instrumentales diarias y factores asociados en sujetos mayores de 60 años. **Métodos:** estudio poblacional transversal con 1.593 ancianos residentes en el área urbana de Bagé, RS. Incapacidad funcional fue puesto en práctica de forma independiente para caracterizar las áreas de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria a través del Índice de Katz y la Escala de Lawton y Brody, respectivamente, que se define por la necesidad de ayuda parcial o total de al menos una actividad diaria. **Resultados:** La prevalencia de incapacidad en actividades básicas fue 10,6% (IC95%:9,1 a 12,1) y 34,2% (IC95%:31,9 a 36,6) para instrumentales. La incapacidad funcional para ambas áreas se asoció estadísticamente con el aumento de la edad, el bajo nivel educativo, consumo de alcohol, antecedentes de accidente cerebrovascular,

deterioro cognitivo, hospitalizados en el año anterior a la entrevista y el cuidado en el hogar en los últimos tres meses. **Conclusión:** El resultado de la asociación con las características de comportamiento, la salud y el uso de los servicios pone de relieve la importancia de las acciones de promoción de la salud para el cambio de comportamiento y el manejo apropiado de las enfermedades crónico degenerativas que pueden conducir a la hospitalización e institucionalización.

Palabras clave: Anciano; Incapacidad funcional; Actividades Cotidianas; Estudios transversales.

Introdução

A longevidade é uma das maiores conquistas da população mundial, embora essa aquisição aconteça de forma diferenciada, conforme os países e contextos socioeconômicos¹. Nos países de alta renda, o aumento na proporção de idosos na população ocorreu de forma gradual, acompanhando as melhorias das condições gerais de vida. Já nos países de renda média e baixa, o aumento vem ocorrendo de forma acelerada, gerando um desafio para as políticas sociais e de saúde vigentes².

Dentre as implicações acarretas pelo processo de envelhecimento, destaca-se o aumento de doenças crônico-degenerativas que acompanham a maior longevidade, devido ao controle de doenças infectocontagiosas, a melhorias nas condições de diagnósticos, tratamento e saneamento básico, desencadeando mudanças no perfil epidemiológico. O crescimento do número de idosos com incapacidade funcional é uma das consequências desta mudança, dificultando a adaptação do indivíduo no ambiente social e resultando em maior vulnerabilidade física e mental³.

A incapacidade funcional se caracteriza como a dificuldade em desempenhar atividades cotidianas em algum domínio da vida devido a um problema de saúde⁵. Associada a fatores multidimensionais, pode ser mensurada sob a ótica de dois domínios: por meio da realização de atividades básicas da vida diária (AVDs), referente a tarefas ligadas ao

autocuidado como alimentar-se e banhar-se e pela realização das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), as quais se relacionam com a realização de atividades direcionadas à independência do indivíduo na sociedade, como, por exemplo, fazer compras e utilizar meio de transporte⁶.

A perda da capacidade funcional traz implicações para o idoso, para a família e para a comunidade, além de aumentar o risco de morte, gera maior chance de hospitalização e de gastos para o Sistema Único de Saúde. Por isso, é fundamental avaliar a incapacidade funcional em idosos e seus fatores associados, fornecendo subsídios teóricos que possam nortear a prática clínica na atenção básica, proporcionando uma avaliação clínica abrangente que possibilite a organização de estratégias focadas na qualidade de vida e manutenção da capacidade funcional nos idosos⁷.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional para AVDs e AIVDs em idosos da área urbana de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil.

Métodos

Estudo transversal de base populacional, com dados coletados de julho a novembro de 2008, na área urbana e de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde do município de Bagé, RS, em uma amostra de 1.593 idosos com 60 anos ou mais de idade. Em 2008, o município tinha aproximadamente 122.461 habitantes, sendo 14.792 (12%) idosos que se dividiam entre a zona urbana e a zona rural. Todavia, a população se concentrava em sua maioria, no perímetro urbano totalizando 11.834 (82%).

A coleta de dados foi realizada nas 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de que o município dispunha. Para localização da amostra, a área de cada UBS foi dividida em micro áreas, com identificação numérica de cada quadra, sorteando aleatoriamente o ponto inicial de coleta de dados e cada uma das quadras. Com o intuito de garantir que todos os domicílios

tivessem a mesma probabilidade de compor a amostra, foi empregado o pulo sistemático de uma a cada cinco residências e as casas à esquerda foram consideradas elegíveis. Todos os moradores com 60 anos ou mais de idade residentes nos domicílios selecionados foram convidados a participar do estudo. As entrevistas não realizadas após três tentativas em dias e horários diferentes foram consideradas perdas e recusas, totalizando 4% e 3% respectivamente.

O tamanho da amostra foi calculado para um estudo maior⁴. Considerando 10% de perdas e recusas, e um efeito de delineamento de 1.3, o estudo teve 80% de poder para detectar riscos relativos de 1.5 e exposições que afetavam, no mínimo, 4% da população.

A incapacidade funcional foi operacionalizada para caracterizar de modo independente os domínios das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Na caracterização das AVDs (banhar-se, vestir-se, alimentar-se, usar o vaso sanitário e fazer as transferências cama/cadeira) utilizou-se o Índice de Katz⁸ e das AIVDs (utilizar o telefone, ir a lugares distantes, fazer compras, preparar refeições, fazer tarefas domésticas, controlar o dinheiro, tomar medicamentos e lidar com objetos pequenos), a Escala de Lawton e Brody⁹. Na seleção destes dois instrumentos valorizou-se a vasta utilização em inquéritos^{10, 11} que abrangem a incapacidade funcional em idosos, além de serem validados e reconhecidos pelo Ministério da Saúde¹².

Para as atividades avaliadas em cada domínio havia três opções de respostas: não recebe ajuda, recebe ajuda parcial ou recebe ajuda total. A incapacidade funcional foi definida pela necessidade de ajuda parcial ou total para, pelo menos, uma atividade básica e para, pelo menos, uma atividade instrumental da vida diária.

As variáveis independentes incluídas foram: sexo (masculino e feminino), idade em anos completos (60 a 64; 65 a 69; 70 a 74; 75 ou mais), cor da pele auto referida (branca; preta; parda/indígena/amarela), situação conjugal (casado ou com companheiro;

solteiro/separado; viúvo), escolaridade em anos completos (8 ou mais; 1 a 7 anos; nenhum), nível socioeconômico segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP (A/B, C, D/E), morar sozinho (não/sim), uso de tabaco (não, nunca fumou; sim, fuma; já fumou, mas parou), consumo de álcool nos últimos 30 dias (não/sim), comportamento sedentário: assistir TV >3 horas por dia (não/sim), auto percepção de saúde (boa/ótima; regular; ruim/péssima), sentimento com relação à vida (insatisfeito/satisfeito), comparação de saúde com outras pessoas de sua idade (melhor; igual; pior), história de queda no último ano (não/sim), história de fraturas no último ano (não/sim), diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) (não/sim), diabetes mellitus (DM) (não/sim), diagnóstico médico de reumatismo/artrite/artrose (não/sim), diagnóstico médico de acidente vascular encefálico (AVE) (não/sim), diagnóstico médico de cardiopatia (não/sim), diagnóstico médico de câncer (não/sim), déficit cognitivo (Mini Exame Mental até 22/23) (não/sim), utilização de serviço de urgência, domiciliar e consulta médica nos últimos 03 meses (não/sim) e utilização de serviço hospitalar nos últimos 12 meses (não/sim).

Na análise ajustada, as variáveis de exposição foram organizadas de acordo com o seguinte modelo hierárquico: 1º nível: Características sociodemográficas; 2º nível: Características comportamentais; 3º nível: Percepção de saúde e situação de saúde e 4º nível: Utilização de serviços de saúde.

As análises foram conduzidas no programa Stata versão 12.1, para caracterizar de modo independente a incapacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, não sendo apresentada uma variável que combine ambos os domínios. Empregou-se a estatística descritiva com o cálculo das prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95%. Na análise bruta foram empregados testes de qui-quadrado para heterogeneidade ou tendência linear. A análise ajustada foi realizada com o objetivo de avaliar a associação em cada domínio da incapacidade funcional com as variáveis independentes, controlando os

possíveis fatores de confusão. Para isso, foi utilizada a regressão de Poisson com ajuste robusto da variância para o cálculo de razão de prevalência e respectivos IC95%. Foram mensurados os valores p do teste de Wald de heterogeneidade e tendência linear. Associações com valor-p <0,05 foram consideradas estatisticamente significativas.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob o ofício nº 15/08. Os princípios éticos foram resguardados a partir da assinatura dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da garantia do anonimato.

Resultados

As análises incluíram os 1.593 idosos entrevistados. A maioria era constituída por mulheres (63,0%), indivíduos com 70 anos ou mais de idade (51,4%) e com cor da pele branca (78,6%). Pouco mais da metade da amostra (51,2%) era casada ou vivia com companheiro e 17,6% dos idosos residiam sozinhos. A maioria (54,6%) referia ter de 1 a 7 anos de estudo, 38,9% dos idosos pertenciam à classe C e 34,0% às classes D/E. Com relação às variáveis comportamentais, 39,6% dos idosos relataram ter parado de fumar, 16% consumiram álcool nos últimos 30 dias e 59,3% admitiram assistir mais de 3 horas diárias de televisão. Em se tratando da auto percepção de saúde, 34,1% dos idosos a consideravam regular, 94,3% diziam estar satisfeitos com a vida e 44,6% dos entrevistados consideravam sua saúde igual a das outras pessoas.

Quanto às morbidades, 4,0 % dos idosos relataram ter tido algum tipo de fratura no último ano e 28,0% referiram ter sofrido quedas nos últimos 12 meses. Mais da metade dos entrevistados (55,3%) possuía diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica, 15,1% de diabetes mellitus e 27,2% de reumatismo/artrite/artrose. Entre os idosos entrevistados, 9,8% referiram ter tido acidente vascular encefálico, 29,6% alguma cardiopatia, 4,9% diagnóstico

de câncer e 34,1% possuíam déficit cognitivo. Por fim, quanto à utilização dos serviços de saúde, 17,7% dos entrevistados referiram ter hospitalizado nos últimos 12 meses, 12,8% relataram ter ido à consulta de emergência, 6,9% dos idosos referiram ter recebido algum tipo de atendimento domiciliar e 54,6% consulta médica nos últimos três meses, anteriores à entrevista.

A prevalência de incapacidade funcional para as AVDs foi de 10,6% (IC95% 9,1–12,1) e para as AIVDs de 34,2% (IC95% 31,9–36,6). A tabela 1 descreve a situação de dependência para cada atividade básica e instrumental da vida diária. Dentre as atividades básicas, a maior independência foi para alimentar-se (96,5%), seguida de realizar transferências cama/cadeira (94,8%). A necessidade de ajuda parcial foi referida por 3,9% dos idosos para banhar-se e 3,7% para realizar as transferências cama/cadeira. Quanto à necessidade de ajuda total, a maior dependência foi para vestir-se (7,0%) e banhar-se (5,5%). Para as instrumentais, os idosos referiram maior independência para lidar com objetos pequenos (86,7%) e tomar remédio (86,6%), enquanto, 11,6% referiram necessidade de ajuda parcial para arrumar a casa e 9,7% para fazer compras. A necessidade de ajuda total foi mais frequente para usar o telefone (11,0%) e fazer compras (10,3%).

A tabela 2 apresenta a análise bruta e ajustada da incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais, conforme as variáveis independentes. Os fatores que se mantiveram associados à incapacidade funcional para atividades básicas na análise ajustada foram: 75 anos ou mais, ser viúvo, não ter escolaridade ou ter de 1 a 7 anos de estudo, ter consumido bebida alcoólica nos últimos 30 dias, diagnóstico médico de AVE e/ou apresentar déficit cognitivo, ter sido hospitalizado nos últimos 12 meses anteriores à entrevista e ter utilizado serviços domiciliares nos últimos três meses anteriores à entrevista.

Para as AIVD's os fatores que se mantiveram associados na análise ajustada foram: 70 anos ou mais de idade, cor da pele parda/indígena/amarela, ser viúvo, nenhuma escolaridade

ou de 1 a 7 anos de estudo, ex-fumante, consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, auto percepção de saúde regular ou péssima/ruim, diagnóstico médico de diabetes e/ou AVE e/ou déficit cognitivo, hospitalização no último ano e atendimento domiciliar nos últimos 3 meses (Tabela 2).

Já as variáveis morar só e sentimento de satisfação com relação à vida foram considerados fatores de proteção para incapacidade funcional em ambos os domínios (Tabela 2).

Discussão

Os resultados da pesquisa reforçam a condição multidimensional da incapacidade funcional, que se associam a características sociodemográficas, comportamental, de situação de saúde e de utilização dos serviços de saúde pelos idosos.

Nesse inquérito, a maioria dos idosos foi considerada independente para realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária. Contudo, uma proporção apresentou dificuldade ou incapacidade para desempenhar algumas atividades, principalmente no domínio instrumental. À semelhança de nosso estudo, pesquisa que investigou idosos do município de Pelotas encontrou maiores prevalências de incapacidade funcional para as atividades de “banhar-se”, “vestir-se” e “fazer compras”¹³. As evidências sugerem que as dificuldades na realização das atividades decorrem do processo fisiológico de envelhecimento, que compromete funções cognitivas (déficit de atenção, raciocínio e memória), motoras (diminuição da força física, limitações da mobilidade e do equilíbrio) e sensitivas (diminuição da visão, tato, propriocepção, audição, paladar e olfato)¹⁴.

Neste contexto, aumenta a relevância de estratégias que podem minimizar a dependência do idoso e ampliar sua funcionalidade, por meio de redução de barreiras arquitetônicas, melhoria da iluminação e da disposição dos móveis da casa e da utilização de

mecanismos adaptativos, como por exemplo, órteses (bengalas, muletas, andadores, cadeira de rodas, aparelho auditivo e óculos)¹⁴.

Idosos com 75 anos ou mais apresentaram maior probabilidade de incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais, à semelhança de inquéritos nacionais^{15, 16} e internacionais^{17, 18}. O declínio funcional compromete 6% das funções biológicas em idosos entre 60 e 64 anos, alcançando cerca de 50% da capacidade fisiológica a partir dos 75 anos¹⁹.

Com relação à cor da pele, idosos pardos/indígenas/amarelos apresentaram 32% mais incapacidade funcional para atividades instrumentais quando comparados àqueles de pele branca. Ao avaliar a escolaridade, observou-se que quanto menor o tempo de estudo maior a associação com incapacidade funcional, tanto para atividades básicas como para instrumentais, coincidindo com achados de estudos realizados no país^{20, 21}. A associação entre cor da pele e incapacidade funcional pode estar relacionada às condições socioeconômicas desses idosos, tendo em vista que, no Brasil, a cor da pele está diretamente relacionada ao nível social e econômico, e consequentemente às condições de vida, habitação, trabalho, alimentação, lazer e estilo de vida²⁰. Quanto à escolaridade, acredita-se que indivíduos com menos anos de estudo apresentem um letramento funcional em saúde limitado, o que ocasionaria maior dificuldade em entender, interpretar e aplicar as informações de saúde recebidas, limitando seus cuidados²¹.

Idosos viúvos tiveram maior prevalência de incapacidade funcional para as atividades básicas, concordando com os resultados de uma pesquisa de base populacional realizada no Sudeste do Brasil, que relata o impacto negativo da perda do companheiro no cotidiano do idoso²². Os autores reforçam ainda que a diminuição dos vínculos afetivos possa trazer danos à saúde do indivíduo com consequências negativas para sua capacidade funcional²².

À semelhança do observado em outros estudos^{22, 23}, morar só mostrou ser um fator de proteção para a ocorrência de incapacidade funcional básica e instrumental. Esta condição

revela maior independência e autonomia do idoso para desempenhar atividades diárias, provavelmente pela manutenção das condições físicas e cognitivas necessárias para estas demandas²³.

No que se refere às características comportamentais, a probabilidade de idosos ex-fumantes apresentarem, após ajuste, incapacidade funcional para atividades instrumentais foi 22% maior do que entre aqueles que nunca fumaram. Uma hipótese para tal associação é que normalmente o abandono do vício de fumar é motivado pela piora na condição de saúde, e esta pode levar ao declínio funcional²⁴. Neste mesmo contexto, consumo de bebida alcoólica se associou à incapacidade nas funções básicas e instrumentais. O álcool é uma droga depressora do sistema nervoso central que afeta diferentes funções cerebrais, como a cognição, coordenação psicomotora, capacidade viso espacial e habilidades percepto-motoras, podendo alterar o estado de saúde e reduzir a capacidade funcional²⁵.

Estudos relatam que a pior auto percepção de saúde está associada ao maior risco de morbidade e mortalidade, sendo a melhor percepção de saúde um preditor do envelhecimento saudável^{3, 20,22}. Auto percepções pessimistas da saúde geralmente decorrem da presença de morbidades e limitações na realização de atividades cotidianas, embora no presente estudo não tenha se observado sua associação com o aumento da incapacidade funcional. Entretanto, estar satisfeito com a vida foi fator de proteção para a incapacidade nas atividades básicas.

Dentre as morbidades investigadas, nossos achados mostraram que ter diabetes mellitus implica em 33% mais prevalência de incapacidade para as atividades instrumentais. A presença de acidente vascular encefálico e/ou déficit cognitivo também apresentou associação significativa para incapacidade funcional em ambos os domínios.

A diabetes pode desencadear diversas complicações, como, por exemplo, alterações vasculares, perda de visão, insuficiência renal e acidente vascular cerebral, que levam ao declínio cognitivo, amputações, deficiência física, quedas e fraturas, ameaçando a perda da

independência do indivíduo²⁶. Por sua vez, a literatura relata que o AVE é uma das morbidades mais limitantes, visto que em um curto período de tempo suas sequelas podem reduzir drasticamente a independência dos idosos³. O déficit cognitivo implica em perturbação na orientação espaço-temporal, dificuldade de atenção e de memória, tornando a atividade social e intelectual do idoso limitada, o que acaba restringindo sua funcionalidade²⁷.

Conforme achados prévios²⁸, os resultados desta pesquisa indicam que idosos hospitalizados no último ano apresentaram uma probabilidade cerca de 70% maior de incapacidade para atividades básicas e 30% para instrumentais. Da mesma forma, receber atendimento domiciliar nos últimos três meses mostrou forte associação com a incapacidade funcional nos dois domínios investigados. A literatura indica que a internação hospitalar gera perdas nas capacidades vitais e que a utilização de atendimento domiciliar está associada à dificuldade de locomoção até o serviço de saúde, contudo, por tratar-se de um estudo transversal, não é possível verificar uma tendência temporal²⁸.

Cabe destacar que a utilização de serviços de saúde é um importante marcador de piores condições de saúde do indivíduo. Neste contexto, uma pesquisa revela que, no Brasil, a prevalência de internações públicas anuais aumenta conforme a idade dos idosos, sendo de 8,3% na faixa etária de 60 a 69 anos, 10% de 70 a 79 e 11,9% de 80 anos ou mais. O achado sugere que, com o avanço da idade ocorre um declínio na saúde e na capacidade funcional dos idosos, gerando aumento nas demandas dos serviços de saúde²⁹.

Os resultados deste estudo permitiram conhecer a proporção de idosos com incapacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais e os fatores associados. Dentre as variáveis investigadas, ressaltamos a importância do investimento em ações de promoção da saúde voltada às características comportamentais, de situação de saúde e de utilização de serviços, visto que são passíveis de mudanças como, por exemplo, a implementação de ações que promovam a atividade física, alimentação saudável e redução de

riscos, visto que afetam diretamente a capacidade funcional dos idosos. Além disso, os dados apresentados servem de subsídio para a inserção da investigação sobre a capacidade funcional no cotidiano da prática clínica dos profissionais da saúde e possibilitam estimar a demanda de apoio necessário para a oferta de cuidados domiciliares. Assim, estes poderão realizar intervenções direcionadas e pontuais, através de ações que proporcionem o envelhecimento saudável, independência, autonomia, qualidade de vida e a redução da mortalidade dos idosos. Estas intervenções poderão refletir na redução dos custos dos serviços de saúde.

É importante destacar que este estudo possui limitações inerentes ao delineamento transversal, dificultando estabelecer a relação temporal entre as variáveis. Por isso, destaca-se a necessidade da realização de estudos de incidência, visando melhor compreender o processo de incapacidade funcional nos idosos, o que permitirá a elaboração de estratégias ainda mais efetivas.

Referências

- 1- Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. 2009 mai-nov; 43(3): 548-54.
- 2- Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). Rev. Saúde Pública [Internet]. 2012 dez [citado 2016 mar 02]; 46(Suppl 1): 100-107. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000700014&lng=en.
- 3- Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 jun [citado 2016 mar 02]; 24(6):1260-1270. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000600007&lng=en.

- 4- Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *Am J Public Health*. 2011; 101(5):868-74.
- 5- Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med*. 1994; 38(1):1-14.
- 6- Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e *mensurando a incapacidade funcional* da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2008 ago [citado 2016 Mar 05]; 13(4): 1199-1207. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000400016&lng=en.
- 7- Alves LC, Leimann BC, Vasconcelos ME, Carvalho MS, Vasconcelos AG, Fonseca TC et al . A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2007 ago [citado 2016 Mar 05]; 23(8): 1924-1930. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000800019&lng=en.
- 8- Katz S Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged the Index of ADL: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*. 1963 set; 185: 914-9.
- 9- Lawton MP, Brody AC. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9(3):179-86.
- 10- Reyes-Ortiz CA, Ostir GV, Pelaez M, Ottenbahr KJ. Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006 jan-fev; 42(1):21-33.
- 11- Maciel AC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2007 Jun [citado 2016 Mar 07]; 10(2): 178-189. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2007000200006&lng=en.
- 12- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília; 2006.

- 13- Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos Rev. Saúde Pública [Internet]. 2009 out [citado 2016 Mar 06]; 43(5):796-805. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000500008&lng=en.
- 14- Nunes DP, Nakatani AY, Silveira EA, Bachion, MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 set [citado 2016 Mar 06]; 15(6):2887-2898. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000600026&lng=en.
- 15- Lopes MC, Lage JL, Vancini-Campanharo CR, Okuno FP, Batista RA. Fatores associados ao comprometimento funcional de idosos internados no serviço de emergência. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2015 jun [citado 2016 Mar 10]; 13(2): 209-214. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000200007&lng=en.
- 16- Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi LR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 ago [citado 2016 Mar 10]; 19(8):3317-3325. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000803317&lng=en.
- 17- Gill TM, Gahbauer EA, Murphy TE, Han L, Allore HG. Risk factors and precipitants of long-term disability in community mobility: a cohort study of older persons. J Public Health. 2012 jul; 156(2):131-140.
- 18- Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita FS, González AI, Lorenzo T, Fernández AT, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. Arch Gerontol Geriatr. 2010; 50(3):306-10.

- 19- Hairi NN, Awang B, Cumming RG, Naganathan V, Muddla I. Prevalence and correlates of physical disability dwelling older people in rural Malaysia, a middle income country. *Public Health*. 2010 ago; 10:(492):71-9.
- 20- Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2010 jun [citado 2016 Mar 11]; 44(3): 468-478. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000300010&lng=en.
- 21- Pereira GN, Bastos GN, Del Duca GF, Bós JG. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 nov [citado 2016 Mar 10]; 28(11):2035-2042. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012001100003&lng=en.
- 22- Nunes MC, Ribeiro CL, Rosado PL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev. bras. fisioter.* [Internet]. 2009 out [citado 2016 Mar 13]; 13(5):376-382. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141335552009000500003&lng=en.
- 23- Rosa TC, Benício MA, Latorre DO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2003 fev [citado 2016 Mar 11]; 37(1):40-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102003000100008&lng=en.
- 24- Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2006 jun [citado 2016 Mar 13]; 40(3):436-443. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000300011&lng=en.
- 25- Rigoni MS, Susin N, Trentini CM, Oliveira MS. Alcoolismo e Avaliação de Funções Executivas: Uma Revisão Sistemática. *Psico*. 2013; 44(1):122-129.

- 26- Gregg EW, Brown A. Cognitive and physical disabilities and aging-related complications of diabetes. *Clinical Diabetes* 2003; 21:113-8.
- 27- Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis Júnior WM, Rocha SV, Brito TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [citado 2016 Mar 13]; 25(6):933-939. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000600017&lng=en.
- 28- Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola FA. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 mar [citado 2016 Mar 15]; 30(3): 599-610. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000300599&lng=en.
- 29- Lima-Costa MF, Barreto SA, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2003 jun [citado 2016 Mar 15]; 19(3): 735-743. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300006&lng=en.

Tabela 1. Análise descritiva da dependência funcional para cada uma das atividades básicas da vida diária (AVD's) e instrumentais da vida diária (AIVD's) dos idosos de Bagé, RS, 2008. (N=1.593)

Atividades	Independentes		Necessita de ajuda parcial		Necessita de ajuda total	
	n	%	n	%	n	%
AVD's						
Banhar-se	1442	90,5	63	4,0	88	5,5
Vestir-se	1451	91,0	31	2,0	111	7,0
Usar o banheiro	1502	94,3	49	3,0	42	2,7
Realizar transferências cama/cadeira	1511	94,8	59	3,8	23	1,4
Alimentar-se	1537	96,5	30	1,9	26	1,6
AIVD's						
Usar o telefone	1323	83,0	94	6,0	176	11,0
Ir a lugares distantes	1303	81,8	137	8,6	153	9,6
Fazer compras	1275	80,0	154	9,7	164	10,3
Preparar refeições	1317	82,7	130	8,1	146	9,2
Arrumar a casa	1253	78,6	185	11,6	155	9,8
Lidar com objetos pequenos	1381	86,7	80	5,0	132	8,3
Tomar remédio	1377	86,8	113	7,1	95	6,1
Cuidar do dinheiro	1346	84,5	125	7,9	122	7,6

Tabela 2. Análise bruta e ajustada para as atividades básicas da vida diária (AVD's) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD's), conforme as variáveis independentes, Bagé, RS, 2008.

Níveis Hierárquicos	Variáveis	%	Análise bruta AVD's Valor p RP (IC 95%)	Análise ajustada AVD's Valor p RP (IC 95%)	%	Análise bruta AIVD's Valor p RP (IC 95%)	Análise ajustada AIVD's Valor p RP (IC 95%)
1º nível	Sociodemográficas						
	Sexo		0,032	0,365		0,277	0,825
	Masculino	8,4	1	1	32,5	1	1
	Feminino	11,9	1,41(1,03;1,93)	1,16(0,83;1,63)	35,2	1,08(0,93;1,24)	0,98(0,84;1,14)
	Idade (anos)		<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
	60 a 64 anos	5,2	1	1	20,7	1	1
	65 a 69 anos	4,0	0,76(0,39;1,45)	0,71(0,37;1,37)	23,7	1,14(0,87;1,48)	1,09(0,84;1,42)
	70 a 74 anos	6,5	1,24(0,69;2,23)	1,16(0,64;2,11)	30,1	1,45(1,12;1,87)	1,39(1,08;1,79)
	75 ou mais	22,5	4,29(2,74;6,71)	3,55(2,23;5,66)	55,6	2,68(2,18;3,29)	2,41(1,94;2,98)
	Cor da pele		0,870	0,580		0,006	0,003
	Branca	10,7	1	1	31,9	1	1
	Preta	9,3	0,86(0,50;1,49)	0,77(0,46;1,29)	42,4	1,32(1,07;1,63)	1,12(0,91;1,38)
	Parda/indígena/amarela	10,4	0,96(0,62;1,48)	1,04(0,68;1,57)	42,7	1,33 (1,11;1,60)	1,32(1,12;1,56)
	Situação Conjugal		<0,001	0,018			0,081
	Casado ou com companheiro	8,0	1	1	30,3	<0,001	1
	Solteiro/Separado	8,4	1,03 (0,64; 1,67)	1,52(0,95;2,44)	29,9	1	1,20(0,97;1,49)
	Viúvo	15,4	1,90 (1,40;2,58)	1,52(1,12;2,06)	41,8	0,98(0,79;1,22) 1,37(1,19;1,58)	1,15(1,00;1,33)

Continuação da tabela 2

Variáveis	%	Análise bruta AVD's Valor p RP(IC 95%)	Análise ajustada AVD's Valor p RP(IC 95%)	%	Análise bruta AIVD's Valor p RP(IC 95%)	Análise ajustada AIVD's Valor p RP(IC 95%)
Escolaridade (anos completos)		<0,001				
8 anos ou mais	5,2	1	0,021	20,7	<0,001	<0,001
1 a 7 anos	10,1	1,92(1,77;3,15)	1	33,1	1	1
Nenhum	16,9	3,21(1,94; 5,32)	1,71(1,05;2,77)	49,1	1,59(1,27;2,00)	1,45(1,16;1,81)
			2,04(1,23;3,38)		2,36(1,87;2,98)	1,75(1,39;2,20)
Nível socioeconômico		0,582	0,371		0,004	0,879
A/B	9,5	1	1	28,6	1	1
C	11,5	1,20 (0,83; 1,73)	0,91(0,62;1,34)	34,4	1,20(0,99;1,44)	0,95(0,79;1,14)
D/E	10,4	1,09 (0,74 ;1,59)	0,75(0,50;1,15)	38,8	1,35(1,12;1,62)	0,97(0,80;1,18)
Morar sozinho		<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
Não	12,1	1	1	36,5	1	1
Sim	3,2	0,26 (0,13;0,50)	0,20(0,10;0,40)	23,3	0,63(0,50;0,79)	0,55(0,43;0,69)
2º nível	Comportamentais					
Uso de Tabaco		0,006	0,199		0,029	0,018
Não, nunca fumou	12,1	1	1	34,2	1	1
Sim, fuma	4,5	0,37 (0,20; 0,68)	0,77(0,42;1,40)	27,1	0,79(0,63;0,99)	1,10(0,88;1,38)
Já fumou, mas parou	11,2	0,92 (0,69; 1,24)	1,22(0,91;1,62)	37,0	1,08(0,93;1,25)	1,22(1,06;1,40)

Continuação da tabela 2

Variáveis	%	Análise bruta AVD's Valor p RP(IC 95%)	Análise ajustada AIVD's Valor p RP(IC 95%)	%	Análise bruta AIVD's Valor p RP(IC 95%)	Análise ajustada AIVD's Valor p
Consumo de álcool		<0,001	0,006		<0,001	RP(IC 95%) 0,022
Não	2,3	1	1	21,3	1	1
Sim	12,0	5,09(2,27;11,38)	3,06 (1,37;6,83)	36,7	1,71(1,34;2,20)	1,33(1,04;1,70)
Comportamento sedentário		0,317	0,430		0,758	0,641
Assistir TV <3 horas	9,0	1	1	32,2	1	1
Assistir TV 3 horas ou mais	7,6	0,83(0,59; 1,18)	0,87(0,62;1,22)	31,4	0,97(0,83;1,13)	1,03(0,89;1,19)
3º nível						
Percepção Saúde						
Autopercepção		<0,001	0,547		<0,001	0,250
Boa/Ótima	5,7	1	1	24,3	1	1
Regular	10,4	1,82(1,26;2,62)	1,24(0,83;1,84)	42,5	1,74(1,50;2,03)	1,50(1,29;1,75)
Péssima/Ruim	20,1	3,51(2,22;5,55)	1,24(0,69;2,33)	51,3	2,11(1,70;2,62)	1,45(1,13;1,86)
Sentimento com relação à vida		<0,001	0,002		<0,001	0,096
Insatisfeito	26,4	1	1	54,0	1	1
Satisfeito	7,1	0,26 (0,18;0,39)	0,51(0,33;0,78)	30,9	0,57(0,46;0,70)	0,82(0,65;1,03)
Comparação de saúde com outra pessoa		<0,001	0,001		<0,001	0,250
Melhor	6,1	1	1	28,1	1	1
Igual	6,7	1,09 (0,73; 1,64)	0,74(0,49;1,12)	31,5	1,12(0,95;1,31)	0,96(0,81;1,12)
Pior	25,0	4,07 (2,74; 6,04)	1,53(0,96;2,42)	53,3	1,89(1,57;2,28)	1,13(0,91;1,41)

Continuação da tabela 2

Variáveis	%	Análise bruta AVD's Valor p RP(IC 95%)	Análise ajustada AVD's Valor p RP(IC 95%)	%	Análise bruta AIVD's Valor p RP(IC 95%)	Análise ajustada AIVD's Valor p RP(IC 95%)
Morbidades						
Queda no último ano		<0,001	0,233		<0,001	0,171
Não	8,8	1	1	30,8	1	1
Sim	15,0	1,70(1,27;2,27)	1,24(0,87;1,76)	43,1	1,39(1,21;1,60)	1,10(0,95;1,27)
Fraturas		0,176	0,063		0,251	0,764
Não	10,4	1	1	33,9	1	1
Sim	15,6	1,50 (0,83; 2,70)	1,67(0,97;2,86)	40,6	1,19(0,88;1,62)	1,04(0,76;1,43)
Hipertensão Arterial Sistêmica		0,687	0,063		0,128	0,727
Não	10,9	1	1	32,2	1	1
Sim	10,3	0,94(0,70;1,25)	0,72(0,52;1,02)	35,8	1,11(0,96;1,27)	0,97(0,84;1,12)
Diabetes		0,089	0,139		<0,001	0,001
Não	10,0	1	1	32,3	1	1
Sim	13,6	1,36(0,95; 1,94)	1,38(0,90;2,11)	44,5	1,37(1,17;1,61)	1,33(1,12;1,58)
Reumatismo/artrite/artrose		0,367	0,349		<0,001	0,120
Não	10,1	1	1	31,8	1	1
Sim	11,7	1,15(0,84;1,57)	1,18(0,83;1,68)	40,7	1,28(1,11;1,47)	1,12(0,96;1,31)
Acidente Vascular Encefálico		<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
Não	7,4	1	1	30,9	1	1
Sim	39,4	5,29(4,06;6,91)	2,72(1,91;3,87)	64,1	2,06(1,79;2,38)	1,42(1,19;1,69)

Continuação da tabela 2

Variáveis	%	Análise bruta AVD's Valor p RP(IC 95%)	Análise ajustada AVD's Valor p RP(IC 95%)	%	Análise bruta AIVD's Valor p RP(IC 95%)	Análise ajustada AIVD's Valor p RP(IC 95%)
Cardiopatia		0,032	0,464		<0,001	0,817
Não	9,5	1	1	31,2	1	1
Sim	13,1	1,38(1,02;1,85)	0,87(0,61;1,24)	41,4	1,32 (1,15;1,52)	0,98(0,84;1,14)
Câncer		0,299	0,914		0,176	0,249
Não	10,4	1	1	33,9	1	1
Sim	14,1	1,35(0,76;2,38)	0,96(0,46;1,99)	41,0	1,20(0,91;1,59)	1,18(0,88;1,58)
Déficit Cognitivo		<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
Não	2,6	1	1	22,7	1	1
Sim 22/23 Mini Mental	18,0	6,91(4,53;10,5)	3,99(2,50;6,37)	49,0	2,15(1,86;2,49)	1,41(1,20;1,66)
4º nível	Utilização serviços de saúde					
	Hospitalização nos últimos 12 meses	<0,001	0,001		<0,001	0,001
	Não	8,1	1	30,4	1	1
	Sim	21,9	2,69(2,02;3,58)	51,7	1,69(1,47;1,95)	1,30(1,11;1,51)
	Utilização de emergência nos últimos 3 meses	<0,001	0,155		<0,001	0,192
	Não	9,4	1		1	1
	Sim	11,6	2,77(2,06;3,74)	38,0	1,72(1,48;1,99)	1,12(0,94;1,35)

Continuação da tabela 2

Variáveis	%	Análise bruta AVD's Valor p RP(IC 95%)	Análise ajustada AVD's Valor p RP(IC 95%)	%	Análise bruta AIVD's Valor p RP(IC 95%)	Análise ajustada AIVD's Valor p RP(IC 95%)
Atendimento domiciliar nos últimos 3 meses		<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
Não	7,9	1	1	30,6	1	1
Sim	46,7	5,87(4,50;7,65)	2,50(1,62;3,86)	83,4	2,72(2,43;3,05)	1,61(1,34;1,94)
Consulta nos últimos 3 meses		0,152	0,794		<0,001	0,426
Não	9,4	1	1	29,7	1	1
Sim	11,6	1,23(0,92;1,65)	1,04(0,74;1,46)	38,0	1,28(1,11;1,47)	1,06(0,91;1,24)

Ajustado para 1° nível: Características sociodemográficas; 2° nível: Características comportamentais; 3° nível: Percepção de saúde e morbidade e 4° nível: Utilização de serviços de saúde.