

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS CADASTRADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JATAÍ-GO

Maurício Gomes da Silva Neto; Samantha Ferreira da Costa Moreira; Leila Cristina dos Santos; Cristiane José Borges; Ana Lúcia Rezende Souza; Patrícia de Sá Barros

Cursos de Fisioterapia e Enfermagem

patriciadesabarro@gmail.com

Palavras-chave: Capacidade funcional; Idoso; Estratégia de Saúde da Família.

Introdução

Atualmente existe uma preocupação mundial acerca do aumento populacional do número de indivíduos com 60 anos ou mais (PASCHOAL, 2002; COSTA et al., 2000; PACHECO; SANTOS, 2004).

Este fenômeno etário inicialmente se desenvolveu nos países desenvolvidos devido a melhores condições de vida, alcançado pelos avanços tecnológicos e pesquisas na área da saúde, conjuntamente com a queda da taxa de natalidade e diminuição da taxa de mortalidade possibilitando uma maior longevidade da população (BERQUÓ, 1996; MEIRELES et al., 2007; PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007). Porém esta transição demográfica não está restrita a países industrializados, valendo-se pelo acelerado ritmo de crescimento da população idosa em países em desenvolvimento (SHOUERI; RAMOS; PAPALÉO NETO, 2000).

No Brasil, observa-se um rápido envelhecimento populacional onde no ano de 1960 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos representavam 3 milhões de indivíduos, que em 1975 passou a ser 7 milhões, chegando ao número surpreendente de 20 milhões no ano de 2008 (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987; VERAS, 2009).

A Organização Pan-Americana de Saúde, em 2003, define envelhecimento “como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

O envelhecimento fisiológico determina diversas alterações nos sistemas orgânicos, como no sistema cardiovascular que em condições normais é suficiente para manter a homeostasia do organismo, contudo em condições de sobrecarga como na anemia, esforços,

Maurício Gomes da Silva Neto – Orientando PIVIC do Cnpq. Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – Campus Jataí.

Patrícia de Sá Barros – Orientadora. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Goiás – Campus Jataí.

Revisado pelo Orientador

resfriados, ocorre a descompensação pela reduzida capacidade de reserva (PAPALÉO NETTO, 2002).

Atualmente a maior preocupação em relação à saúde do idoso é as doenças crônicas, porque a resultante epidemiológica mais clara é o aumento de doenças crônicas em idosos, sendo que este contingente cresce cada vez mais (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987; RAMOS et al., 1993a; RAMOS et al., 1993b; VERBRUGGE; JETTE, 1994; CHAIMOWICZ, 1997; SCHARMM et al., 2004; MANCIA; PORTELA; VIECILI, 2008; VERMELHO; MONTEIRO, 2008).

As doenças crônicas quando manifesta nos idosos tendem a se desenvolver de forma mais expressiva, além de ocorrer mais de uma dessas doenças simultaneamente. Com isso a qualidade de vida dos idosos se compromete principalmente pelo fato dessas doenças afetarem a capacidade funcional, iniciando o processo incapacitante desses indivíduos (WHO, 1980; VERBRUGGE; JETTE, 1994; PUGA, 2005; ALVES et al., 2007; SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007).

Nos Estados Unidos, a incapacidade funcional causada por inúmeros distúrbios, é o maior problema de saúde em idosos (PRAEMER; FURNER; RICE, 1992; COLLINS, 1997).

A Organização Mundial de Saúde estima que 10% da população mundial possui alguma deficiência e sendo a metade distúrbios físicos que afetam a capacidade funcional (WHO, 2007).

A capacidade funcional é definida como a habilidade física e mental do indivíduo em manter seu autocuidado de forma a preservar sua autonomia e independência na realização de suas atividades cotidianas (RAMOS et al., 1993b; FARINATI, 1997; COSTA et al., 2002; PELEGRIN et al., 2008).

À medida que o ser humano envelhece aquelas tarefas cotidianas consideradas banais, vão paulatinamente e muitas das vezes de forma imperceptível, tornando-se de difícil realização até o momento em que o indivíduo nota ser necessário auxílio de outrem para execução destas tarefas (ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

A incapacidade funcional é comum nos idosos e frequentemente está associada a alguma doença. Por definição é a restrição ou dependência do idoso em realizar atividades regulares, onde o mesmo se torna dependente com sua autonomia limitada diminuindo assim sua qualidade de vida (WHO, 1980; RAMOS et al., 1993b; FIRED; GURALNIK, 1997; ROSA et al., 2003).

São vários os instrumentos utilizados para avaliar a capacidade funcional dentre eles temos o Índice das Atividades Básicas de Vida Diária desenvolvido por Sidney Katz (KATZ

et al., 1963) e a Escala de Lawton (LAWTON; BRODY, 1969). Cada um desses instrumentos avalia atividades cotidianas diferentes, sendo avaliado pelo Índice de Katz as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e pela Escala de Lawton, as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

O nível de dependência nas atividades cotidianas é um importante indicador de saúde e constitui o foco do exame do idoso, pois tais dados são completos e correspondem com a realidade de vida do indivíduo e todas as suas características, como a qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1998).

Na velhice, o importante é a capacidade do idoso em desenvolver suas atividades do dia-a-dia, assim sua autonomia preservada em decidir, participar, contribuir com o cenário em que está inserido. Idoso saudável não é aquele isento de alguma morbidade, todavia é considerado saudável o idoso que participa ativamente da sociedade e tem sua capacidade funcional íntegra (RAMOS, 2003).

O presente estudo avaliou a capacidade funcional de idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do município de Jataí-GO, bem como caracterizou o perfil sócio-demográfico dos indivíduos avaliados.

OBJETIVOS

Caracterizar o perfil sóciodemográfico dos idosos da área de abrangência das Unidades Saúde da Família;

Avaliar a capacidade funcional das pessoas de 60 anos ou mais no desenvolvimento das atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária;

Avaliar o grau de independência para a realização de ABVD e AIVD dos idosos.

METODOLOGIA

Duzentos e noventa e nove idosos, de ambos os sexos, com idade ≥ 60 anos, inscritos nas Unidades Saúde da Família do Município de Jataí – Goiás (GO), foram selecionados aleatoriamente.

Os critérios de inclusão englobaram: Residir na área de abrangência das Unidades Saúde da Família no Município de Jataí – GO; Possuir idade ≥ 60 anos; Aceitarem participar voluntariamente da pesquisa. Os critérios de exclusão incluíram: Morar fora da área de

abrangência da Estratégia Saúde da Família do Município de Jataí – GO; Idade < 60 anos; Recusar em participar voluntariamente da pesquisa.

Os idosos foram selecionados aleatoriamente em todas as Unidades Saúde da Família de Jataí – GO. Após a seleção dos participantes, um de nossos pesquisadores (MGSN) acompanhou um Agente Comunitário de Saúde a residência dos idosos, nos dias previamente agendados para visita domiciliar.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás. O estudo teve duração de um ano e meio, cuja coleta de dados foi realizada nos meses de agosto a dezembro de 2010.

Os responsáveis pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e seus respectivos agentes comunitários de saúde foram devidamente esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e procedimentos. Os familiares e/ou responsáveis pelos idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar do estudo. Todos os participantes tiveram a liberdade de suspender ou encerrar a participação no estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Os dados foram registrados na ficha de avaliação, a qual foi elaborada pelos autores constando os seguintes itens: dados individuais (sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, renda, moradia); classificação segundo a escala de avaliação da capacidade funcional de Katz e Lawton.

As ABVD foram avaliadas usando o Índice de Katz (KATZ et al., 1963), enquanto as AIVD foram mensuradas usando a escala de Lawton (LAWTON, BRODY, 1969). Esses instrumentos são reconhecidos pelo Ministério da Saúde, para a avaliação da capacidade funcional dos idosos na atenção básica (2006).

O Índice de Katz permite atribuir diferentes graus de independência funcional aos sujeitos nos atos de: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro para eliminações, mobilizar-se da cama para a cadeira, ter continência das eliminações e alimentar-se (ARAÚJO; CEOLIM, 2007). A independência significa que a função é realizada sem supervisão, direção ou ajuda, sendo essa avaliação baseada na situação real e não na capacidade do sujeito. Quando um indivíduo se nega a cumprir uma função, considera-se que não a realiza, embora possa ter capacidade para fazê-la. Os graus considerados para a independência ou dependência funcional são progressivos, desde a independência plena para dependência parcial e dependência total.

A escala de Lawton avalia o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente. Tais atividades incluem usar o telefone, utilizar algum meio de transporte, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar roupa, tomar remédios e administrar suas finanças. A escala é classificada em independente, dependente parcial e dependente total em oito funções. Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. As questões 4 a 6 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim ou será solicitado ao respondente que imagine-se num final de semana onde ele necessitará executar tal função.

Foram consideradas independentes as pessoas idosas que não precisarem de ajuda para realizar as tarefas propostas, dependente parcial corresponderá ao indivíduo que necessite de ajuda parcial em uma ou mais tarefas e dependente total se aplicará ao idoso necessitado de ajuda total ou que não consegue realizar a ação.

Análise estatística descritiva foi realizada utilizando o programa SPSS, versão 17.0.

RESULTADOS

Avaliamos 299 idosos cadastrados na ESF do município de Jataí – GO. A maioria dos participantes é do sexo feminino (51,8%). A idade dos participantes variou de 60 a 94 anos, sendo a maioria na faixa etária de 65 a 69 anos. As mulheres predominaram na faixa de 70 a 74 anos. Pouco mais de 8% dos idosos tinham acima de 80 anos, sendo a proporção de homens o dobro do que as mulheres neste grupo etário. Os achados sobre a religião demonstrou predomínio da religião católica (48,5%) seguido de evangélico (31,4%). A maioria dos idosos tinha pele de cor branca (50,8%). Com relação a situação conjugal atual, observaram frequências diferentes entre os sexos. Enquanto 61,9% das mulheres estavam casadas, apenas 37,5% dos homens enquadraram-se nesta categoria. Entre os homens, 6,9% dos homens tinham 8 anos ou mais de escolaridade, comparada a 12,9% entre as mulheres. O nível econômico dos idosos avaliados variou na sua maioria de 2 a 4 salários mínimos para ambos os sexos (48,6% para o sexo masculino e 43,2% para o sexo feminino). Observamos que a maioria dos idosos possui casa própria (69,6%). A tabela 1 demonstra as características sociodemográficas dos idosos da amostra total e estratificada por gênero.

Tabela 1: Características sócio-demográficas dos idosos.

<i>Variável</i>	<i>Homens</i>		<i>Mulheres</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Idade (anos)						
60-64	19	13,2	37	23,9	56	18,7
65-69	49	34,0	43	27,7	92	30,8
70-74	34	23,6	51	32,9	85	28,4
75-79	28	19,4	16	10,3	44	14,7
≥ 80	14	9,7	8	5,2	22	7,4
Religião						
Católico	89	61,8	56	36,1	145	48,5
Evangélico	21	14,6	73	47,1	94	31,4
Espírita	26	18,1	24	15,2	50	16,7
Nenhuma	4	2,8	0	0	4	1,3
Outras	4	2,8	2	1,3	6	2
Cor da pele						
Branca	48	33,3	104	67,1	152	50,8
Negra	74	51,4	39	25,2	113	37,8
Outras	22	15,3	12	7,7	34	11,4
Estado civil						
Casado/União estável	54	37,5	96	61,9	150	50,2
Solteiro	38	26,4	18	11,6	56	18,7
Viúvo/Divorciado	52	36,1	41	26,5	93	31,1
Escolaridade (Anos completos)						
0-4	80	55,6	68	43,9	148	49,5
5-8	54	37,5	67	43,2	121	40,5
> 8	10	6,9	20	12,9	30	10
Nível econômico (salários mínimos)						
≥ 5	17	11,8	23	14,8	40	13,4
2 a 4	70	48,6	67	43,2	137	45,8
< 2	57	39,6	65	41,9	122	40,8
Moradia						
Própria	93	64,6	115	74,2	208	69,6

Alugada	51	35,4	40	25,8	91	30,4
---------	-----------	-------------	-----------	-------------	-----------	-------------

A tabela 2 apresenta a descrição de cada uma das atividades básicas e instrumentais da vida diária conforme o grau de dependência dos idosos. Dentre as atividades de auto-cuidado, a menor proporção de independência foi observada para “Deitar e levantar da cama /Cadeira” (64,2%), seguida por “Vestir-se” (68,2%) e “Tomar banho” (72,2%). Com relação as atividades instrumentais, os idosos foram menos independentes para realizar “Lavar roupa” (53,8%), “Arrumar a casa” (54,5%) e “Fazer compras” (54,8%).

Tabela 2: Descrição do grau de dependência para as atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos.

Atividades	Sem ajuda		Ajuda parcial		Não consegue	
	n	%	n	%	n	%
Atividades básicas						
Tomar banho	216	72,2	75	25,1	8	2,7
Vestir-se	204	68,2	86	28,8	8	2,7
Ir ao banheiro	222	74,2	71	23,7	6	2
Deitar e levantar da cama /Cadeira	192	64,2	67	22,4	40	13,4
Urinar e/ou evacuar	230	76,9	50	16,7	19	6,4
Comer	252	84,3	40	13,4	7	2,3
Atividades instrumentais						
Usar o telefone	201	67,2	72	24,1	26	8,7
Usar meio de transporte	169	56,5	78	26,1	52	17,4
Fazer compras	164	54,8	67	22,4	67	22,4
Fazer refeições	181	60,5	51	17,1	66	22,1
Arrumar a casa	163	54,5	49	16,4	87	29,1
Lavar roupa	161	53,8	52	17,4	86	28,8
Tomar remédios	213	71,2	54	18,1	32	10,7
Cuidar do dinheiro	231	77,3	47	15,7	21	7

DISCUSSÃO

O perfil sócio demográfico do nosso estudo está em concordância com estudos anteriores, realizados na cidade de Goiânia (Goiás), Pelotas (Rio Grande do Sul) e Joaçaba

(Santa Catarina), onde a avaliação da capacidade funcional dos idosos foi o objetivo central das pesquisas (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006; FIEDLER; PERES, 2008; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009). Nestes três estudos, a maioria dos idosos eram mulheres, casadas, maior percentual na faixa etária de 60 a 69 anos, escolaridade de 0 a 4 anos, prevalência da religião católica e moradia própria. No estudo de Del Duca, Silva e Hallal (2009), os achados relacionados ao nível econômico foram controversos aos nossos.

Segundo dados do IBGE (2000), a faixa etária da população brasileira possui um perfil semelhante aos nossos achados, ou seja, maior percentual na faixa etária de 60 a 69 anos seguindo a dos 70 a 79 anos. Em relação à faixa etária de 80 a 89 anos foi encontrado um percentual menor que o existente nos idosos da população brasileira, os quais representam 10,8% (COSTA; PORTO; SOARES, 2003).

Quanto ao sexo, nossos achados foram próximos ao perfil do território nacional, no qual 55,1% da população idosa é do sexo feminino e 44,9% do sexo masculino (IBGE, 2000).

Os resultados do Censo 2000 demonstraram que os idosos casados da população brasileira totalizavam 51,8% e os viúvos 28,5%. Nossos achados confirmam estes resultados.

Referente à religião, nossos resultados demonstram menor percentual de pessoas da religião católica (48,5%) em relação a população brasileira (77,8%), e maior número de evangélicos (31,4%) em relação ao perfil nacional (12,4%) (IBGE, 2000).

O acesso a escola para o grupo de idosos avaliados foi menor que o da população brasileira, em geral, em que os idosos alfabetizados representavam 64,8% e os analfabetos 35,2%. A escolaridade dos idosos foi bastante variada, tanto no estado de Goiás como no Brasil e no mundo (NAKATANI et al., 2003; SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003). Considerando a população mundial e a própria população brasileira, geralmente nas áreas mais pobres e menos desenvolvidas, a escolaridade é menor. Portanto, mapear esta realidade ajuda no planejamento de estratégias de educação de adultos e educação em saúde.

A renda dos idosos do nosso estudo era menor em comparação a média nacional, em que 2,7% recebiam até um salário mínimo, 14,4% de um até 3 salários e 58,2% mais que três salários (IBGE, 2000). Interessante ressaltar que apesar da maioria apresentar baixa renda salarial, a maioria possui a sua casa própria.

A complexidade do processo de determinação e interpretação da incapacidade funcional do idoso ocorre pela diversidade e falta de padronização de instrumentos utilizados, bem como diferentes pontos de corte e análise de resultados, o que acaba dificultando a interpretação e comparação dos achados (DEL DUCA, SILVA, HALLAL, 2009).

O estudo de Reyes-Ortiz e colaboradores (2006) apresentaram maiores prevalências de incapacidade funcional para as Atividades Básicas no Chile, México, Argentina e Brasil. Com relação às atividades instrumentais, as ocorrências de incapacidade funcional foram maiores no Brasil, Chile, Argentina e Cuba. A variação das prevalências foi justificada por diferenças nos anos de escolaridade da população-alvo, características de infra-estrutura das cidades dos idosos, bem como por questões culturais.

Com relação a capacidade para realizar as ABVD, no estudo de Costa, Nakatani e Bachion (2006) foi identificado que 57,9% dos idosos eram independentes, 37,9% dependentes para a minoria das ABVD e 4,2% dependentes para a maioria destas atividades. Estes dados são semelhantes aos nossos, uma vez que a maioria dos idosos avaliados possui a capacidade de fazer as atividades básicas de vida diária sem ajuda. Entretanto, no sudeste do Brasil, o percentual encontrado de independência para ABVD foi menor, talvez pela maior longevidade dos idosos daquela região (RAMOS et al., 1993; RAMOS; SAAD, 1990; FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

Segundo Costa, Nakatani e Bachion (2006), o comprometimento na independência para realizar as ABVD antes dos 70 anos sugere um envelhecimento mal sucedido, provavelmente devido as condições socioeconômicas as quais influenciam negativamente no estado de saúde do indivíduo. Logo, acreditamos que na nossa amostra, a questão social e econômica pode ter influenciado nos nossos resultados, confirmando assim, os relatos do estudo realizado em Goiânia – Goiás.

No presente trabalho, as prevalências de incapacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais foram muito semelhantes o que foi observado em idosos residentes em Pelotas (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009). Em relação às ABVD, os resultados encontrados demonstram maior incapacidade na deambulação dos idosos, controle dos esfíncteres e vestir-se/tomar banho. Os trabalhos realizados em Goiânia e Pelotas também evidenciaram o controle dos esfíncteres como sendo a atividade com maior grau de dependência (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009). Segundo Costa, Nakatani e Bachion (2006), este dado é preocupante uma vez que a falta de controle dos esfíncteres pode levar ao isolamento social, alterações na auto-estima e auto-imagem podendo influenciar também nas atividades instrumentais de vida diária.

Dentre as AIVD investigadas, lavar a roupa, arrumar a casa e fazer compras foram as atividades em que os idosos encontraram maior dificuldade na sua realização. Esses achados são similares aos estudos de Costa, Nakatani e Bachion (2006), Del Duca, Silva e Hallal (2009), os quais retratam a complexidade na execução dessas atividades.

A incapacidade na realização de uma dessas atividades básicas e instrumentais de vida diária, além de prejudicar a vida social do idoso, potencialmente implica em transtornos para ele e sua família, a qual, dependendo da atividade, terá que mobilizar maior tempo disponível, energia e recursos financeiros para suprir as demandas existentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil do grupo de idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Jataí revelou uma população predominantemente feminina, casada, na faixa etária de 65-69 anos, católica, com baixa renda mensal, analfabetos e residentes em domicílio próprio. As ABVD estão comprometidas, sendo os itens de menor proporção de independência “Deitar e levantar da cama /Cadeira”, seguida por “Vestir-se” e “Tomar banho”. Referente às AIVD, os idosos foram menos independentes para realizar “Lavar roupa”, seguido de “Arrumar a casa” e “Fazer compras”. Diante do quadro populacional atual, o objetivo do atendimento à saúde passa a ser o de manter a capacidade funcional do indivíduo desejando que este mantenha sua autonomia e independência por maior tempo possível. A avaliação da capacidade funcional é um importante indicador de qualidade de vida dos idosos, sendo esta um modo de mensurar sistematicamente, de forma objetiva, a capacidade de uma pessoa em desempenhar determinadas atividades ou funções requeridas no seu dia-a-dia.

Acreditamos que estudos desta natureza sejam necessários nas micro regiões de nosso país, em cada área de abrangência de equipes de ESF, para que se possa obter um panorama mais próximo das micro realidades de saúde da população, objetivando assim, bases mais seguras e concretas para o atendimento integral a saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, T. C. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. V. 23, n. 8, p. 1924-30, ago., 2007.

ARAÚJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm. USP**. V. 4, n. 3, p. 378-85, 2007.

BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. Trabalho apresentado no Seminário Internacional sobre o Envelhecimento Populacional: uma agenda para o fim do século. Brasília (DF); 1996.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev.Saúde Pública**. v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHAIMOWICZ, F. Envelhecimento populacional brasileiro. In: CHAIMOWICZ, F., organizador. **Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade**. Belo Horizonte: Postgraduate; 1998. p. 33-42.

COLLINS, J. G. Prevalence of selected chronic conditions: United States, 1990–1992. National Center for Health Statistics. **Vital Health Stat**. v. 10, n.194, 1997.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul. Enferm.** V. 19, n.1, p. 43-8, 2006.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C.C.; SOARES, A. T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Rev. UFGO**. v. 5, n. 2, pág. 7-10, 2003.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C.C.; ALMEIDA, J. C.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V. Semiologia do idoso. In: PORTO, C. C., (org.). **Semiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 166-97.

COSTA, M. F. F. L.; UCHOA, E.; GUERRA, H. L.; FIRMO, J. O.; VIDIGAL, P. G.; BARRETO, S. M. Estudo de Bambuí sobre saúde e envelhecimento: metodologia e resultados preliminares de coorte de estudo de idosos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 34, n. 2, p. 126-35, 2000.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**. v. 43, n. 5, pág. 796-805, 2009.

FARINATI, P. T. V. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. **Arq. Geriatr. Gerontol.** v. 1, n. 1, p. 1-9, 1997.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública.** V. 20, n. 6, 2004.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública.** v. 24, n. 2, pág. 409-415, Rio de Janeiro, 2008.

FIRENZA, L. P.; GURELNIK, J. M. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. **J. Am. Geriatr. Soc.** v. 45, n. 1, p. 92-100, 1997.

IBGE. **Censo Demográfico 2000.** Perfil de idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Tabela 1 – População residente, total e de 60 anos ou mais de idade, por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação – 1991/2000. Brasília (DF), 2000.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA.** v. 185, n. 12, p. 914-19, 1963.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist.** v. 9, p. 179-86, 1969.

MANCIA, J. R.; PORTELA, V. C. C.; VIECILI, R. A imagem dos acadêmicos de enfermagem acerca do próprio envelhecimento. **Rev. Bras. Enferm.** v. 61, n. 2, p. 221-6, mar.-abr., 2008.

MEIRELES, V. C.; MATSUDA, L. M.; COIMBRA, J. A. H.; MATHIAS, T. A. F. Características dos idosos em área de abrangência do Programa de Saúde da Família na região

noroeste do Paraná: contribuição para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**. V. 16, n. 1, p. 69-80, jan.-abr., 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília; 2006.

NAKATANI, A. Y. K.; COSTA, E. F. A.; TELES, S. A.; SILVA, L. B.; RÊGO, M. P.; SILVA e SOUZA, A. C. Perfil sócio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. **Rev. Soc. Bras. Clin. Méd.** V. 1, n. 5, pág. 131-6, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3ª ed. Washington:OPAS, 2003.

PACHECO, R. O.; SANTOS, S. S.C. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. **Textos sobre Envelhecimento**. v. 7, n. 2, 2004.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo (SP): Atheneu; 2002.

PASCHOAL, S.; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2ª ed. rev. ampl. São Paulo (SP): Ed. Atheneu; 2007. p.39-56.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002.

PELEGRIN, A. K. A. P.; ARAÚJO, J. A.; COSTA, L. C.; CYRILLO, R. M. Z.; ROSSET, I. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. **Arq. Ciênc. Saúde**. V. 15, n. 4, p. 182-8, out./dez., 2008.

PRAEMER, A.; FURNER, S.; RICE, D. P. **Musculoskeletal Conditions in the United States**. Park Ridge, Ill: American Academy of Orthopedic Surgeons; 1992.

PUGA, D. La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo sanitario y lo público. *Rev. Esp. Salud Pública.* v. 79, n. 3, p. 327-30, 2005.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-98, mai.-jun., 2003.

RAMOS, L. R.; PERRACINI, M.; ROSA, T. E. C.; KALACHE, A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **Journal of Cross-Cultural Gerontology.** v. 8, n. 4, p. 313-23, 1993a.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z.; MEDINA, M. C.; SANTOS, F. R. G. Profile of the elderly residents in Sao Paulo, Brazil: Results from a household survey. **Rev. de Saúde Pública.** v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993b.

RAMOS, L. R.; SAAD, P. M. Morbidade na população idosa. In: Fundação SEADE. O idoso na Grande São Paulo. São Paulo: **SEADE**, 1990.

RAMOS, L. R.; VERAS, R.; KALACHE, A. Populational ageing: a Brazilian reality. **Rev. Saúde Pública.** v. 21, n. 3, p. 211-24, 1987.

REYES-ORTIZ, C. A.; OSTIR, G. V.; PELAEZ, M.; OTTENBACHER, K. J. Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. **Arch. Gerontol. Geriatr.** v. 42, n. 1, p. 21-33, 2006.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública.** v. 37, n. 1, p. 40-8, 2003.

SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C.; VALENTE, J.G.; GADELHA, A. M. J.; PORTELA, M. C.; CAMPOS, M. R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SHOUERI, J. R.; RAMOS, L. R.; PAPALÉO NETTO, M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics**: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000. p.9-29.

SOUZA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública**. V. 37, n. 3 pág. 364-71, 2003.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. L. F. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 60, n. 3, p. 263-7, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

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

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R.A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps**.. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Concept paper: world report on disability and rehabilitation**. Geneva: World Health Organization; 2007.