

Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” – UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu – Departamento de Saúde Pública

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL ASSOCIADO À QUALIDADE
DE VIDA EM IDOSOS DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ, SÃO
PAULO, BRASIL.**

Carlos Alexandre Kagawa

Orientador: José Eduardo Corrente

Botucatu

2012

Carlos Alexandre Kagawa

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL ASSOCIADO À QUALIDADE
DE VIDA EM IDOSOS DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ, SÃO
PAULO, BRASIL.**

Dissertação Apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo Corrente

Botucatu

Setembro – 2012

Kagawa, Carlos Alexandre

Capacidade funcional e qualidade de vida em idosos: fatores associados/
Carlos Alexandre Kagawa. – Botucatu, 2012.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu,
Universidade Estadual Paulista, 2012.

Orientador: José Eduardo Corrente

1. Qualidade de Vida

2. Capacidade Funcional

Palavras chaves: Qualidade de Vida, Capacidade Funcional, idosos e Escala
de qualidade de vida de Flanagan

Dedicatória

A minha filha Eloísa, a minha esposa Marina, e aos meus pais Vera e Carlos. e a Deus por nos permitir identificar, ciência de milagres.

Agradecimentos

Primeiramente, a Deus por permitir descobrir o que é milagre e o que é ciência.

Agradeço principalmente pelo professor José Eduardo Corrente pela amizade, ensinamentos, paciência, e apoio;

A minha esposa Marina, pela paciência e pela ajuda na coleta de dados;

A minha mãe e ao meu pai os meus maiores incentivadores em toda a minha carreira;

Aos meus amigos Vinicius Nunes, Ana Lucia, Rosemeire Manuel e Marcos pela amizade e companhia;

A minha amiga e companheira de trabalho, Telma Rollemberg pela coleta de dados;

A todos os meus familiares e amigos pelas as orações;

A professora Tânia Ruiz, pela simpatia e pelas orientações;

Ao professor Alberto De Vitta, por dispor do seu tempo para compor a banca;

Ao professor Roberto Carlos Burini, por dispor do seu tempo para compor a banca;

A professora Paula Mantovani, por compor a banca.

A professora Renata Pereira pelas correções gramaticais;

A professora Shirley pelas correções gramaticais;

A todos os idosos que nos acolheram e permitiram conhecer um pouco sobre sua vida.

Epigrafe

“ A ciência humana de maneira nenhuma nega a existência de Deus. Quando considero quantas e quão maravilhosas coisas o homem compreende, pesquisa e consegue realizar, então reconheço claramente que o espírito humano é a obra de Deus, e a mais notável”.

Galileu Galilei (1564-1642)

Resumo

Summary

1. Introdução.....	12
1.1. Envelhecimento.....	15
1.2. Qualidade de vida.....	18
1.3. Instrumentos que Avaliam a qualidade de vida	21
1.4. Capacidade funcional.....	24
1.5. Instrumentos que avaliam as capacidades funcionais.....	26
2. Objetivos.....	32
2.1. Objetivos gerais.....	32
2.2. Objetivos específicos.....	32
3. Materiais e métodos.....	33
3.1. Caracterização da Estância Turística de Avaré.....	33
3.2. Amostra.....	33
3.3. Análise Estatística	36
3.4. Aspectos Éticos	36
4. Resultados.....	37
4.1. Caracterização geral da população.....	37
4.2. Qualidade de vida dos idosos.....	40
4.3. Capacidade Funcional dos idosos.....	42
5. Discussão.....	51
6. Conclusão.....	59
7. Referencias.....	62
8. Anexos.....	78

RESUMO

Introdução: Atualmente, o crescente aumento da expectativa de vida no mundo e em países em desenvolvimento, como o Brasil, busca uma intensa demanda por estudos e análises para uma maior definição de políticas públicas visando a melhora na qualidade de vida dos idosos. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo avaliar a associação da qualidade de vida com a capacidade funcional dos idosos da Estância Turística de Avaré, São Paulo. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com uma amostra de 365 idosos da Estância Turística de Avaré, São Paulo, cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. A capacidade funcional foi avaliada por meio da Escala de Atividades da Vida Diária (AVDs) desenvolvida por Katz (1963) e escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) desenvolvida por Lawnton e Brody (1969). A qualidade de vida foi avaliada através da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (1982). Os dados da Escala de Qualidade de Flanagan foram analisados de acordo com uma análise fatorial com rotação varimax e obtenção dos fatores mais relevantes para a qualidade de vida. As associações entre qualidade de vida e a capacidade funcional foram feitas por meio do teste qui-quadrado. As análises foram feitas utilizando o programa SAS for Windows, v.9.2. adotando-se um nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente. **Resultados:** A prevalência de incapacidade funcional para as atividades da vida diária foi de 8,4% (n=31) e de atividades instrumentais da vida diária de 10,6% (n=40). Na análise das AVDs e AIVDs foram encontradas associações positivas com a qualidade de vida. A incapacidade funcional dos idosos interferiu diretamente na qualidade de vida e nos seus aspectos como: reunir com os amigos; autoconhecimento (reconhecer suas potencialidades e limitações); saúde; trabalho; participar da comunidade; fazer amigos; e aprendizagem em cursos e palestras. **Conclusão:** Os resultados encontrados mostraram que a incapacidade funcional interfere em alguns aspectos da qualidade de vida dos idosos tanto nas AVDs como nas AIVDs.

Palavra chave: idosos, qualidade de vida, capacidade funcional

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, the increasing life expectancy in the world and in developing countries such as Brazil, seeks an intense demand for studies and analyzes for greater definition of public policies aimed at improving the quality of life for older people. **Objective:** This study aimed to evaluate the association between quality of life and the functional capacity of the older people in the tourist city of Avare, São Paulo. **Methods:** It was carried out a cross-sectional study with a sample of 365 older people from the tourist city of Avare, São Paulo, enrolled in the Basic Health Units. Functional capacity was assessed using the Scale of Activities of Daily Living (ADL) developed by Katz (1963) and Scale of Instrumental Activities of Daily Living (IADL) and developed by Lawnton and Brody (1969). Quality of life was assessed using the Quality of Life Scale of Flanagan (1982). Data from the Scale Flanagan were analyzed according to a factor analysis with varimax rotation and getting the most relevant factors for the quality of life. Associations between quality of life and functional capacity were made using the chi-square test. The analyzes were performed using SAS for Windows, v.9.2. adopting a significance level of 5% or the corresponding p-value. **Results:** The prevalence of disability in activities of daily living was 8.4% (n = 31) and instrumental activities of daily living was 10.6% (n = 40). Analyzing ADL and IADL positive association with quality of life were found. Functional disability in older people interfered directly in quality of life and its aspects as: meet with friends, self-awareness (recognizing its potential and limitations), health, work, participate in the community, making friends, and learning in courses and lectures. **Conclusion:** The results showed that the disability interferes in some aspects of the with quality of life of the older people as in ADL as in IADL.

Keywords: older people, quality of life, functional capacity

Lista de tabelas

- Tabela 1** – Distribuição de idosos segundo gênero e faixa etária. Estância Turística de Avaré, 2011.....37
- Tabela 2** – Características da amostra de 365 idosos de Avaré, segundo gênero, estado conjugal, trabalhando ou aposentado, Avaré, 2011.....38
- Tabela 3** – Distribuição da amostra de 365 idosos, segundo a sua escolaridade e gênero, Estância Turística de Avaré, 2011.....39
- Tabela 4** – Demonstrativo da aplicação da análise fatorial e identificação dos componentes principais que influenciaram no nível de satisfação com a qualidade de vida na amostra de 365 idosos. Estância Turística de Avaré, SP, 2011.....41
- Tabela 5** - Demonstrativo de comparação das dimensões da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan e as identificadas na amostra de 365 idosos, Estância Turística de Avaré, SP, 2011.....42
- Tabela 6** – Prevalência de incapacidade funcional para AVD e AIVD, em idosos na Estância Turística de Avaré, São Paulo.....43
- Tabela 7**- Tabela de prevalência de independência de dependência funcional dos idosos, Estância Turística de Avaré, 2011.....43
- Tabela 8**- Prevalência de incapacidade funcional de Atividades Instrumentais da Vida Diária dos idosos. Avaré, 2011.....44
- Tabela 9**- Associação das variáveis socioeconômicas com AVDs dos idosos. Turística de Avaré, 2011.....44
- Tabela 10**- Associação entre AIVDs e variáveis socioeconômicas. Estância Turística de Avaré, 2011.....45
- Tabela 11**- Associação entre qualidade de vida e AVDs dos idosos. Estância Turística de Avaré, 2011.....47
- Tabela 12** – Associação de capacidade funcional para atividades básica da vida diária com os itens da escala de Flanagan. Estância Turística de Avaré, 2011.....49
- Tabela 13** – Associação entre os itens da escala de qualidade de vida de Flanagan com as atividades instrumentais da vida diária. Estância Turística de Avaré, 2011.....50

Lista de A breviações e siglas

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION

ONU – ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS

QV – QUALIDADE DE VIDA

EQVF – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA DE FLANAGAN

AVD – ATIVIDADE DA VIDA DIÁRIA

AIVD – ATIVIDADE INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA

CIF – CODIGO INTERNACIONAL DA FUNCIONALIDADE

MIF – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

ESF – ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

UBS – UNIDADE BÁSICA DA SAÚDE

WHOQOL – WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE

1. INTRODUÇÃO

O Brasil hoje é um país jovem de cabelos brancos e, todo ano, 650 mil idosos são incorporados à população brasileira, muitos deles vivendo com a desvalorização da aposentadoria, com medos, depressão, falta de assistência e de atividades de lazer, com o abandono em hospitais e asilos (VERAS, 2003).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que ocorreu inicialmente em países desenvolvidos como o Japão e os países da Europa, e está ocorrendo agora em países em desenvolvimento como Cuba, República Islâmica do Irã e o Brasil (WHO, 2012).

No Brasil, o envelhecimento populacional começou de forma rápida e a partir da década de 70 do século XX, em virtude da diminuição da taxa de fertilidade e do aumento da expectativa de vida e como consequência direta do desenvolvimento socioeconômico (MOREIRA, 2000; CARVALHO GARCIA, 2003; WHO, 2012).

Nesse país, a população idosa passou de 3 milhões de idosos em 1960 para 18 milhões em 2010, com projeções para 42,2 milhões de idosos em 2050 (RAMOS *et al.*, 1987; LIMA COSTA, 2003; IBGE 2010). Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais, e em 2050 o quadro mudará, sendo que, para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172, 7 idosos (IBGE, 2010).

Outra tendência que está ocorrendo junto ao envelhecimento populacional é o aumento da população mais idosa com 80 anos ou mais. No século XX existiam 14 milhões de pessoas em todo o planeta, e em 2050 a estimativa será de 400 milhões de pessoas com mais de 80 anos em todo o mundo. No Brasil esta população chegou a

quase 3 milhões de idosos em 2010, com estimativa de chegar a mais de 13 milhões de idosos com mais de 80 anos em 2050 (IBGE, 2008; IBGE, 2009).

Esta rápida mudança no perfil demográfico do país nas últimas décadas levantam uma série de questões cruciais como: a necessidade de tratamentos complexos e caros, a alta carga de doenças crônicas especialmente com idosos num contexto de fragilidade e desigualdade social e, por muitas vezes, com incapacidade funcional (VERAS, 2009).

Desse modo, a capacidade funcional torna-se um novo paradigma na saúde do idoso, e na verdade o que está em jogo na velhice é sua autonomia, ou seja, a capacidade de escolher seus próprios desígnios, como resultado entre sua saúde física, saúde mental, independência funcional, integração social, suporte familiar e independência financeira (RAMOS, 2003).

As doenças crônicas são fatores que podem comprometer a funcionalidade dos idosos, porém, nem todos ficam limitados e podem levar a vida perfeitamente saudável com suas enfermidades controladas e com boa qualidade de vida (RAMOS *et al.*, 1993).

Hoje, a qualidade de vida também é um paradigma na saúde do idoso e palavra chave quando se trata de decisões políticas para a saúde dos mesmos. Assim, o que importa é ter uma boa qualidade de vida, mesmo com uma ou mais doenças crônicas como hipertensão, diabetes entre outras doenças crônicas, porém controladas. Esse envelhecimento com qualidade de vida ou o envelhecimento bem sucedido como é chamado pelos gerontólogos e pesquisadores, incluem um contexto físico, mental e social, bem como, participar da sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, ao mesmo tempo proporcionando-lhes segurança e conforto quando necessário (LIMA *et al.*, 2008; WHO, 2002).

Conforme o Ministério da Saúde, na Política de Saúde dos Idosos a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do idoso significam valorização da autonomia e preservação da independência física e mental dos indivíduos (BRASIL, 1999).

Portanto, torna-se necessário que o sistema de saúde pública institua uma porta de entrada para o idoso, que não seja apenas pronto socorro e hospitais de primeira linha, e sim Unidades Básicas de Saúde devidamente equipadas com materiais e profissionais treinados para fazer frente à problemática do idoso (RAMOS, 2003).

Dessa forma, um adequado treino de resistência muscular melhora cerca de três vezes a força muscular em idosos, por um curto período de tempo cerca de três a quatro meses. Isto se deve, ao recrutamento das fibras durante o treino, o que melhora a força muscular, a capacidade funcional e, conseqüentemente, a qualidade de vida (WALLERSTEIN *et al.*, 2012; CADORE *et al.*, 2012).

Além de programas que previnam e reabilitem a capacidade funcional do idoso é importante políticas e programas de adaptação e inovação das cidades para melhorar a acessibilidade aos idosos. As calçadas, as ruas, os locais públicos e os transportes não adaptados funcionam como barreiras impedindo os idosos de se locomoverem, prejudicando ainda mais a sua saúde e qualidade de vida (LEHNING, 2012).

Sendo assim, a partir dessas questões levantadas como o envelhecimento populacional, a incapacidade funcional e a qualidade de vida, o objetivo principal do presente estudo foi o de verificar a importância da associação de atividades básicas da vida diária, com as atividades instrumentais da vida diária para promover a qualidade de vida, analisando uma amostra de idosos da Estância Turística de Avaré.

1.1. ENVELHECIMENTO

O termo envelhecimento e senescência são usados como sinônimos porque ambos se referem às alterações progressivas que ocorrem nas células, nos tecidos e nos órgãos das pessoas idosas.

Essas alterações biológicas características do envelhecimento ocorrem de forma progressiva e heterogênea em todo o organismo e cada indivíduo responde diferente ao avanço da idade. Esse processo, que se inicia ao nascimento e continua até a morte é influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos (FABRÍCIO, 2004).

O fator intrínseco está relacionado às condições genéticas e metabólicas que determinam algumas perdas biológicas e fisiologias comuns ao organismo envelhecido. O fator extrínseco diz respeito à alimentação, ao exercício físico e o estilo de vida (CARVALHO FILHO, 2002; GUIMARÃES *et al.*, 2004).

Tal processo, afeta toda a fisiologia do organismo e pode exercer um grande impacto na capacidade funcional do idoso e torná-lo mais susceptível às doenças crônicas (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010).

Além disso, o envelhecimento é acompanhado por algumas mudanças do idoso tais como: a diminuição da estatura corporal, explicada em grande parte por perda de massa óssea; aumento da gordura corporal; diminuição da massa livre de gordura e seus principais componentes (mineral, água, proteína, e potássio); nos aspectos neuromotores por motivo de uma diminuição da área dos músculos esqueléticos, esperada pela diminuição do número e tamanho das fibras musculares, decorrendo a perda da força muscular e da resposta neuromuscular (MATSUDO *et al.*, 2000).

O envelhecimento também compromete a habilidade do sistema nervoso central de realizar o processamento dos sistemas vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela manutenção do equilíbrio, bem como, diminui a capacidade de modificações de reflexos adaptativos. Esses processos são responsáveis pela ocorrência de vertigem e ou tontura (presbivertigem) e de desequilíbrio (presbecia) na população geriátrica, prioritariamente aqueles que não apresentem uma vida ativa que acaba favorecendo o aparecimento de doenças, sendo mais prevalentes as doenças ósseas e cardiovasculares (RUWER *et al.*, 2005).

Para explicar essas alterações, vários autores discutem uma limitada teoria biológica do envelhecimento. Alguns enfatizam a teoria genética dos indivíduos e outros as agressões externas. Com esses dados, vários pesquisadores propõem algumas teorias que tentam explicar o processo de envelhecimento.

Entretanto, as questões éticas acabam comprometendo as pesquisas experimentais em idosos, por não poderem ser realizadas em seres humanos e, por isso, têm sido desenvolvidas em animais como os roedores e também organismos modelo, como o nematoide, a mosca da fruta e a levedura. A partir daí, as teorias tentam explicar o envelhecimento (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010).

Uma teoria que tenta explicar o envelhecimento é a teoria do acúmulo de erros ou teoria de erros catastróficos, proposta por Orgel em 1963. Ele afirma que pode acontecer o acúmulo de erros da proteína no ambiente celular, havendo, então, um subsequente acúmulo de proteínas contendo erros que resultariam em “erros catastróficos”, ou seja, um desfecho incompatível com a vida. Esses resultados de erros na transcrição do DNA, ou na translação do RNA, tenderiam a uma autoamplificação por meio de mecanismos

biológicos de *feedback*. Uma pequena frequência de erros de transcrição-translação produziria efeitos nas enzimas responsáveis pela reprodutibilidade e fidelidade desses processos (FARINATTI, 2002; HAYAZANOV; NEFSKY, 2002; TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010).

Outra teoria que se aproxima das teorias genéticas, no sentido de que a senescência seria decorrente das disfunções nos códigos dos genes salienta que, os problemas de funcionamento na reprodução e regeneração celular não se encontrariam especificamente em sua programação, e sim, por subprodutos das reações químicas orgânicas habituais que pouco a pouco causariam dano irreversível às moléculas das células. Tais fatores poderiam ser potencializados por causas externas como a poluição, padrões de alimentação ou de atividade física (FARINATTI, 2002).

Na teoria do acúmulo de mutações proposta por Peter Medawar em 1952, o autor considera que o envelhecimento é a consequência de acúmulo de mutações somáticas, ou seja, que o envelhecimento é causado por uma predeterminação biológica, que dita o ritmo do envelhecimento (MANOEL, 2001).

A teoria dos radicais livres, proposta por Denham Harman, mostra que os radicais livres com base no DNA mitocondrial vão se tornando ineficientes com o envelhecimento. O acúmulo desses superóxidos causa danos nas membranas, provocando uma disfunção mitocondrial que pode culminar em lesões teciduais e mortes (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010).

Em 1965, Hayflick e Moorhead mostraram a teoria da senescência celular. Essa teoria é um processo que altera a fisiologia, limitando a capacidade de replicação da célula aproximadamente em 50 divisões. Esse potencial é alcançado com diminuição

progressiva da velocidade das divisões e manifestações que são características das células senescentes (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010).

1.2 QUALIDADE DE VIDA

A questão hoje não é apenas ter saúde, e sim, qualidade de vida. A qualidade de vida se constitui em um dos principais objetivos a serem alcançados no presente estágio de desenvolvimento da humanidade, e cada vez mais a sociedade valoriza a qualidade de vida em condições normais ou limitada (NOBRE *et al.*, 1994).

Com o aumento geral da sobrevida da população, ressalta-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal.

O termo qualidade de vida na saúde foi empregado desde o começo da área da medicina social desde o início dos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referendar essa tese e dar subsídio para as políticas públicas e movimentos sociais da época (MINAYO, 2000).

Mas foi somente a partir da década de 60 que o termo qualidade de vida foi se destacando, influenciado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da declaração dessa entidade de que a saúde não se restringe apenas a ausência da doença, mas sim, à percepção individual de um completo bem estar físico mental e social (CAMPOLINA E CICONELI, 2006). Assim, a OMS reuniu especialistas de várias partes do mundo, que definiram qualidade de vida como a percepção do indivíduo e de sua posição

na vida e no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (*THE WHOQOL GROUP*, 1995).

Entretanto, não há um consenso na literatura sobre a definição do termo de qualidade de vida, pois é um conceito amplo, complexo e com múltiplas aplicações nas mais diversas disciplinas e campos do conhecimento humano (SEGRE; FERRAZ, 1997; CAMPOLINA; CICONELLI 2006).

Além disso, o termo qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e da coletividade que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO, *et al.*, 2000).

Para Forattini *et al.* (2001), a qualidade de vida é uma somatória de vários fatores decorrentes da interação entre sociedade e ambiente atingindo a vida que concerne a suas necessidades biológica e psíquica.

Vários autores discutem o termo qualidade de vida, principalmente quando envolve o idoso. Para eles, a qualidade de vida está relacionada à autoestima e ao bem estar pessoal, e abrange uma série de aspectos, tais como: a capacidade funcional, o nível sócio econômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde e os valores culturais, éticos e religiosos (SANTOS *et al.*, 2002).

Pesquisa realizada na cidade de Botucatu, São Paulo, mostrou o que os idosos consideram importante para obter qualidade de vida. Para eles, são consideradas: a valorização do relacionamento com a família e com amigos; a participação em organizações sociais; ter bem estar, alegria, amor, trabalho e espiritualidade; praticar

trabalhos voluntários e poder aprender mais. Esses autores ainda identificaram três perfis de idosos segundo suas definições sobre qualidade de vida: o primeiro grupo considerou relacionamento interpessoal, manter boa saúde, e manter o equilíbrio emocional; o segundo grupo considerou hábitos saudáveis, lazer e bens materiais; o terceiro priorizou a espiritualidade, trabalho, retidão, caridade, conhecimento e viver em ambientes saudáveis (VECCHIA *et al.*, 2005).

Jóia *et al.* (2007), mostraram que a satisfação com a vida na população de Botucatu-SP foi relacionada ao conforto domiciliar, acordar bem pela manhã, ter três ou mais refeições diárias, a não sensação de solidão, valorizar o lazer como qualidade de vida.

Entretanto, mesmo não tendo uma definição sobre o tema qualidade de vida, existem várias maneiras de avaliá-la, e os questionários tornam-se uma maneira rápida, produtiva, barata e eficaz.

1.3 INSTRUMENTOS QUE AVALIAM A QUALIDADE DE VIDA.

Ao longo dos anos, foram desenvolvidos muitos instrumentos genéricos e específicos com a finalidade de avaliar qualidade de vida, a maioria desenvolvida na Inglaterra e Estados Unidos. Segundo Ciconelli (2003), instrumentos genéricos são aqueles desenvolvidos com a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a qualidade de vida em geral, e instrumentos específicos são capazes de avaliar de forma individual e específica, determinados grupos ou aspectos específicos de qualidade de

vida, proporcionando uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora dos aspectos em estudo.

Existem inúmeros instrumentos que avaliam a qualidade de vida, porém alguns não são instrumentos específicos para as pessoas idosas, e nem adequados para tal população. Os instrumentos encontrados na literatura pesquisada e específicos para pessoas idosas são: o *OARS*, *Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OMFAQ)*; *Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE)*; *Functional Assessment Inventory (FAI)*; *Quality of Life Profile – Seniors Version (QOLLPSV)*; *Geriatric Postal Screening Survey (GPSS)*; *Geriatric Screening Questionnaire (GSQ)*; *IOWA Self-Assessment Questionnaire (ISAI)*; *LEIPAD Perceived Well-Being Scale (PWB)*; *Philadelphia Geriatric Centre Multilevel Assessment Instruments (PGCMAI)*; *Quality of Life Cards (QLC)*; *Quality of Life – Well-Being, Meaning and Value (QLWMV)*; *Self-Evaluation of Life (SELF)*; *SENOTS Program and Battery*; *Wellness Index (WI)* (HAYWOOD *et al.*, 2005; CANEPPELE, 2007).

Alguns instrumentos genéricos são muito utilizados para avaliar a qualidade de vida dos idosos e encontram-se hoje traduzidos e validados para a realidade brasileira como: “*QUALITY OF LIFE ASSESSMENTE*” (*WHOQOL 100*); “*QUALITY OF LIFE ASSESSMENT*” (*WHOQOL, bref*); e o “*QUALITY OF LIFE DE FLANAGAN*” (*EQVF*).

Quanto ao *WHOQOL – 100*, ele se constitui em um instrumento genérico que avalia a qualidade de vida, foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde na década de 90. Apresenta 100 itens que avaliam as dimensões: físico, psicológico, nível de independência, relação social, meio ambiente, e espiritualidade/religiosidade/crença. As respostas para as questões do *WHOQOL -100* são dadas em uma escala do tipo Likert.

As perguntas são respondidas por meio de quatro tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade, capacidade, frequência e avaliação (WHO, 1993). O instrumento foi traduzido e validado por Fleck *et al.* (2003).

Com o objetivo de construir um instrumento menor e de mais fácil aplicação, a Organização Mundial da Saúde, desenvolveu uma versão mais curta do instrumento *WHOQOL-100*, o *WHOQOL-Bref*. O instrumento é composto por 26 itens, que avaliam as seguintes áreas: saúde física, saúde psicológica, relação social, e meio ambiente. Esse instrumento por ser mais curto pode ser mais conveniente para o uso em estudos de pesquisas de grandes ensaios clínicos (WHO, 1993). O *WHOQOL-Bref* foi validado no Brasil por Fleck e colaboradores em 2000.

A partir do instrumento *WHOQOL-100* e *WHOQOL-Bref*, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu um instrumento *WHOQOL-Old*, para adultos idosos. O projeto foi conduzido pelo grupo *World Health Organization Quality of Life Group*, contando com a participação de 22 centros, representados em 22 países. O *WHOQOL-Old* é composto por 24 itens com resposta do tipo Likert de 1 a 5, dividido em 24 facetas gerando um escore que variam de 4 a 20 pontos. Os componentes são: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presente e futuras, participação social, morte e morrer, e intimidade (POWER *et al.*, 2005). O instrumento foi traduzido por Fleck *et al.* (2006).

Com o objetivo de desenvolver um instrumento menor e de mais fácil aplicação como a versão adaptada do *WHOQOL-Bref*, a OMS está desenvolvendo a versão curta do *WHOQOL OLD, THE SHORT VERSION FOR THE WHOQOL OLD*, uma versão mais curta como menos itens (FANG *et al.*, 2012).

Um outro instrumento para avaliar a qualidade de vida é a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, desenvolvida pelo psicólogo americano John Flanagan na metade da década de 70, e utiliza a técnica de incidente crítico. Para a obtenção do instrumento, foi feito um estudo com aproximadamente 3000 indivíduos norte-americanos, de ambos os sexos e diferentes faixas etárias. Os participantes eram indagados sobre quais aspectos importantes haviam acontecido com eles e quão satisfeitos eles estavam. Dos resultados obtidos, determinaram-se 15 componentes agrupados em cinco dimensões: bem estar físico e mental; relação com outras pessoas; envolvimento em atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e enriquecimento pessoal e recreação. O instrumento de qualidade de vida de Flanagan foi traduzido para o português e validado por Nassar e Gonçalves (1999).

Santos *et al.*, (2002) avaliaram a escala de qualidade de vida de Flanagan em pacientes idosos institucionalizados. A escala apresentou boa consistência e coerência, porém, o autor conclui que é preciso adequar à realidade da pesquisa, em virtude do caráter subjetivo do conceito de qualidade de vida. A mesma conclusão pode ser vista em Corrente *et al.* (2010), que avaliaram a qualidade de vida de idosos da Estância Turística de Avaré, SP.

1.4 CAPACIDADE FUNCIONAL

A capacidade funcional é dimensionada pela habilidade e independência para realizar determinadas atividades, como um componente-chave para a avaliação da saúde de uma população idosa (LIMA COSTA *et al.* 2003; ALVES *et al.*, 2008). Também, é caracterizada como a aptidão para realizar tarefas do cotidiano e para a sua auto-manutenção de forma independente e autônoma (CANEPPELE, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2004).

As atividades funcionais são divididas em duas categorias: as atividades da vida diária (AVDs) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). As AVDs incluem as atividades básicas como: alimentar-se, tomar banho, vestir, levantar da cama ou da cadeira, andar ir ao banheiro, controlar urina e fezes. As AIVDs permitem estabelecer as relações interpessoais compreendendo a habilidade do indivíduo para administrar o ambiente onde vive como: usar o telefone, utilizar o meio de transporte, subir escadas, fazer compras, preparar refeições, arrumar ou limpar a casa, escrever cheques, etc. (COSTA *et al.*, 2001; CARVALHO, 2006; CANEPELE, 2007; ALVES *et al.*, 2008).

Segundo a política de saúde do idoso (BRASIL, 1999), a capacidade funcional é a definida como a capacidade de manter habilidades físicas e mentais necessárias para independência e autonomia.

Já, a incapacidade funcional é definida como a dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana, ou mesmo, pela impossibilidade de desempenhá-las (ROSA *et al.*, 2003).

A incapacidade pode ser resultante de duas categorias básicas: a primeira é a incapacidade congênita, resultante de malformação congênita, anormalidades

psicológicas, deficiência mental, e a segunda, as incapacidades que as pessoas adquirem ao longo da vida (ROSA *et al.*, 2003).

As limitações funcionais representam restrições no desempenho de tarefas específicas de uma pessoa, organizadas em esferas de atividades da vida, tais como: família, relações interpessoais, trabalho, emprego ou outras atividades econômicas e de educação, lazer e autocuidado (NAGI, 1964).

A Organização Mundial da Saúde em 2000 estabeleceu uma abordagem conceitual para a incapacidade por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade conhecida como CIF. A CIF definiu a deficiência, funcionalidade e incapacidade (OMS 2001).

A deficiência foi definida como problemas nas funções ou estrutura corporal, tais como um desvio ou perda significativa da funcionalidade e refere-se a todas as funções do corpo e desempenho de tarefas ou ações como um termo genérico. Já, a incapacidade, como um termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrições à participação, com os qualificadores de capacidade ou desempenho.

Esse modelo abordado pela OMS sobre funcionalidade e incapacidade, adota uma abordagem biopsicossocial refletindo a interação entre as várias dimensões da saúde (biológica, individual e social). A CIF considera a incapacidade não somente como resultante das condições de saúde, mas também determinada pelo contexto físico e social e pelo contexto ambiental onde elas vivem, agindo como barreiras ou facilitadores no desempenho de suas atividades e na participação social, tirando, desta forma, o foco da natureza biológica individual da redução ou perda de uma função e ou estrutura do corpo (OMS 2001; FARIAS; BUCHALA 2005; SAMPAIO; MANCINI, 2007; NUBILA; BUCHALA 2008; NUBILA, 2010).

1.5 INSTRUMENTOS QUE AVALIAM ATIVIDADES FUNCIONAIS

Uma das maneiras de avaliar a capacidade funcional é de análise direta, ou seja, por meio de uma observação do paciente para realizar uma determinada ação. Outro modelo de avaliação é o auto relato usado pelo pesquisador para colher informações. Com isso, vários instrumentos têm sido desenvolvidos para isto. Citamos os seguintes:

- ÍNDICE KATZ ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA, desenvolvido por SIDNEY KATZ e colaboradores (1965). O índice de Katz é, ainda hoje, um instrumento muito usado por pesquisadores para avaliar a capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária. Dessa forma, o instrumento busca avaliar a capacidade funcional por meio de seis categorias: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, realizar transferências, continências e alimentação. Em cada resposta o paciente é categorizado como dependente ou independente. A escala de Katz foi traduzida e adaptada à cultura brasileira por Lino *et al.* (2008).

Originalmente, o índice de Katz possuía três categorias de classificação: independente, dependente parcialmente, e totalmente dependente. Os resultados eram expressos na forma de tabela (quadro 3). Durante os anos a escala sofreu algumas modificações da original (KATZ, *et al.*, 1963).

Recentemente, o instituto *Hartford Institute for Geriatric Nursing*, publicou uma versão do índice original de Katz, classificando os idosos como dependente e independente, com escore de 0 a 6 pontos. Os idosos classificados como: independente, seriam aqueles que teriam um escore de 6 pontos; dependente moderado, aquele que apresenta um escore de 4 pontos e muito dependente, aquele que apresenta um escore

igual ou menor de 2 pontos (*THE HARDFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING*, 1998).

Quadro 3: Classificação original da escala de Katz

Índice de Katz	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades, menos banho, vestir e ir ao banheiro e mais um adicional
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classifica C, D, E e F.

Fonte: Katz, 1963.

- ESCALAS DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD), desenvolvido por Lawnton e Brody (1969). A escala de Lawnton e Brody foi desenvolvida em 1969, no centro geriátrico da Filadélfia. Esta escala avalia 8 itens como: telefonar, fazer compras, preparar as refeições, fazer faxina, lavar roupa, usar meio de transporte, tomar remédio e controle financeiro. A escala de Lawnton e Brody classifica a dependência em três categorias: não consegue, consegue com ajuda, consegue sem ajuda. Apresenta um escore de 8 a 24 pontos, onde a pontuação de máxima independência é 24 pontos e a de máxima dependência 8 pontos.

- MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL - (MIF) essa escala foi desenvolvida na década de 80, pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação. O

instrumento é muito utilizado internacionalmente sendo considerado como padrão ouro para avaliar a capacidade funcional e tem como diferencial a incorporação da avaliação cognitiva (MINOSSO, *et al.*, 2010). A escala é organizada em duas dimensões subdivididas em categorias com total de 18 itens em seis áreas de função: cuidados pessoais, controle esfinteriano, mobilidade, locomoção, comunicação e conhecimento social e abrange aspectos funcionais na área física, psicológica e social do paciente. O escore varia de 1 (dependência total) a 7 (independência total), com uma pontuação total que varia de 18 a 126 (MINOSSO *et al.*, 2010). A escala apresenta dois domínios: o domínio motor, referente às dimensões de autocuidado, controle do esfíncter, transferências e locomoção, e o domínio cognitivo, que engloba as dimensões de comunicação e cognição social. A MIF não é um instrumento autoaplicado, pois exige treinamento para sua utilização (RIBERTO *et al.*, 2001; RIBERTO *et al.*, 2004). Esta escala foi traduzida para o português no ano de 2000 (RIBERTO *et al.*, 2001) e validado no ano de 2004 (RIBERTO, *et al.*, 2004).

A International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde para ser adotada por serviços específicos, principalmente relacionados à reabilitação, e após uma revisão em 1993, passou ser conhecida como ICIADH-2. Em 1996, a OMS coordenou uma nova revisão e apresentou à Assembleia Mundial da Saúde por meio da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde à CIF, após ter sido testada em vários países, envolvendo um número superior a 1800 profissionais da saúde (WHO 1980; WHO 2001; BUCHALLA, 2003).

A CIF descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionada às condições de saúde, identificando o que a pessoa pode ou não pode fazer na sua vida diária, tendo em

vista as funções dos órgãos ou sistemas ou estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive (BUCHALLA, 2003; FARIAS; BUCHALLA, 2005).

No Brasil, a CIF foi traduzida pelo centro colaborador da OMS para a classificação das doenças em português, da universidade de São Paulo e o título traduzido foi: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (DINIZ *et al.*, 2007).

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) foi proposto por Hayase *et al.* (2004), composto por duas escalas: a primeira tem 16 itens relativos a aspectos motores de AVD's e, a segunda, com 20 itens relativos ao processo das AIVDs, com escore de 1 a 4.

O Índice de Barthel foi desenvolvido em 1965 para avaliar o tratamento de reabilitação dos indivíduos com AVE. O instrumento é um dos mais utilizados no mundo, e mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Apresenta duas versões: a original com dez domínios e uma escala entendida proposta por Glander (1977) com quinze itens. Uma pontuação geral é formada atribuindo-se pontos em cada categoria, dependendo do tempo de assistência necessária a cada paciente. As pontuações variam de 0 a 100, com intervalos de 5 pontos e as pontuações mais elevadas indicam maior independência (MAHONEY; BARTHEL, 1965; PAIXÃO JR, 2005; MINOSSO *et al.*, 2010). Três estudos demonstram adaptação e validação para a realidade do nosso país (GUIMARÃES; GUIMARÃES, 2004; CANEDA *et al.*, 2006; MINOSSO *et al.*, 2010).

A Escala de Autopercepção do Desempenho das Atividades da Vida Diária, voltada para idosos, apresenta quarenta itens e com cinco possibilidades de respostas:

não consigo realizar esta atividade; realizo esta atividade com ajuda de outra pessoa; realizo esta atividade sozinha, porém com muita dificuldade; realizo esta atividade sozinha com pouca dificuldade e realizo esta atividade sozinha e com facilidade. Os escores variam de 0 a 160, sendo que, 0 a 31, muito ruim; 32 a 64, ruim; 65 a 97, média; 98 a 130, boa; 131 a 160, muito boa (ANDREOTTI; OKUMA, 1999).

Ficha de autoavaliação da capacidade funcional desenvolvido por Espirduoso (1995) tem 18 itens com a possibilidade de três respostas: faço; faço com alguma dificuldade ou com ajuda; e não posso fazer. Os idosos são classificados como: avançado com 12 itens de dificuldade; moderado, de 7 a 11 itens de dificuldade; baixo, 6 itens, sem dificuldade ou inábil para realizar 3 ou mais AIVDs.

A Ficha de Auto Avaliação da Capacidade Funcional foi desenvolvida por Rickli e Jones (1999) com 15 itens com a possibilidade de três respostas: faço; faço com alguma dificuldade ou com ajuda; e não posso fazer. Os idosos são classificados como: avançado com 12 itens de dificuldade; moderado de 7 a 11 itens de dificuldade; baixo, 6 sem dificuldade ou inábil para realizar 3 ou mais AIVDs.

Quanto ao Questionário do Suplemento Saúde do PNAD (Programa Nacional por Amostra de Domicílios), proposto por Parahyba e Simões (2006), este é elaborado com sete questões: alimentar-se; tomar banho ou ir ao banheiro; correr, levantar peso, fazer esportes ou realizar trabalhos domésticos; subir escada, abaixar ou ajoelhar-se, caminhar mais de 1 km e caminhar cerca de 100 metros. As respostas incluem as categorias “não consegue”, “tem grande dificuldade”, “tem pequena dificuldade” ou “não tem dificuldade”. Não foram encontrados estudos de validação do questionário (PARAYBA; SIMÕES, 2006).

The Pulse Profiles foi desenvolvida por Moskowitz e Mccann (1957). Trata-se de uma escala com seis componentes e reflete a independência de vida. Avalia a condição física, função do membro inferior, função do membro superior, componente sensorial, controle do esfíncter, suporte intelectual, emocional, familiar, social e financeiro. Os escores variam de 6 a 24 pontos (PAIXÃO JUNIOR; REICHEINHEIN, 2005).

É importante avaliar quais os fatores de qualidade de vida são prejudicados com a incapacidade funcional e quais aspectos são influenciados para que possa auxiliar no planejamento de políticas públicas para idosos dependentes tenham uma melhor qualidade de vida.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar a associação de qualidade de vida com a capacidade funcional dos idosos da Estância Turística de Avaré, São Paulo, Brasil.

2.2. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Avaliar a qualidade de vida dos idosos da Estância Turística de Avaré.

Avaliar a capacidade funcional dos idosos.

Determinar os aspectos da capacidade funcional que interferem na qualidade de vida desses idosos.

.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

A Estância Turística de Avaré é banhada pela represa de Jurumirim, alimentada pelo rio Paranapanema, um rio de águas claras e límpidas. A represa é três vezes maior do que a baía de Guanabara, no Rio de Janeiro e, além do mais, é de água doce. Seus 1800 quilômetros de praia formam o cenário turístico importante do Estado de São Paulo. São praias de areias naturais e suas águas são ideais para prática de esportes como: futebol de areia, vôlei de praia, moto-naútica, pescarias, entre outros.

Na área de saúde, a Estância Turística de Avaré possui sete UBS's, quatro unidades da Estratégia da Saúde da Família (ESF), um hospital e um Pronto Atendimento.

De acordo com o levantamento do IBGE (2010), observam-se os seguintes dados do município:

- População total do município: 76.472 habitantes
- Total de habitantes com mais de 60 anos: 7.735 habitantes
- Número estimado de idosos residentes na zona urbana: 7.434 habitantes
- Número estimado de idosos residentes na zona rural: 297
- Número de idosos cadastrados na UBS e ESF: 7.214

3.2. Amostra

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido na zona urbana da Estância Turística de Avaré, São Paulo Brasil.

Inicialmente foi formado um banco de dados obtidos de idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Devido a uma sobreposição dos dados, já que muitos dos idosos estavam cadastrados em mais de uma unidade de saúde, tais dados foram eliminados e foi obtida uma população de 7.218 idosos cadastrados.

Utilizando uma prevalência de 50%, um coeficiente de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, o tamanho mínimo da amostra foi calculado em 365 idosos, utilizando o fator de correção para a população finita. A obtenção da amostra foi feita através de um sorteio utilizando-se o programa SAS for Windows, v.9.1.3, por meio da *PROC SURVEY SELECT* e do método *PPS (Probability Proportional to Size)*, proporcional à idade.

Após a obtenção da amostra, os idosos foram entrevistados em suas residências, aplicando-se os instrumentos de qualidade de vida de Flanagan, o questionário de atividades da vida diária proposto por Katz e o questionário de atividades instrumentais da vida diária proposto por Lawnton e Brody. A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a agosto de 2011. Caso o idoso não fosse encontrado, fez-se um novo sorteio. A duração média de cada entrevista foi de 30 minutos.

Além desses instrumentos, foram obtidos dados sócio-demográficos dos idosos.

3.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, foram calculadas frequências e porcentagens para as variáveis qualitativas referentes a dados sociodemográficos, AVDs e AIVDs, e Escala de Qualidade de Vida de Flanagan além das medidas descritivas para variáveis quantitativas para a caracterização da amostra.

A avaliação da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan foi feita utilizando o método de componentes principais, seguida de uma análise fatorial com rotação *varimax*, de modo a obter os cinco fatores que definem as dimensões da escala.

As associações entre a capacidade funcional e qualidade de vida foram feitas utilizando testes qui-quadrado.

Todas as análises foram feitas no programa SAS for Windows, v.9.2. Em todos os testes foi considerado o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

Em conformidade com as diretrizes nacionais internacionais para a pesquisa com seres humanos do Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas (CIMS) e da resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, SP, sob o protocolo FMB-PC-255/2010.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização geral da população

Dos idosos entrevistados 241 eram do gênero feminino (66,02%) e 124 do gênero masculino (33,98%). A maior frequência dos idosos está na faixa etária de 60-69 anos com 153 (41,91%) idosos, com nenhum idoso do gênero masculino acima de 90 anos. A tabela 1 apresenta a distribuição dos idosos por gênero e idade.

Tabela 1 - Distribuição de idosos segundo gênero e faixa etária. Estância Turística de Avaré, 2011.

	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	N	%
60-69 anos	95	39,41	58	46,77	153	41,91
70-79 anos	92	38,17	53	42,74	145	39,72
80-89 anos	48	19,91	13	10,48	61	16,71
Mais de 90 anos	4	1,65	0	0	4	1,09
Total	241	66,02	124	33,98	365	100

A tabela 2 apresenta características dos idosos segundo gênero, estado civil, se ainda trabalha e se é aposentado.

Tabela 2 – Características da amostra de 365 idosos de Avaré, segundo gênero, estado conjugal, trabalhando ou aposentado, Avaré, 2011.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	241	66.03
Masculino	124	33.97
Total	365	100
Estado conjugal		
Casado	193	52.88
Viúvo	115	31.51
Separado	32	8.76
Solteiro	25	6.85
Total	365	100
Trabalha		
Não	321	87.95
Sim	44	12.05
Total	365	100
Aposentado		
Não	28	7.67
Sim	337	92.33
Total	365	100

Dos idosos entrevistados, a maioria era casado (52,88%), a maioria não trabalha (87,95%) e é aposentado (92,33%).

A tabela 3 apresenta uma descrição dos idosos considerando estado civil, escolaridade e renda segundo o gênero.

Tabela 3 - Distribuição da amostra de 365 idosos, segundo a sua escolaridade e gênero, Estância Turística de Avaré, 2011.

		Feminino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	n	%
Estado Civil	Casado	96	39,83	97	78,23	193	52,88
	Divorciado	16	6,64	4	3,32	20	5,48
	Separado	8	3,32	4	3,32	12	3,29
	Solteiro	17	7,05	8	6,46	25	6,85
	Viúvo	104	43,15	11	8,87	115	31,15
	Total	241	66,03	124	33,97	365	100,00
Escolaridade	Analfabeto	25	6,85	7	1,92	32	8,77
	Sabe escrever o nome	8	2,19	7	1,92	15	4,11
	Aprendeu por outro meio	7	1,92	5	1,37	12	3,29
	Primário incompleto	80	21,92	35	9,59	107	29,32
	Primário completo	64	17,53	43	11,78	115	31,51
	Ginásio incompleto	15	4,11	6	1,64	107	29,32
	Ginásio completo	6	1,64	3	0,82	9	2,47
	Colegial incompleto	1	0,27	0	0	1	0,27
	Colegial completo	13	3,56	9	2,47	22	6,03
	Superior incompleto	1	0,27	0	0	1	0,27
	Superior completo	21	5,75	9	2,47	30	8,22
	Total	241	66,03	124	33,97	365	100
Renda	Não tem renda	13	3,60	1	0,28	14	3,88
	Até 2 salários mínimos	147	40,72	216	19,11	216	59,83
	Mais que 2 e até 5 salários.	67	18,56	110	11,91	110	30,47
	5 ou mais salários	10	2,77	21	3,05	21	5,82
	Total	237	65,65	124	34,35	361	100

De acordo com a tabela 3, houve maior predomínio de casados para o gênero masculino (78,22%) e de viúvas (43,15%) para o gênero feminino. Avaliando a escolaridade, a maioria apresentava o primário completo (31,51%) e apenas 8,22% dos idosos apresentava ensino superior completo. Levando-se em conta o gênero, a maioria dos idosos do gênero masculino apresentava ensino primário completo (11,78%) e a maioria dos idosos do gênero feminino apresentava ensino primário incompleto (21,92%).

A renda da maioria dos idosos situa-se na faixa de um a dois salários mínimos tendo como referência o salário do ano de 2011 (R\$ 545,00) reais. Dos 361 idosos que responderam a questão sobre sua renda, 63,71% não tem renda ou recebem 2 ou menos salários mínimos e 5,83% idosos tem renda com mais de 5 salários. Apenas 4 idosos não responderam a essa questão.

4.2. Qualidade de Vida dos idosos

A qualidade de vida dos idosos foi avaliada através dos 15 itens da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF). A média dos escores foi de 70,36 (desvio padrão de 10,58), variando de 39 a 94 pontos. O coeficiente α de Cronbach obtido foi de 0,6065, considerado bom para avaliar a qualidade de vida desses idosos.

A extração dos fatores considerados importantes pelos idosos sobre a qualidade de vida foi obtido utilizando-se uma análise fatorial com rotação *varimax*, considerando um ponto de corte em 0,5 para os autovalores fornecidos pela análise. Dos 15 itens que contem a escala de Flanagan, apenas 12 itens foram considerados na análise, já que os demais não apresentaram cargas fatoriais suficientes para serem considerados. A tabela 4 apresenta um demonstrativo da análise fatorial com os itens considerados na análise e a identificação dos fatores importantes para a qualidade de vida referenciada pelos idosos.

Tabela 4 - Demonstrativo da aplicação da análise fatorial e identificação dos componentes principais que influenciaram no nível de satisfação com a qualidade de vida na amostra de 365 idosos. Estância Turística de Avaré, SP, 2011.

Enunciados de Flanagan	Carga Fatorial
Fator 1. Bem estar físico e material (variância explicada = 28,64%)	
Item 11. Trabalho (em casa ou não)	0,8494
Item 2. Saúde (sentir-se bem e vigoroso)	0,8343
Item 10. Autoconhecimento (reconhecer suas potencialidade e limitações)	0,8115
Fator 2. Relações com outras pessoas (variância explicada = 10,84%)	
Item 3. Relacionamento com familiares	0,6901
Item 4. Constituir família: ter ou criar filhos	0,6396
Item 5. Relacionamento íntimo com esposa (o) ou companheira (o)	0,6323
Fator 3. Desenvolvimento pessoa e realização (variância explicada = 9,18%)	
Item 12. Expressar criatividade	0,7650
Item 9. Aprendizagem em cursos e palestras	0,7402
Fator 4. Atividades sociais e comunitárias (variância explicada = 7,42%)	
Item 8. Participação na comunidade	0,7707
Item 7. Trabalho voluntário	0,7457
Item 15. Socialização: fazer amigos	0,7003
Fator 5. Recreação	
Item 6. Reunir com amigos	0,8693

Os idosos de Avaré, São Paulo, consideraram os fatores bem estar físico e material como o primeiro fator importante para obter qualidade de vida, seguido de relações com outras pessoas, desenvolvimento e realização pessoal; atividades sociais, comunitárias e cívicas e, por último, recreação. A tabela 5 mostra um comparativo das dimensões da Escala de Qualidade de Vida proposta por Flanagan e a escala obtida pela análise dos dados obtidos dos idosos.

Tabela 5 - Demonstrativo de comparação das dimensões da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan e as identificadas na amostra de 365 idosos, Estância Turística de Avaré, SP, 2011.

Dimensões da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan	Dimensões identificadas na amostra
1. Bem-estar físico e material	1. Bem-estar físico e material
2. Relações com outras pessoas	2. Relações com outras pessoas
3. Atividades sociais, comunitárias e cívicas.	3. Desenvolvimento pessoal e realização
4. Desenvolvimento pessoal e realização	4. Atividades sociais, comunitárias e cívicas
5. Recreação	5. Recreação

4.3. CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS

A prevalência de incapacidade funcional encontrada nessa amostra de idosos moradores da Estância Turística de Avaré em relação às atividades vida diária (AVD) foi de 8.49%. Já, a prevalência de incapacidade funcional para as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) foi de 10.96% (Tabela 6).

Tabela 6 – Prevalência de incapacidade funcional para AVD e AIVD, em idosos na Estância Turística de Avaré, São Paulo.

	Independente		Dependente		Total	
	n	%	N	%	n	%
AVDs	334	91,51	31	8,49	365	100
AIVDs	325	89,04	40	10,96	365	100

Vestir-se e tomar banho (3,01% e 2,46% respectivamente), foram os itens mais prevalentes de incapacidade funcional em relação aos demais itens da escala atividades básicas da vida diária de Katz, como mostra a tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos itens da escala de atividades de vida diária dos idosos. Estância Turística de Avaré, 2011.

AVDs	Independente		Dependente		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tomar Banho	356	97,54	9	2,46	365	100
Vestir-se	354	96,99	11	3,01	365	100
Ir ao banheiro	357	97,80	8	2,19	365	100
Deitar e levantar da cama/cadeira	360	98,64	5	1,36	365	100
Urinar e evacuar	357	97,80	8	2,20	365	100
Comer sem ajuda	361	98,90	4	1,10	365	100

Dos oito itens da escala de atividades instrumentais de vida diária (AIVD), as que tiveram maior prevalência de incapacidade funcional foram: lavar e passar a própria roupa (10,95%) e trabalhos domésticos como pequenos reparos (9,86%), sendo que usar transporte público e ir a lugares distantes mostraram maior prevalência de incapacidade funcional parcial (11,23%). Estes resultados são mostrados na tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos itens das atividades instrumentais de vida diária dos idosos. Estância Turística de Avaré, 2011.

AIVDS	Não consegue		Ajuda parcial		Sem ajuda		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Usar o telefone	4	1,09	5	1,36	356	97,53	365	100
Usar transporte público ir a lugares distantes	10	2,73	41	11,23	314	86,04	365	100
Fazer compras	12	3,28	13	3,56	340	93,15	365	100
Preparar as refeições	10	2,74	4	1,95	14	96,17	365	100
Arrumar a casa	12	3,28	5	1,36	17	95,34	365	100
Trabalhos domésticos com pequenos reparos	36	9,86	13	3,56	49	83,83	365	100
Lavar e passar a própria roupa	40	10,95	11	3,01	314	86,02	365	100
Cuidar de suas finanças	22	6,02	18	4,93	323	88,49	365	100

A tabela 9 apresenta uma associação das AVDs com estado civil, gênero, se ainda trabalha, se é aposentado e escolaridade.

Tabela 9 – Associação das variáveis socioeconômicas com AVDs dos idosos. Turística de Avaré, 2011.

	Atividades da vida diária			P value
	Dependente n (%)	Independente n (%)	Total n (%)	
ESTADO CIVIL				
Casado	15 (7,77)	178 (92,23)	193 (100)	0,6006
Não casado	16 (9,30)	156 (90,69)	172 (100)	
Total	31 (8,49)	334 (91,51)	365 (100)	
GÊNERO				
Feminino	22 (9,12)	219 (90,88)	241 (100)	0,5438
Masculino	9 (7,25)	115 (92,75)	124 (100)	
Total	31 (8,49)	334 (91,51)	365 (100)	
TRABALHO				
Sim	1 (2,27)	43 (97,73)	44 (100)	0,1145
Não	30 (9,34)	291 (90,66)	321 (100)	
Total	31 (8,49)	334 (91,51)	365 (100)	
APOSENTADO				
Sim	30 (8,90)	307 (91,10)	337 (100)	0,3309
Não	1 (3,57)	27 (96,43)	28 (100)	
Total	31 (8,49)	334 (91,51)	365 (100)	
ESCOLARIDADE				
Acima de 10 anos	3 (3,57)	81 (96,47)	84 (100)	0,0652
Abaixo de 10 anos	28 (9,96)	253 (90,04)	281 (100)	
Total	31 (8,49)	334 (91,51)	365 (100)	

Nota-se que, os idosos do gênero feminino apresentaram prevalência de dependência funcional ligeiramente maior que os do gênero masculino (9,12% e 7,25%, respectivamente). Em relação ao estado civil, não casados apresentaram uma prevalência de dependência funcional ligeiramente maior que os casados (9,30% e 7,77%, respectivamente). Já para a escolaridade, idosos que apresentam mais de 10 anos de estudos tem menor dependência funcional quando comparados aos que apresentam menos de 10 anos de estudo (3,57% e 9,96%, respectivamente). Apesar dos resultados obtidos, não houve associação significativa entre essas variáveis e a capacidade funcional para as atividades da vida diária dos idosos. A tabela 10 apresenta a associação entre as AIVDs e as variáveis estado civil, gênero, se ainda trabalha, se é aposentado e escolaridade.

Tabela 10. Associação entre AIVDs e variáveis socioeconômicas. Estância Turística de Avaré, 2011.

Atividades instrumentais da vida diária				
	Dependente N (%)	Independente N (%)	Total N(%)	p value
ESTADO CIVIL				
Casado	14 (7,25)	179 (92,75)	193 (100%)	0,0164
Não casado	26 (15,11)	146 (84,89)	172 (100%)	
Total	40 (10,95)	325 (89,05)	365 (100%)	
GÊNERO				
Feminino	26 (10,78)	215 (89,21)	241 (100%)	0,8844
Masculino	14 (11,29)	110 (88,70)	124 (100%)	
Total	40 (10,95)	325 (89,05)	365 (100%)	
TRABALHO				
Sim	3 (6,81)	41 (93,19)	44 (100%)	0,3485
Não	37 (11,52)	284 (88,47)	321(100%)	
Total	40 (10,95)	325 (89,05)	365 (100%)	
APOSENTADO				
Sim	36 (10,68)	301 (89,32)	337 (100%)	0,5575
Não	4 (14,28)	24 (85,72)	28 (100%)	
Total	40 (10,95)	325 (89,05)	365 (100%)	
ESCOLARIDADE				
Acima de 10 anos	5 (5,95)	79 (94,05)	84 (100%)	0,0941
Abaixo de 10 anos	35 (12,45)	246 (87,55)	281 (100%)	
Total	40 (10,95)	325 (89,05)	365 (100%)	

Nota-se que, nas AIVDs, idosos do gênero masculino apresentaram maior dependência funcional nas atividades da vida diária em relação ao gênero feminino (11,29% e 10,78%, respectivamente). Quanto ao nível de escolaridade, 5,95% dos idosos com mais de 10 anos de escola apresentaram dependência nas AIVDs enquanto que 12,45% dos idosos com menos de 10 anos de estudo apresentaram dependência funcional em relação às AIVDs. Foi encontrada uma associação significativa entre estado civil e a capacidade funcional avaliada pelas AIVDS. Entre os casados, 7,25% apresentaram dependência funcional, e os não casados apresentaram 15,11% ($p=0,0164$) em relação às AIVDs. As demais variáveis não apresentaram associações significativas.

A tabela 11 apresenta os resultados da avaliação da qualidade de vida de pela Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, as AVDs e AIVDs. Neste caso, a qualidade de vida foi categorizada em "satisfeito" e "insatisfeito" com a qualidade de vida referenciada, utilizando o valor médio (70,36 pontos) como ponto de corte.

Tabela 11. Associação entre qualidade de vida e AVDs dos idosos. Estância Turística de Avaré, 2011.

		Dependente N (%)	Independente N (%)	Total Dep/ind N (%)	P Value
Escore da escala de qualidade de vida de Flanagan					
AVDs	Boa qualidade de vida em relação à EQVF	7 (3,53)	191 (96,47)	198 (100)	0.0002
	Pouca qualidade de vida em relação à EQVF	24 (14,37)	143 (85,63)	167 (100)	
	Total	31 (8,49)	334 (91,51)	365 (100)	
AIVDs	Boa qualidade de vida em relação à EQVF	12 (6,06)	186 (93,94)	167 (100)	0.0011
	Pouca qualidade de vida em relação à EQVF	28 (16,76)	139 (83,24)	198 (100)	
	Total	40 (19,95)	325 (89,05)	365 (100)	

EQVF = escala de qualidade de vida de Flanagan DEP = dependente IND= independente

Dos idosos que apresentaram dependência funcional para as AVDs, 7,38% referiram estarem satisfeitos com a qualidade de vida, enquanto que 14,37% não estavam satisfeitos ($p=0,0002$). Já para as AIVDs, os que referenciaram melhor qualidade de vida tiveram menor prevalência de incapacidade funcional (6,06%) em relação aos que referenciaram ter pior qualidade de vida (16,76%) ($p=0,0113$).

Considerando agora cada item da EQVF e como cada item do questionário varia de 1 a 7, considerou-se a mediana como ponto de corte (4 pontos) e foi feita uma classificação em "satisfeito" ou "insatisfeito" com a qualidade de vida em cada item. Associando os itens agora categorizados com as AVDs, foram obtidas significância em apenas quatro itens: autoconhecimento (reconhecer suas potencialidades e limitações); saúde; trabalho e reunir com amigos, de acordo com a tabela 12.

Tabela 12. Associação de capacidade funcional para atividades básica da vida diária com os itens da escala de Flanagan. Estância Turística de Avaré, 2011.

ATIVIDADES BÁSICA DA VIDA DIÁRIA (AVD)				
	Insatisfeito com a QV	Satisfeito com a QV	Total	P
	n (%)	n (%)	n (%)	value
Item 10 da EQVF– autoconhecimento (reconhecer suas potencialidades e limitações)				
Dependente	18 (58.06%)	13 (41.92%)	31 (100%)	0.0093
Independente	103 (30.83)	231 (69.16%)	334 (100%)	
TOTAL	121 (33,16%)	244 (66,84%)	365 (100%)	
Item 2 da EQVF – saúde				
Dependente	18 (54.84%)	13 (41.94%)	31 (100%)	<.0001
Independente	59 (30.84%)	275 (69.16)	334(100%)	
TOTAL	77 (21,10%)	288 (78,90)	365 (100%)	
Item 11 da EQVF– trabalho				
Dependente	20 (64.52%)	11 (35,48%)	31 (100%)	0.0002
Independente	98 (30.83%)	236 (69.17)	334 (100%)	
TOTAL	118 (32,33%)	247 (67,67%)	365 (100%)	
Item 6 da EQVF– reunir com os amigos				
Dependente	6 (19.36%)	25 (80.64%)	31 (100%)	0.0007
Independente	22 (30.84%)	312 (69.16)	334 (100%)	
TOTAL	6 (7,68%)	337 (92,32%)	365 (100%)	

EQVF = Escala de qualidade de vida de Flanagan

Observa-se que, nos item 10, 2 e 11 da EQV, a prevalência de incapacidade funcional foi maior. Já para o item 6, aqueles com melhor qualidade de vida apresentaram maior prevalência de incapacidade funcional. Os idosos que apresentaram limitação funcional para as atividades da vida diária ficam limitados os aspectos de qualidade de vida: autoconhecimento (reconhecer suas potencialidade e limitações) de saúde, trabalho, e reunir com os amigos.

A tabela 13 apresenta a associação entre os itens da EQVF categorizados com as AIVDs.

Tabela 13. Associação entre os tens da escala de qualidade de vida de Flanagan com as atividades instrumentais da vida diária. Estância Turística de Avaré, 2011.

	Atividades instrumentais da vida diária (AIVDs)		Total n (%)	P Value
	Insatisfeito com a vida n (%)	Satisfeito com a vida n (%)		
Item 10 da EQVF – autoconhecimento (reconhecer suas potencialidades e limitações)				
Dependente	24 (60%)	16 (40%)	40 (100%)	<.0001
Independente	97 (29.85)	228 (70.15%)	325 (100%)	
TOTAL	121 (33,16%)	244 (66,84%)	365 (100%)	
Item 2 da EQVF – saúde				
Dependente	22 (55%)	18 (45%)	40 (100%)	<.0001
Independente	54 (16.62%)	271 (83.38)	325 (100%)	
TOTAL	76 (20,87%)	289 (79,17%)	365 (100%)	
Item 11 da EQVF – trabalho				
Dependente	30 (75%)	10(25%)	40 (100%)	<. 0001
Independente	88 (27.08%)	237 (72.92%)	325 (100%)	
TOTAL	118 (32,32%)	247 (67,68%)	365 (100%)	
Item 8 da EQVF – participação na comunidade				
Dependente	32 (80%)	8 (20%)	40 (100%)	0.0009
Independente	150 (46.16%)	175 (53.84%)	325 (100%)	
TOTAL	182 (49,87%)	247 (67,68%)	365 (100%)	
Item 6 da EQVF – reunir com os amigos				
Dependente	39 (97.5%)	1 (2,5%)	40 (100%)	0.0028
Independente	302 (92.93%)	24 (7.39%)	325(100%)	
TOTAL	341 (93,43%)	24 (6,58%)	365 (100%)	
Item 15 DA EQVF – Socialização: Fazer Amigos				
Dependente	24 (60%)	16 (40%)	40 (100%)	0.0189
Independente	114 (30.08%)	211 (64,92%)	325(100%)	
TOTAL	138 (37,81%)	227 (62,19%)	365(100%)	
Item 9 DA EQVF – Aprendizagem em cursos e palestras				
Dependente	21 (52.5%)	19 (47.50%)	40 (100%)	0.0334
Independente	118 (36,31%)	207 (63.69%)	325(100%)	
TOTAL	139 (38,08%)	226 (61,92)	365 (100%)	

EQVF = Escala de qualidade de vida de Flanagan

Verificou-se, em nosso estudo, que a dependência em relação às AIVDs interfere na qualidade de vida e nos aspectos de saúde, trabalho, autoconhecimento, reunir com os amigos, socialização, aprendizagem em cursos e palestras.

Além disso, verificou-se que em todos os itens com associação significativa, a prevalência de dependência foi maior entre os que se referenciaram ter baixa qualidade de vida.

5. Discussão

Algumas limitações no presente estudo precisam ser levadas em conta. Apesar de ter sido calculado um tamanho amostral e feito um sorteio dos idosos segundo sexo e faixa etária, os dados obtidos das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família estavam desatualizados e a coleta foi realizada incluindo os idosos que aceitaram participar da pesquisa. Isto fez com que a amostra fosse de conveniência, introduzindo um viés de seleção tornando-se uma amostra não representativa da população. Dessa forma, houve predomínio do gênero feminino (66%). O fato dos dados estarem desatualizados e da necessidade de se substituir muitos idosos para compor a amostra pode ter influenciado nesse viés. Apesar disso, o viés não reflete o resultado do estudo uma vez que as questões aqui levantadas não se associaram ao gênero.

Em outros estudos encontramos esse tipo de amostragem com prevalência maior do gênero feminino. O estudo de Lima *et al.* (2011) de base populacional nas cidades de Botucatu, Campinas, Itapeverica de Serra, Embu, Taboão da Serra e o Distrito de Butantã da cidade de São Paulo, em uma amostra com 1958 idosos, 57,2% eram do gênero feminino. Outro estudo realizado com idosos no município de Joaçaba, Santa Catarina, foi considerada uma amostra de 345 idosos, onde a maioria era do gênero feminino (65%), sendo que, neste estudo os autores utilizaram um método de amostragem por conglomerados, a partir de 23 setores censitários. (FIEDLER; PERES, 2008). De acordo com o censo realizado no ano de 2010, entre todos os idosos brasileiros 55,5% são mulheres (IBGE, 2010).

A maioria dos idosos evidenciados nesse estudo são casados (52,87%), apresenta nível de escolaridade abaixo de 5 anos de estudo (76,98%) e com a renda de dois ou menos salários mínimos (63,71%). Este perfil de idosos com baixo nível de escolaridade e

renda, também foi encontrado no estudo de Nunes *et al.* (2010), em Goiânia, Goiás. Esses autores também encontraram idosos com a renda igual ou inferior a dois salários mínimos (77,3%) e com idosos com nível de escolaridade inferior a 5 anos de estudo (92,35%). Outro estudo realizado no município de Botucatu no ano de 2003 apresentou idosos com a renda abaixo de um salário mínimo (47,39%) e com menos de cinco anos de estudo (75,89%) (JÓIA *et al.*, 2003).

Uma das características marcantes da população idosa brasileira é o seu baixo nível de escolaridade, tendo em vista que cerca de 25% da população idosa brasileira é de analfabetos (IBGE, 2010). Isto se deve ao fato de que, a maioria dos idosos, não tinha oportunidade de frequentar a escola, refletindo isso no nível socioeconômico dos idosos de hoje.

No presente estudo, a maioria dos idosos referiu estar satisfeito com relação à qualidade de vida avaliada pela Escala Qualidade de Vida de Flanagan. A média dos escores foi de 70,96% (desvio padrão de 10,58%).

Em relação aos conceitos de qualidade de vida proposta por Flanagan, pôde-se observar algumas diferenças entre a nossa amostra e o constructo original. Em nossa amostra os idosos consideraram primeiro as seguintes dimensões: bem estar físico e material; relações com outras pessoas; desenvolvimento pessoal e realização; atividades sociais, comunitárias e cívicas e, por ultimo, recreação. Quanto ao estudo original de Flanagan os itens: desenvolvimento pessoal e realização; e atividades sociais e comunitárias e cívicas ficaram invertidas.

No estudo realizado na cidade de Bofete, São Paulo, no ano de 2005, os autores também encontraram tal inversão nas dimensões na escala de Flanagan. Os idosos de

Bofete consideraram, em primeiro lugar, as relações interpessoais, seguido de bem estar físico e material, desenvolvimento pessoal e, por último, atividades sociais e comunitárias (OLIVEIRA, 2006). No estudo de Santos *et al.* (2002), no município de João Pessoa, Paraíba, os idosos consideraram as seguintes dimensões: desenvolvimento pessoal e realização; relações com os familiares; participação social, bem estar físico e material e por ultimo amizade e aprendizagem.

Vale a pena observar que, no presente estudo, os idosos consideraram a dimensão recreação como ultimo fator importante para uma boa qualidade de vida. Esse fato é notável, pois sendo a cidade de Avaré uma Estância Turística, tende a receber muitos turistas devido a represa Jurumirim. Porém, o lazer oferecido pela cidade pouco privilegia idosos de baixa renda, e sim idosos com renda mais elevada e moradores de outras cidades, sendo este um fator que pode ter influenciado a questão.

A prevalência de incapacidade funcional nesta pesquisa foi considerada baixa em relação a outros trabalhos descritos na literatura. Foi encontrada uma prevalência de incapacidade funcional para as atividades da vida diária de 8,49%, e incapacidade funcional para as atividades instrumentais para a vida diária de 10,9%.

A determinação de prevalência da incapacidade funcional é muito complexa, pois, o grande numero de instrumentos encontrados na literatura e o ponto de corte utilizado pelos pesquisadores acaba dificultando a comparação dos resultados.

Em pesquisa realizada no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, 28,2% dos idosos pesquisados apresentam pelo menos uma incapacidade funcional para as atividades básicas, e 26,8% para as atividades instrumentais. Por outro lado, observa-se menor prevalência de incapacidade funcional em sujeitos com pelo menos duas ou mais

atividades básicas e instrumentais prejudicadas (21,7% e 10,1% respectivamente) (DEL DUCA *et al.*, 2009). Em nosso estudo consideramos os idosos com incapacidade funcional para as atividades básicas aqueles que apresentavam pelo menos duas atividades prejudicadas, tanto para básicas como instrumentais.

Tal fato deve-se ao grande número de mulheres encontradas nessa amostra, pois as mulheres utilizam mais o serviço de saúde, e além do mais a nossa amostra tem um grande número de idosos com menos de 80 anos.

Em Guatambu, Santa Catarina, foi utilizado o índice Barthel para um estudo de base populacional, e a prevalência de algum tipo de incapacidade funcional (leve, moderada, grave ou total) foi de 20,6% (SANTOS *et al.*, 2007). Outro estudo de base populacional realizado na cidade de Ubá, Minas Gerais, no ano de 2008, com a escala desenvolvida por Andreotti e Okuma, os resultados mostraram que 20,2% dos idosos estavam nos primeiros níveis de classificação (muito ruim, ruim ou média) e apresentavam pelo menos uma incapacidade funcional para as AVDs (NUNES *et al.*, 2009).

Outro estudo de base populacional realizado na região metropolitana de Belo Horizonte em 2003 mostrou que 84% dos idosos eram totalmente independentes para as atividades da vida diária, 8% tinham alguma dificuldade para realizar as atividades e os outros 8% eram totalmente incapazes de realizá-las. Esse estudo teve como base seis questões para avaliar as AVD: banhar-se, alimenta-se, caminhar de um cômodo ao outro dentro da casa, levantar da cama e ir para a cadeira (GIACOMIN, *et al.*, 2008).

Entre os participantes do nosso estudo, pôde-se verificar que, vestir-se (3,01%) e tomar banho (2,46%) foram as atividades com maior prevalência de incapacidade

funcional para as atividades da vida diária. Para as atividades instrumentais de vida diária, as ocorrências mais observadas foram: usar o transporte público (11,23%) e cuidar de suas finanças (4,93%). Com relação à ocorrência de incapacidade para cada atividade investigada, o estudo de Del Duca *et al.*, (2009) assemelham ao nosso estudo, visto que os autores encontraram para as AVDs os seguintes dados: tomar banho (8,9%) e vestir-se (12,9%); e para AIVDs: usar meio de transportes (16,6%), e fazer compras (16,1%).

Em Goiânia, os idosos mostraram maior prevalência de incapacidade funcional para as AVDs nos seguintes itens: incontinência urinária, subir e descer escadas. Para as atividades instrumentais da vida diária foram: utilizar o meio de transporte e realizar tarefas domésticas. Os autores utilizaram os questionários de Mahoney e Barthel para as atividades básicas e a escala de Lawnton para as atividades instrumentais (NUNES *et al.*, 2010).

Dentre as variáveis independentes investigadas nessa amostra de Avaré, não foi encontrada associação positiva de capacidade funcional para as AVDS com as variáveis: estado civil, gênero, trabalho, aposentado, e escolaridade. Os estudos de Del Duca *et al.* (2009), concordaram com os nossos resultados, os autores também não encontraram associação com as AVDs com as variáveis: gênero, situação conjugal e nível de escolaridade. Porém, os estudos de Nunes *et al.* (2009), avaliaram a atividade básica através do questionário desenvolvido por Andreotti e Okuma e encontraram associação positiva com as variáveis gênero, idade, analfabetismo e renda per capita abaixo de R\$250,00.

Outros estudos concordam com os nossos resultados: que os idosos que apresentam menos de 10 anos estudo apresentam maior prevalência de incapacidade funcional (GUEDES, et al., 2007; NUNES, et al., 2009).

No presente estudo, o gênero masculino apresentou maior prevalência de incapacidade funcional para as atividades da vida diária comparada com as das mulheres. No estudo de Santos *et al.* (2007), foi encontrada maior prevalência em mulheres (37,1%) comparadas aos homens (24,3%). Já, o estudo de Del Duca *et al.* (2009), encontraram maior dependência funcional para as AVDs em mulheres (29,5%) do que nos homens (22,1%).

Na análise entre as variáveis sociodemográficas com as AIVDs, houve associação positiva com a variável estado civil. Outros estudos encontrados na literatura encontraram associação positiva com as variáveis sociodemográficas (cor, escolaridade, estado civil) (MACIEL; GUERRA, 2007).

Observou-se também que, nas AIVDs, o gênero masculino apresentou maior independência funcional comparada ao gênero feminino (11,29% e 10,78% respectivamente).

Tanto para as atividades da vida diária quanto para as atividades instrumentais da vida diária, os idosos casados que trabalham e possuem nível elevado de escolaridade tiveram menor prevalência de incapacidade funcional, comparado aos idosos não casados, que não trabalham e um nível baixo de escolaridade. No estudo de Del Duca *et al.* (2009), também foi encontrada maior prevalência de incapacidade funcional em idosos com baixo valor aquisitivo, idosos não casados e com baixo nível escolaridade.

Os resultados deste estudo demonstraram que a capacidade funcional houve uma forte influência na qualidade de vida dos idosos, tanto para as atividades da vida diária quanto para as atividades instrumentais da vida diária. Considerando a escala de Flanagan categorizada e utilizando o ponto de corte como sendo a mediana para as questões do instrumento, obteve-se uma associação significativa de alguns dos itens da escala com as AVDs e AIVDs.

Dos quinze itens da escala de Flanagan, quatro deles associaram-se com as atividades básicas: autoconhecimento (reconhecer suas potencialidades e limitações), saúde, trabalho e fazer amigos. Os três primeiros itens da escala de Flanagan referem ao domínio físico.

O estudo de Tavares e Dias (2012) também encontrou associação da capacidade funcional e os aspectos de qualidade de vida. Os autores mostraram que quanto maior o número de incapacidades menor o escore de qualidade de vida. A capacidade funcional associou a todos os domínios do instrumento *WHOQOL-Bref*.

A manutenção da capacidade funcional tem implicações diretas na qualidade de vida, por estar relacionado com a capacidade dos idosos se relacionarem, trabalharem, realizarem atividades dentro e fora da casa, desfrutarem de lazer e de todos os aspectos que a vida oferece.

O envelhecimento bem sucedido é resultado da interação de fatores relacionados à saúde física, mental, independência na vida diária, aspectos econômicos e psicossociais (RAMOS, 2003).

Verificou-se que os idosos que não referiram ter qualidade de vida nos itens: autoconhecimento (reconhecer suas potencialidades e limitações), saúde, trabalho e

reunir com os amigos de acordo com a escala de Flanagan apresentam maior prevalência de incapacidade funcional comparado aos idosos que estão satisfeitos. Os estudos de Tavares e Dias (2012) mostraram que quanto mais comprometimento funcional o idoso tem, menor é o escore de qualidade de vida tanto nos instrumentos *WHOQOL-BREF* e *WHOQOL-OLD*.

Em relação às AIVDs, foi encontrada associação positiva em sete dos quinze itens da escala de Flanagan. Os itens que se associaram foram: autoconhecimento (reconhecer suas potencialidades e limitações), saúde, trabalho, participação na comunidade, reunir com os amigos, socialização, fazer amigos e aprendizagem em cursos e palestras.

Em relação aos itens autoconhecimento (reconhecer suas potencialidades e limitações), saúde e trabalho eles se referem à dimensão bem estar físico e material da escala de Flanagan. Os itens participação na comunidade e socialização e fazer amigos referem-se à dimensão relações sociais, o item reunir com os amigos refere--se à dimensão recreação e o item aprendizagem em cursos e palestras, ao domínio recreação.

Nos estudos de Tavares e Dias (2012), esses autores encontraram associação positiva com os domínios físicos psicológicos e relações sociais com os domínios do instrumento *WHOQOL-Bref*.

Em nosso estudo podemos observar que os idosos que não estavam satisfeitos com os itens: autoconhecimento (reconhecer suas potencialidades e limitações), trabalho, saúde, reunir com os amigos participação na sociedade, socialização (fazer amigos) tiveram maior prevalência de incapacidade para as AIVDs comparado aos idosos que estavam satisfeito com esses itens.

6. Conclusão

Num contexto geral, pode-se afirmar que a qualidade de vida dos idosos de Avaré pode ser considerada boa de acordo com a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. Nesse mesmo contexto, os idosos consideraram como fator principal para obter qualidade de vida o bem estar físico e material, relações com outras pessoas, desenvolvimento e realização pessoal, atividades sociais comunitárias e cívicas e por ultimo recreação. Além disso, a prevalência de incapacidade funcional para AVDs e AIVDs foi considerada relativamente baixa. Para as AVDs, 8,49% dos idosos eram dependentes e para as AIVDs, 10,96% eram dependentes.

Com relação às AVDs, vestir-se e tomar banho foram as atividades mais prejudicadas. Já, para AIVDs, trabalhos domésticos como pequenos reparos, lavar e passar a própria roupa e cuidar de suas finanças foram as atividades mais prejudicadas.

Os idosos que referiram estar insatisfeitos com a qualidade de vida apresentaram maior prevalência de dependência funcional. O aspecto que mais interfere a qualidade de vida dos idosos são: em reunir com os amigos, na sua saúde, no seu trabalho, no seu autoconhecimento, participar ativamente na comunidade, em sua socialização como fazer amigos e aprendizagem em cursos e palestras.

Tendo em vista que a capacidade funcional interfere na qualidade de vida dos idosos, o presente estudo visa contribuir para que políticas públicas de saúde sejam adotadas como prioridade para a população idosa, fato esse, deixado de lado nos programas de governo de muitos municípios do nosso país.

Os idosos que não apresentam limitação funcional desfrutam mais da vida em todos os seus aspectos: físicos, mental e social. Por isso, o fisioterapeuta atua

reabilitando uma incapacidade funcional já instalada ou prevenindo a incapacidade. Os municípios deveriam incluir em todas as Unidades Básicas de Saúde e Estratégias da Saúde da Família equipes de reabilitação para fazer frente a essa problemática.

7. REFERÊNCIAS

ALVES, L.C. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional: uma revisão da literatura. *Rev. Ciên. Saúde Cole.*, v.13, n.4, p. 1199-207, 2008.

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.; LAURENTINI, R. Influência das doenças Crônicas na Capacidade Funcional dos Idosos. *Cad. Saúde Publica*, v.23, n.8, 1924-1930, 2007.

ANDREOTTI, R.A.; OKUMA, S.S. validação de uma Bateria de Teste de Atividades da Vida Diária para idosos fisicamente independentes. *Rev. Paul. Educ. Física*, v.13, n.1, p.46-66, 1999.

BALCOMBE, N.; SINCLAIR, A. Ageing: definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. *Best prt res clin. Gastroenterl*, v.123, p. 207-213, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N°1395/GM, DE 10 DE DEZEMBRO DE 1999. Dispõem sobre política de saúde do idoso. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF. 1999.

BUCHALLA, C.M. A classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica*, v.10, n.1, p-29-31, 2003.

CADORE, E.L.; IZQUIERDO, M.; PINTO, S.S.; ALBERTON, C.L.; PINTO, R.S.; BARONI, B.M.; VAZ, M.A.; LANFERDINI, F.J.; RADAELLI, R.; IZAL, M.G.; BOTTARO, M.; KRUEL, L.F.M. Neuromuscular adaptations to concurrent training in the elderly: effects of intrasession exercise sequence. *Age (Dordr)*, mar, 2012 (Epub ahead of print).

CAMPOLINA, A.G.; CICONELLI, R.M. Qualidade de vida e medidas de utilidade? Parâmetros clínicos para as tomadas de decisões em saúde. *Revista Panam. Salud.*, publica, v.19, n.2, 128-137, 2006.

CANEDA, M.A.G.; FERNANDES, J.G.; ALMEIDA, A.G.; MUGNOL, F.E. Confiabilidade das escalas de comprometimento neurológico de pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq. Neuropsiquitr.*, v.64, n.3-A, p.690-7, 2006.

CANEPPELE, M.C.G.L. Capacidade funcional e qualidade de indivíduos idosos de Porto Alegre. 2007. Tese (doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CARVALHO, G. A. Avaliação físico funcional do paciente idoso. In: Hargreaves, L.H.H. (ed) Geriatria. 1. Ed. Brasília: Senado Federal, cap. 7, 2006.

CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do questionário Genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36 item short form health survey (SF36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.9, n.3, p-143-50, 1999.

CORRENTE, C.A.; MACHADO, A.B.C. Avaliação da qualidade de vida da população idosa numa estância turística do interior do estado de São Paulo: aplicação da escala de Flanagan. *Rev. APS, Juiz de Fora*, v.13, n.2, p.156-163, 2010.

COSTA, E.F.A. Semiologia do Idoso. In: PORTO, C.C. (Ed) *Semiologia médica*. Ed.4 Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001, cap.9

COVOLAN, C.R. *Descrição da população idosa segundo sua capacidade funcional de uma cidade de meio porte do interior paulista*. 2009 Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina ,Universidade Estadual Paulista de Botucatu, 2009.

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

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SQUINCA, F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.10, p.2507-510, 2007.

FANG, J.; POWER, M.; LIN, Y.; ZHANG, J.; HAO, Y.; CHATTERJI, S. Development of the Short Version for the WHOQOL-OLD Module. *Gerontologist*, v.52, n.1, p.66-73, 2012.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, usos e perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v.8, n.2, p.187-93, 2005.

FIATATONE, M.A.; NEILL, E.F.; RYAN, N.D.; CLEMENTS, K.M.; SOLARES, G.R.; NELSON, M.E.; ROBETS, S.B.; KEHAYIAS, J.J.; LIPSITZ, L.A.; EVANS, W.J. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *New Engl. J. Med.*, v.23, p.1769-1775, 1994.

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

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, p.409-415, 2008.

FLANAGAN, J.C. Measurement of quality of life: Current state of the art. *Arc. of Phy. Med. Reha.*, v.63, v.2, p.56-59, 1982.

FLECK, M.P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLF. *Rev. Saúde Pública*, v.40, n.5, p.785-791, 2006.

FLECK, M.P.A. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida OMS (WHOQOL-100). *Rev. Psiquiatr.*, v.21, n.1. p.19-30, 1999.

FLECK, M.P.A., LOUZADA, S., XAVIER, M. An application of the Portuguese revision of the abbreviated instrument of quality of life. WHOQOL-Bref. *Rev. Saúde Pública*, v.34, p.178-183, 2000.

FORATTINI, O.P. Qualidade de vida em um meio urbano. In: cidade de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v.25, n.2, p.75-86, 1991.

GIACOMIN, K.C.; PEIXOTO, S.V., UCHOA, E., LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.6, p.1260-1270, 2008.

GUIMARÃES, R.B.; GUIMARÃES, R.B. Validação e adaptação transcultural para a língua portuguesa de escaladas de avaliação em doenças cerebrovasculares: uma tentativa de padronização e melhora na qualidade de vida. *Rev. Bras. Neurol.*, v.40, n.3, p.5-13, 2004.

HASKELL, W.L.; LEE, M.; RUSSEL, R.P.; POWELLM K.E.; BLAIR, S.N.; FLANKLIN, B.A.; MACERA, C.A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Health Association. *Med. Sci. Sport Exer.*, v.39, n.8, p.1423-1434, 2007.

HAYWOOD, K.L.; ANDREW, M.G.; RAYMOND, F. Older people specific health status and quality of life: a structured review of self-assessed instruments. *J. Eval. Clin Pract.*, v.11, n.4, p.315-327, 2005

HAYWOOD, K.L., GARRATT, A.M., FITZPATRICK, R. Quality of life in older people: A structured review of generic self assessed health instruments. *Qual. Life Res.*, v.14, p.1651-1668, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da população do Brasil: Brasília: IBGE, 2004. (Sala de imprensa)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da população do Brasil: Rio de Janeiro: IBGE: 2008 (Comunicação social).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tábuas completas de mortalidade: Rio de Janeiro: IBGE, 2009. (Comunicação social, 2009).

JOIA, L.C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M.R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública*, v.41, n.1, p.131-137, 2007

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 functional. *JAMA*, v.185, n.2, p.914-919, 1963.

LAWNTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, v.9, n.3, p.179-186, 1969.

LEHNING, A.J. City Governments and aging place: community design, transportation and housing innovation adoption. *Gerontologist*, v.52, n.3, p.345-356, 2012.

LIMA COSTA, M.F. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviço de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo Baseada na pesquisa Nacional por amostra de domicílio. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.3, p.745-43, 2003.

LIMA, M.A.M.; SALMAZO, S.H.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface- Com, Saúde, Educ.*, v.12, n.27, p.795-807, 2008.

LINO, V.T.S., PEREIRA, S.R.M., CAMACHO, L.A.B., RIBEIRO FILHO, S.T., BUKSMANN, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad. de Saúde Pública*, v.24, n.1, p.103-112, 2008.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Influencia dos fatores biopsicossocial sobre a capacidade funcional dos idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev. Brasil. Epidemiol.*, v.10, n.2, p178-189, 2007.

MAHONEY F.I.; E BARTHEL D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryl. State Med. J*, v.14, p.61-65, 1969.

MANGEL, M. Complex adptative Systems, aging and longevity. *J. Theoretical Biology.*, v.213, n.4, p.559-571, 2001.

MATSUDO, S.M.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETTO, T.L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Ver. Brasil. Ciênc. Mov.*, v.8, n.4, p.21-32, 2000.

MAZZEO, S.R.; HIROFUMI, T. Exercise Prescription for the Elderly. *Sport Med.*, v.31, n.11, p.809-818, 2001.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z. M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciên. Saúde Coletiva*, v.6, n.1, p.7-18, 2000.

MINOSSO, J.S. M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA., M.A.C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul. Enferm.*, v.23, n.2, p.218-23, 2010.

MORAES J.F.B.; SOUZA V.B.A. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev. Bra. Psiquiatr.*, v.27, p.302-8, 2005.

MOREIRA, M.M. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: WONH, L.L. . (Org). Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG/ ABEP,2000. p.25-26.

NAGI, S. A study in the evaluation of disability and rehabilitation potential: concepts, methods, and procedures. *Am J. Public Health*, v.54, p.1568-1579, 1964.

NASSAR S.M., GONÇALVES, L.H.T., TAKASE, L.H. Avaliação de uma escala de qualidade de vida. *Texto Contex. Enferm.*, v.8, n.3, p.99-110, 1999.

NOBRE, M.R.C.; LEMOS, C.L.N., DOMINGUES, R.Z.I.; GABRIADES, R.H.N. Qualidade de vida, educação em saúde e prevenção de doenças. *Qualimetria*, v.6, p.56-59, 1994.

NUBILA, H.B.V.; BUCHALA, C.M. O papel das classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v.11, n.2, p.324-335, 2008.

NUNES, D.P.; NAKATANI., A.Y.K.; SILVEIRA, E.A.; BACHION, M.M.; SOUZA, M.R. Capacidade funcional, condições socioeconômica e de saúde de idosos atendidos por

equipes de Saúde da Família de Goiania (Go, Brasil. *Cienc. Saúde Coletiva*, v.15, n.6, p.2887-2898, 2010.

NUNES, M.C.R.; RIBEIRO, R.C.L.; ROSADO, L.EF.P.L.; FRANCESCHINI, S.C. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional dos idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev. Bras. Fisioter.*, v.13, n.5, p.376-382, 2009.

OLIVEIRA, A.R.B. Estilo e satisfação com a vida da população idosa urbana e rural em um município de pequeno porte, Bofete (SP). 2006. Dissertação (Mestrado) Faculdade Estadual Paulista, Botucatu. 2006.

PAIXÃO JUNIOR, C.M., REICHENHEIM, M.E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.7, p.2781-2788, 2007.

PARAHYBA, M.I.; SIMÕES, C.C.S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.11, n.4, p.967-974, 2006.

PARAYBA, M.I.; VERAS, R. Diferenciais sociodemográfico no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.13, n.4, p.1257-1264, 2008.

PARAYBA, M.I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.3, p.383-91, 2005.

PARAYBA, M.I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.3, p.383-91, 2005.

POWER, M.; QUINN, K.; SCHIMITH, S. World Health Organization Quality of life-OLD Group. Development of the WHOQOL-OLD module. *Qual. Life Res.*, v.14, n.2, p.2197-2214, 2005.

RAMOS L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. O envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde Pública*, v.21, n.1, p.211-224, 1987.

RAMOS L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.8, p-793-798, 2003.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idoso. *Cad. de Saúde Pública*, v.19, n.3, p.793-799, 2003.

RAMOS, L.R., VERAS, R.P., KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev.Saúde Pública*, v.21, n.3, p.211-224, 1987.

RAMOS, L.R.; ROSA, T.E.C.; OLIVEIRA, Z.M.; MEDINA, M.C.G.; SANTOS, F.R.G. O perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil. in: resultados de inquéritos. *Rev. Saúde Pública*, v.27, n.2, p.87-94, 1993.

RAYAZANOV, A.; NEFSKY, B. Protein turnover plays a key role in aging. *Mech. Ageing Dev.*, v.123, p.207-213, 2002.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M.H.; FILHO, D.J.; SAKAMOTO, H.; BATTISTELLA, L.R. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiát.*, v.8, n.1, p.45-52, 2001.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M.H.; JUCÁ, S.S.H.; SAKAMOTO, H. PINTO; P.P.N.; BATTISTELLA, L.R. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiá.*, v.11, n.2, p. 12-16, 2004.

RIKLI, R.E., JONES, C.J. Development and validation of a functional fitness test for community-resident older adults. *J Aging Phys Activity*, v.7, p.129-161, 1999.

RIKLI, R.E.; JONES, C.J. Reliability, validation and methodological issues in assessing physical activity in older adults. *Res. Q. Exer. Sport.*, v.71, p.89-96, 2001.

RODRIGUES, R.A.; COSTA JUNIOR, L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. Saúde Pública*, v.8, n.1, p.-93,9, 2004.

ROSA, T.E.C. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, v.37, n.1, p.40-48, 2003.

ROSA, T.E.C.; BENICIO, M.H.A.; LATORRE, M.R.D.O.; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, v.37, n.1, p.40-48, 2003.

RUWER, S.R., ROSSE, A.G., SIMON, L.F. Equilíbrio no idoso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v.21, n.3, p.298-303, 2005.

SANTOS S.R., Qualidade de vida dos idosos na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev. Latino Am. Enferm*, v.10, n.6, p.757-764, 2002.

SANTOS S.R.; SANTOS, I.B.C.; FERNANDES, M.G.M.; HENRIQUES, M.E.R.M. Qualidade de vida dos idosos na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev. Latino Am. Enferm.*, v.10, n.6, p.757-764, 2002.

SANTOS, K.A.; KOSZUISKI, R.; DIAS-DA-COSTA, J.S.; PATTUSSI, M.P. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.11, p.2781-2788, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v.31, n.5, p.538-542, 1997.

SPIRDUOSO, W.W. *Physical dimensions of aging*. Champaign: Human Kineticis, 1995. 432p.

TAVARES, D.M.S.; DIAS, F.A. Functional capacity, morbidities and quality of life of the elderly. *Text Context Enf.*, v.21, n.1, p.112-120, 2012.

TEIXEIRA, I.N.A.O.; GUARIENTO, M.E. Biologia do envelhecimento: teoria mecanismo e perspectivas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.15, p.2485-2457, 2010.

THE HARDOFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING. Katz index of Independence in Activities of Daily Living (ADL), 1998. Disponível em: internet: <http://www.hartfordign.org/>. 1º acesso em: 12 de Janeiro de 2012.

THE WHOQOL GROUP *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL)*: position paper from the World Health Organization. *Soc. Scie. Med.*, v.10, p.1403-1409, 1995.

VECCHIA, R.D., RUIZ, T., BOCHHI, S.C.M., CORRENTE, J.E. Qualidade de vida na terceira idade. In: um conceito subjetivo. *Rev. Brasil. Epidemi.*, v.9, n.3, p.246-252, 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, v.43, n.3, p.548-554, 2009.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.10, p.2463-2466, 2007.

WALLERSTEIN, L.F., TRICOLI, V., BARROSO, R., RODACKI, A.L.F., RUSSO, L; AIHARA, A.Y.; FERNADES, A.R.C.; MELLO, M.T. UGRINOWITSH, C. Effects of strength and power training on neuromuscular variables in older adults. *J. Aging and Phys. Act.*, v.20, n.1, p.171-185, 2012.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Trad. Suzana Gontijo. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde 2005.

WORD HEALTH ORGANIZATION. Ageing: 2001. GENEVE: WHO, [s.d]. Disponível em: <<http://www.who.int/m/topics/ageing/em/index.html>>. acesso em: 01 de junho de 2012.

WORD HEALTH ORGANIZATION. AGEING: 2001. GENEVE: WHO, [s.d]. Disponível em: <<http://www.who.int/m/topics/ageing/em/index.html>>. acesso 01 de junho de 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Good health adds life to years: Global brief world Health day*. Genebra: WHO 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *Disability prevention and rehabilitation*. Geneva: WHO, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active Ageing: A policy framework*, Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of impairments, disabilities, and handicaps*. Geneva: World Health Organization, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL: study protocol. MNH/PSF/93,9. WHO, Geneva; 1993.

8. ANEXOS

8.1. ANEXO 1 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

UNESP- INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS - DEPARTAMENTO DE BIOESTATÍSTICA

SER IDOSO EM AVARÉ-SP

Número do questionário: _____ Data da Entrevista: _____

Identificação do entrevistador: _____

Resultado da pesquisa

- Realizada: obteve-se todas as informações
- Não pertence mais á população em estudo: caso no domicílio não haja mais o morador sorteado, por morte ou mudança de endereço;
- Domicilio fechado: residência habitada, porém os moradores não puderam ser encontrados;
- Domicílio de uso ocasional: residência usada para lazer
- Recusa
- Domicilio vago
- Óbito Data: _____ Local: _____

BLOCO A) IDENTIFICAÇÃO:

Nome _____

Sexo _____ Data Nascimento ____/____/____ Estado Conjugal: _____

Endereço _____ Fone _____

Quanto tempo mora em Botucatu: _____

Ainda trabalha? Sim() Ocupação atual : _____ Ramo de trabalho Local) _____

Não ()

É aposentado? Sim() Não() Qual o trabalho que realizava (ocupação)? _____

Ramo de atividade (local) _____

Escolaridade: Analfabeto() Sabe escrever o nome () Aprendeu por outro meio ()

Primário incompleto() Primário completo() Ginásio incompleto () Ginásio Completo () Colegial incompleto() Colegial Completo () Superior Completo() . Incompleto ()

Número total de cômodos da casa, incluindo banheiro: _____

Número total das pessoas que residem no domicílio: _____

Relação das pessoas do domicílio:

Nome	Idade	Grau parentesco com o idoso	Vacinação contra gripe		Menor de 7 anos em escola ou creche		Renda
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	

Outras rendas do idoso(especificar): _____

BIOCO B—ESTILO E QUALIDADE DE VIDA

DOMÍNIO BEM ESTAR

1 - O quanto o (a) o senhor (a) está contente com sua saúde? (fisicamente bem e vigoroso (a))

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

2- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de desempenho nas atividades do dia-dia? (reconhecer seus potenciais e limitações)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

3- Qual a satisfação do (a) senhor (a) com relação a sua capacidade para o trabalho? (emprego ou em casa)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMÍNIO PREVENÇÃO

4- Sua alimentação diária inclui frutas e verduras?

() SIM () QUASE SEMPRE () ÀS VEZES () NÃO

5- O (a) Sr (a) evita alimentos gordurosos (carnes, frituras)?

() SIM () QUASE SEMPRE () ÀS VEZES () NÃO

6- O (a) Sr (a) evita doces?

() SIM () QUASE SEMPRE () ÀS VEZES () NÃO

7- Quantas refeições o (a) Sr (a) faz por dia?

8- Tem costume de comer entre as refeições?

SIM

NÃO

9- O (a) Sr (a) conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL e procura controlá-los?

SIM

NÃO

10- O (a) Sr (a) ingere alguma bebida ALCOÓLICA?

SIM

ÀS VEZES

NÃO

Quanto e qual ? _____

11- O (a) Sr (a) FUMA?

SIM

NÃO

Quantos cigarros por dia? _____

12- O (a) Sr (a) respeita as normas de trânsito? (usa o cinto de segurança).

SIM

QUASE SEMPRE

ÀS VEZES

NÃO

DOMÍNIO CONFORTO MATERIAL

13- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação ao conforto de sua casa?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

14- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação ao lugar onde mora?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

15- Qual a satisfação do senhor (a) em relação a sua situação financeira?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMÍNIO- RELACIONAMENTO INTIMO E FAMILIAR

16- Qual a satisfação do senhor (a) em relação ao seu relacionamento com filhos, irmãos ou parentes? (visita e ajuda)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

17- Qual a satisfação do senhor (a) em relação a sua constituição familiar? (teve ou se criou seus filhos)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

18- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação ao seu relacionamento intimo com esposa/o, namorado ou companheiro (a)?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMINIO RELAÇÕES SOCIAIS

19- O (a) Sr (a) é ativo na sua comunidade, sente-se útil no seu ambiente social?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

20-O (a) Sr (a) faz algum trabalho voluntário fora de casa?

SIM ÀS VEZES NÃO

21—O (a) Sr (a) procura cultivar amigos ?

SIM NÃO

22—Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações? (Qualquer uma serve)

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

23- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua participação em atividades de lazer?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

24- O (a) senhor (a) costuma de ouvir musica, assistir TV ou cinema, leitura e outros entretenimentos?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

DOMÍNIO INTELECTUAL E HABILIDADES

25- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de aprender em cursos, palestras, escolas?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

26- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de adquirir novas habilidades manuais? (através de pintura, tricô, musica, poemas, artesanato)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMÍNIO CONTROLE DO ESTRESSE

27- O (a) Sr (a) reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

28- O (a) Sr (a) mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

29- O (a) Sr (a) equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

BLOCO E- AVALIAÇÃO EMOCIONAL

Por favor, responda as questões com SIM ou NÃO, segundo o que lhe parecer mais adequado para seu caso. Não se preocupe, pois não existem respostas certas ou erradas.

1- O (a) senhor (a) acorda bem descansado (a) na maioria das manhãs?	Sim	Não
2- Na sua vida diária, o (a) senhor (a) sente que as coisas acontecem sempre iguais:	Sim	Não
3- O (a) senhor (a) as vezes já teve vontade de abandonar o lar?	Sim	Não
4- O (a) senhor (a) tem muito a sensação de que ninguém realmente o (a) entende?	Sim	Não
5- O (a) senhor (a) já teve períodos da vida (dias, meses, ou anos) em que não pode tomar conta de nada porque na verdade já não estava agüentando mais?	Sim	Não
6- O seu sono é agitado ou perturbado?	Sim	Não
7- O (a) senhor (a) é feliz na maior parte do tempo?	Sim	Não
8- O (a) senhor (a) sente que o mundo ou as pessoas estão contra o (a) senhor (a)?	sim	Não
9- O (a) senhor (a) se sente, por vezes, inútil?	Sim	Não
10- Nos últimos anos o (a) senhor (a) tem se sentido bem, na maior parte do tempo	Sim	Não
11- O (a) senhor (a) tem problemas de dores de cabeça?	Sim	Não
12- O (a) senhor (a) se sente fraco na maior parte do tempo?	Sim	Não
13- O (a) senhor (a) já teve dificuldade em manter o equilíbrio ao andar?	Sim	Não
14- O (a) senhor (a) tem problemas de falta de ar ou peso no coração?	Sim	Não
15- O (a) senhor (a) tem sensação de solidão, mesmo quando acompanhado de outras pessoas?	Sim	Não

16- Considerando a vida que o (a) senhor (a) leva, o (a) senhor (a) diria que a sua satisfação com a vida em geral, no momento é:

Muita	
Média	
Pouca	
Não sabe	
Não respondeu	

Respostas que indicam distúrbios psíquicos =

TOTAL DE PONTOS NA
ESCALA

CLASSIFICAÇÃO

Menos de 7 pontos= "NÃO CASO" = Sem distúrbio Psíquico

7 pontos ou mais= "CASOS" = Com distúrbios Psíquicos

8.2. Anexo 2 – Escala de atividade da vida diária desenvolvida por Katz

ESCALAS DE ATIVIDADE DA VIDA DIÁRIA

O (a) senhor (a) não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para lavar uma parte do corpo?

1 - sim

2- não

O (a) senhor (a) pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos?

1- sim

2- não

O (a) senhor (a) vai ao banheiro, usa o banheiro, se veste e retorna sem qualquer ajuda (andador ou bengala)?

1- sim

2- não

O (a) senhor (a) consegue deitar na cama, sentar-se na cadeira e levantar sem ajuda (andador ou bengala)?

1- sim

2- não

O (a) senhor (a) controla completamente urina e fezes?

1- sim

2- não

O (a) senhor (a) come sem ajuda (exceto para cortar carne e passar manteiga no pão)?

1- sim

2- não

8.3. Anexo 3 – Escalas de atividades instrumentais de vida diária de Lawnton e Brody.

ESCALAS DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

O (a) senhor (a) consegue usar o telefone?

- 1- Não consegue
- 2- Consegue com ajuda
- 3- Consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue ir a lugares distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?

- 1- Não consegue
- 2- Consegue com ajuda
- 3- Consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue fazer compras?

- 1- Não consegue
- 2- Consegue com ajuda
- 3- Consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue preparar suas próprias refeições?

- 1- Não consegue
- 2- Consegue com ajuda
- 3- Consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue arrumar a casa?

- 1- Não consegue
- 2- Consegue com ajuda
- 3- Consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue fazer trabalhos domésticos com pequenos reparos?

- 1- Não consegue
- 2- Consegue com ajuda
- 3- Consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue lavar e passar a própria roupa?

- 1- Não consegue
- 2- Consegue com ajuda
- 3- Consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue cuidar de suas finanças?

- 1- Não consegue
- 2- Consegue com ajuda
- 3- Consegue sem ajuda

8.4. Anexo 4 – Termo de consentimento livre esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

“Avaliação da Capacidade Funcional Associada ao Estilo e Satisfação com a Vida na População Idosa da Estância Turística de Avaré, São Paulo, Brasil”

Convido o Sr(a) participar de um projeto de pesquisa, cuja a intenção é realizar um estudo sobre a capacidade funcional associada ao estilo e qualidade com a vida das pessoas de sessenta anos ou mais da Estância Turística de Avaré, São Paulo. As perguntas serem respondidas serão sobre atividades da vida diária como arrumar a casa, ir ao banheiro, amarrar os sapatos e AVI atividades instrumentais da vida diária, como pagar contas, usar o telefone entre outras.

As perguntas a serem respondidas serão sobre prevenção, vida social, relacionamentos, atividades diárias e sobre a satisfação com a vida. Sua participação nesta pesquisa é voluntaria, a recusa não implicará em nenhum prejuízo ao senhor, como também poderá recusar a responder qualquer questão ou desistir de participar a qualquer momento.

A pesquisa apresenta risco mínimo, o desconforto é perder de 15 a 30 minutos, os dados coletados são confidenciais, o benefício para a pesquisa para os participantes será de contribuir para conhecer a capacidade funcional de idosos da Estância Turística de Avaré, SP.

Você poderá contatar o investigador no telefone (014) 9973-0091 / 38155223/3811-6272 (José Eduardo), (14) 37332230/ 9695-4754 (ALEXANDRE) ou a Comitê de Ética em pesquisa da UNESP através do telefone 14- 3811-6143.

Li a informação acima. Me foi dada a oportunidade para as perguntas e minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Concordo em participar nesta pesquisa. Recebi uma copia deste termo de consentimento.

DATA

ENTREVISTADO

PROF. DR. JOSÉ EDUARDO CORRENTE
RUA DAMIÃO PINHEIRO MACHADO 751, AP.23
AP.23 – BOTUCATU-SP
TELEFONE: 3815/9773-0091/3811-6272
32

PESQUISADOR

CARLOS ALEXANDRE KAGAWA
RUA: ACRE, 794
AVARÉ-SP
TEL: 14 3733-2230/9629-9407