

CORRELAÇÃO DA AUTONOMIA E A EXECUÇÃO DAS AIVDS DE IDOSOS DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA

Maria Valdenize Melo da Silva (1); Thaís Ferreira Lima (2); Jacqueline Silva Santos (3); Alecsandra Ferreira Tomaz (4).

Universidade Estadual da Paraíba (denizemelo10@hotmail.com)

Universidade Estadual da Paraíba (alecsandrafisio@yahoo.com.br)

Universidade Estadual da Paraíba (thays_ferreyra100@hotmail.com)

Universidade Estadual da Paraíba (jack_laane@hotmail.com)

RESUMO

O comprometimento da capacidade funcional no processo de envelhecimento pode impedir o cuidado de si e conferir maiores custos sobre o sistema de saúde, conduzindo o idoso à perda da independência. Cursando com um quadro de dificuldade na execução das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), afetando dessa forma sua autonomia e Qualidade de Vida. Este trabalho objetivou correlacionar Autonomia e a execução das (AIVD) de idosos de grupos de convivência de Campina Grande/PB. Ocorreu em cinco grupos de convivência, com 124 idosos. Foram utilizados o questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-OLD, a Escala de Barthel e a Escala de Lawton modificadas. Os critérios de inclusão foram idosos que frequentassem regularmente os grupos de convivência supracitados, faixa etária ≥ 60 anos, com estado de cognição preservado e que desejassem participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo indivíduos com algum tipo de agravo que não permitisse a comunicação. Os dados foram colocados em planilha Excel e posteriormente analisados estatisticamente, considerando um intervalo de confiança de 95% (IC95%) e significância estatística de $p < 0,05$. Os resultados obtidos revelaram que dos 124 idosos entrevistados, mediante a realização das AIVDs, 81,7% dos indivíduos possuem dependência parcial e 18,3% são independentes. Concluiu-se que há uma correlação entre QV e AIVDs, possivelmente devido à maior complexidade de execução destas últimas entre os idosos investigados. Quando analisado o quesito autonomia, observou-se um escore aquém do esperado e isso pode repercutir na Qualidade de vida desses gerontes já que ficam impossibilitados de exercer suas atividades que lhes conferem independência funcional.

Palavras Chaves: Envelhecimento, autonomia, Atividades de Vida Diária.

ABSTRACT

The impaired functional capacity in the aging process can interfere with the care of yourself and give greater costs on the health system, leading the elderly to loss of independence. Studying with a difficult framework in implementing the Instrumental Activities of Daily Living (IADL), thus affecting their autonomy and quality of life. This study aimed to correlate Autonomy and the implementation of the (AIVD) of elderly people in social groups of Campina Grande / PB. It occurred in five community groups with 120 seniors. We used the questionnaire of quality of life WHOQOL-OLD, the Barthel Scale and the modified Lawton

Scale. Inclusion criteria were older people who regularly to attend the above-mentioned social groups, age ≥ 60 years with cognition state preserved and wishing to participate. The study excluded individuals with any type of injury that did not allow the communication. The data were put into an Excel spreadsheet and then analyzed statistically considering a 95% confidence interval (95% CI) and statistical significance of $p < 0.05$. The results showed that of the 120 elderly respondents by conducting the IADL, 81.7% of individuals have partial dependence and 18.3% are independent. It was concluded that there is a correlation between QOL and IADL, possibly due to greater complexity of implementation of the latter among the elderly investigated. When analyzed the Question autonomy, there was a score less than expected and this may reflect the quality of life of these gerontes since become unable to perform their activities that give them functional independence.

Keywords: Aging, Autonomy, Activities of Daily Living.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional em especial do Brasil apresenta taxas elevadas e um crescimento rápido e exacerbado de indivíduos idosos e, conseqüentemente, uma disparidade inerente ao acompanhamento desenvolvimentista dos setores econômicos, sociais e culturais. Além disso, a transição epidemiológica retira do cenário as doenças infectocontagiosas e coloca em evidencia as afecções crônicas degenerativas, levando a uma tendência das pessoas envelhecerem em precárias condições de independência funcional ¹.

Neste contexto destaca-se o termo capacidade funcional, o qual apresenta estrita relação com o processo de envelhecimento e consiste na condição que o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio. Sua perda está atrelada frequentemente a desordens inerentes a diversos aspectos, dentre eles: físico, cognitivo e de interação interpessoal. O idoso que apresenta sua autonomia comprometida pode tornar-se uma pessoa muito dependente de seus familiares e colegas, e isso cursa com baixa autoestima e perda da significância de viver².

O processo de senescência culmina para estados de incapacidade funcional, o qual é caracterizado pela dificuldade ou necessidade de ajuda para realizar tarefas básicas de cuidados pessoais, denominadas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), como também tarefas mais complexas necessárias à vida independente na comunidade, denominadas Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD, que consistem em ir ao banco, fazer compras, viajar sozinho entre outras ações. Alterações nas ABVDs ou AIVDs tendem a comprometer a autonomia e a qualidade de vida. ³

A manutenção da capacidade funcional apresenta estrita relação com a autonomia, independência física e mental e a execução das AIVD. A dificuldade ou incapacidade do idoso em realizar tais atividades associa-se ao aumento do risco de mortalidade, hospitalização, necessidade de cuidados prolongados e elevado custo para os serviços de saúde. ⁴

Costumeiramente, a autonomia dos idosos é associada à mera ausência de incapacidades estabelecidas clinicamente. Portanto, entende-se que esse termo excede ao sentido mera condição de ausência de dependência física. Deve ser avaliada sob um espectro mais abrangente, compreendendo os modos de vida pessoais e coletivos, através de mudanças nas atitudes de valores e da multiplicação do conhecimento e informação, permitindo que o idoso reja sua vida de acordo com suas necessidades, anseios, adaptações, realizações pessoais, tornando-se realmente auto capaz de gerenciará suas ações. ⁵

Para refletir acerca do envelhecimento deve-se remeter as possíveis alterações que cursam com perda da autonomia. Esta etimologicamente significa ter capacidade de deliberar a respeito de seus objetivos próprios e de ter atitudes em direção a eles. Neste contexto, o acometimento pelas doenças crônicas degenerativas não transmissíveis tende a levar o geronte à dependência funcional, interferindo negativamente em sua autonomia e qualidade de vida. No entanto, algumas instituições e famílias respaldadas nesse fato, equivocadamente restringem a participação dos idosos na tomada de decisões, dificultando a processo de independência na realização de suas atividades cotidianas e portando autonomia. ⁶

Nesse sentido a presente pesquisa objetiva correlacionar a autonomia e a execução das AIVD e trazer a evidencia a importância dos grupos de terceira idade, pois este é o ambiente propício para o ser humano em plena maturidade, estabelecer relações, interagindo com os demais participantes do grupo e da comunidade. As atividades de lazer e a convivência em grupo contribuem tanto para a manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso, quanto para reduzir possíveis conflitos ambientais e pessoais. Dessa forma protege-se o indivíduo idoso da perda funcional. ^{7,8}

Metodologia

A pesquisa possui um caráter descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizada em cinco grupos de convivência de idosos nos bairros da Liberdade, Monte Castelo, Cuités, Ramadinha, localizados na cidade de Campina Grande/PB. Funcionando um grupo por bairro, exceto o último no qual houve dois desses grupos. Este trabalho fez parte de um estudo inerente ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Inicialmente os participantes assinaram um Termo de Compromisso Livre e Esclarecido e obteve respaldo nos aspectos éticos relativos à pesquisa com sujeitos humanos, conforme a Resolução Nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Participaram da amostra 124 idosos, havendo uma perda de 4 indivíduos. Esse quantitativo levou em consideração os idosos que frequentassem regularmente os grupos de convivência supracitados, a faixa etária igual ou superior a 60 anos, com estado de cognição preservado e que desejassem participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo indivíduos com algum tipo de agravo que não permitisse a comunicação.

Nesta investigação foram utilizados recursos padronizados e validados de mensuração: o questionário de qualidade de vida WHOQOL-OLD⁹ de Barthel (ABVD)¹⁰ e a Escala de Lawton (AIVD)¹¹ modificadas de capacidade funcional.

Ressalta-se que foram realizadas atividades de educação em saúde em concomitância ao processo de coleta de dados. Em todas as análises foi considerado um intervalo de confiança de 95% (IC95%) e significância estatística de $p < 0,05$. Para a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 19. Essa pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, CAEE 35607914.7.0000.5187.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 faz alusão a uma representatividade expressiva da população feminina (85,8%), com uma predominância de idosas sem companheiro (74,%), faixa etária prevalente de 70 a 79 anos (44,%).

Tabela 1 - Dados demográficos e socioeconômicos dos idosos participantes dos grupos de convivência. Campina Grande/PB.

CATEGORIAS	N	(%)
Sexo		
Feminino	103	85,8

Masculino	17	14,2
Estado Civil		
Com companheiro	31	25,8
Sem companheiro	89	74,2
Grupo Etário		
De 60 a 69 anos	47	39,2
De 70 a 79 anos	53	44,2
80 anos ou mais	20	16,7
Anos de estudo		
Analfabeto	41	34,2
1-4 anos	47	39,2
5-8 anos	17	14,2
9-11 anos	9	7,5
Mais de 11 anos	6	5,0
Renda		
Menos de 1 salário	10	8,4
1 salário mínimo	90	75,6
Mais de 1 salário mínimo	19	16,0
Restrição ao ambiente domiciliar		
Sim	0	0
Não	120	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Através dos dados da tabela 1, observa-se uma população majoritariamente feminina. Este fato é corroborado com os dados de outro estudo o qual apresentou, também, uma prevalência do gênero feminino em grupos de convivência ou grupos da terceira idade, verificando que a participação masculina raramente ultrapassa 20% do total pesquisado.¹²

Esse processo denomina-se feminização da velhice, onde inúmeros fatores contribuem para a ocorrência desse fenômeno. Dentro dessa perspectiva, outra pesquisa de forma concomitante evidenciou que a grande maioria das mulheres idosas eram viúvas, solteiras ou separadas, contrastando com a situação dos homens de mesma idade.¹³ Essa diferença seria explicada, não somente pela menor longevidade dos homens, mas, também, pela maior frequência dos homens se casarem novamente, após a viuvez, e maior tendência destes se casarem com mulheres mais jovens, em uma tentativa de reafirmar seu estado de virilidade. Em contrapartida, as mulheres ainda são muito presas às lembranças dos momentos vivenciados com os ex-companheiros, contentando-se em ficar sozinha e, por vezes, pelo resto da vida. Além disso, as mulheres conseguem viver bem mais em decorrência de maiores cuidados com a saúde e procura por atividades que lhes conferem maiores indicadores de qualidade de vida.

Entretanto, observa-se que as mulheres predominam em grupos de convivência e nas atividades de forma geral que contribuem para aquisição de uma maior Qualidade de Vida. A partir dessa discrepância entre homens e mulheres, faz-se necessária uma maior intervenção e incentivo por parte das políticas públicas, profissionais de saúde e da família para inserir os homens nestes programas.

Quanto à escolaridade, observa-se que 39,% da população concluíram o ensino fundamental, seguida de 34,% que são analfabetos. Os resultados obtidos no presente estudo estão de acordo com os dados de um trabalho que avaliou os possíveis fatores associados com a capacidade funcional inadequada em idosos residentes na zona urbana do Município de Joaçaba. Foi encontrado o nível educacional de três a quatro anos de estudo completo. Os referidos autores chegaram à conclusão que, quanto menor o número de anos de estudos, maior a proporção de indivíduos com capacidade funcional inadequada.¹⁴ No que se refere à locomoção, nenhum desses indivíduos apresentou restrição ao ambiente domiciliar.

De acordo com outro estudo realizado em um grupo de convivência, as características da população idosa que frequentava esse espaço possuía um perfil menos favorecido em relação aos aspectos socioeconômicos¹⁵, corroborando com o presente estudo à medida que este apresentou resultados semelhantes: com 75,6% de idosos vivendo com salário mínimo. Ressalta-se que o N foi modificado para 119 indivíduos, levando em consideração 1 perda existente nessa resposta sobre a renda.

No que se refere aos hábitos sociais e prática de atividade física (Tabela 2), a maioria dos gerontes frequentadores desse espaço não são tabagistas nem etilistas. Dentre os idosos entrevistados, um pouco mais da metade (54,%) realiza algum tipo de atividade física, com uma regularidade de 3 a 4 vezes por semana.

Tabela 2 - Hábitos sociais e prática de atividade física em idosos participantes de grupos de convivência. Campina Grande/PB.

CATEGORIAS	N	(%)
Fuma		
Sim	6	5,0
Não	114	95,0
Bebe		
Sim	7	5,8
Não	113	94,2

Pratica atividade física		
Sim	65	54,2
Não	55	45,8
Regularidade de atividade física		
Menos de 3x/semana	9	13,8
3-4x/semana	33	50,8
5x ou mais	23	35,4

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A partir do exposto pode-se apontar a importância da prática regular de atividade física, a qual foi mencionada dentro da perspectiva de um estudo, onde constatou-se que indivíduos fisicamente inativos apresentaram 2,88 vezes mais chances de apresentar dificuldades em AIVD.¹⁶

Mediante a perspectiva de transição epidemiológica a qual a população está submetida, havendo uma prevalência das doenças crônico-degenerativa não transmissível em detrimento das patologias infecto contagiosa, a presente pesquisa registrou uma prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica, representada por 60,8%, sequenciada por outras afecções (tabela 3). Essas informações corroboram com outro trabalho realizado, à medida que evidenciou que, dentre os agravos diagnosticados entre os idosos entrevistados em grupos de convivência, os mais frequentes foram: hipertensão, diabetes, problemas cardiovasculares, osteoporose, artrose e depressão.¹⁷

Tabela 3 - Doenças Crônicas não transmissíveis na população idosa dos centros de convivência. Campina Grande/PB.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

DOENÇAS	N	(%)
Diabetes Mellitus		
Sim	34	28,3
Não	86	71,7
Hipertensão Arterial Sistêmica		
Sim	73	60,8
Não	47	39,2
Alguma outra doença diagnosticada		
Sim	68	56,7
Não	52	43,3
Cardiovascular		
Sim	18	15,1
Não	101	84,9
Reumática		
Sim	27	22,5
Não	93	77,5
Nefrológica		
Sim	1	8,0
Não	119	99,2
Urológica		
Sim	3	2,5
Não	117	97,5
Ortopédica		
Sim	10	8,3
Não	110	91,7
Câncer		
Sim	2	1,7
Não	118	98,3
Psiquiátrica		
Sim	4	3,3
Não	116	96,7
Gastrointestinal		
Sim	11	9,2
Não	109	90,8
Visão		
Sim	15	2,5
Não	105	87,5
Hormonal		
Sim	6	5,0
Não	114	95,0
Vestibular		
Sim	5	4,2
Não	115	95,8

As alterações inerentes ao processo do envelhecimento, bem como a cronicidade das patologias existentes, impulsionam a realização de estudos que abordem a temática capacidade funcional. Para tal finalidade junto à população do estudo, foram utilizadas a Escala de Lawton e Brody para avaliar as AIVDs. Essa escala tem como escore máximo 21 pontos. Na pesquisa em questão a média foi de 17,95. Observou-se maior parcela de indivíduos em dependência parcial (81,7%) e 18,3% de idosos independentes. Esse grau de dependência maior evidenciado durante a execução das AIVDs é reflexo da maior necessidade de habilidades

autonômicas desses indivíduos para a execução dessas atividades. Corroborando com um estudo que constatou que uma porcentagem considerável apresentou um estado maior de incapacidade para a realização das AIVDS. Possivelmente pelo fato dessas atividades exigirem um maior despendimento de energia física, habilidade e um estado íntegro de complexidade neuropsicológica.¹⁸

A tabela 4 representa os resultados inerentes à Qualidade de Vida, através do WHOQOL-OLD, onde é avaliado por facetas e tornar-se perceptível que a correspondente autonomia obteve um valor aquém do esperado, tendo em vista que o escore máximo por faceta 0-20 e o valor correspondente foi 14,20 pontos. Esse fato nos leva a reflexão sobre a possibilidade dos idosos da pesquisa não serem tratados pelos seus cuidadores ou familiares como pessoas capazes de tomarem suas próprias decisões. Isso, possivelmente, ocorre em decorrência de um estereótipo criado por familiares, os quais vitimizam a pessoa idosa, julgando os mesmos incapazes de exercer sua autonomia na execução de inúmeras atividades instrumentais de vida diária, existindo então um processo de transferência de papéis e/ou responsabilidades, culminando na tendência crescente de ausência de autonomia por parte desses idosos.

Tabela 4 – Média e desvio padrão das facetas da qualidade de vida avaliada mediante WHOQOL-OLD. Campina Grande/PB.

FACETAS	Média	Desvio Padrão
Habilidades Sensoriais	16,60	2,67
Autonomia	14,20	2,31
Atividades passadas, presentes e futuras.	15,36	2,37
Participação Social	15,73	2,04
Morte e Morrer	14,86	3,78
Intimidade	15,18	2,52
QV geral	15,32	1,60

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Quando se correlaciona as facetas do questionário de Qualidade de vida WHOQOL-OLD com a escala de Escalas de Barthel (ABVDs) e Lawton e Brody (AIVDs), evidenciou-se houve uma maior correlação relevante entre as AIVDs e qualidade de vida quando comparado as ABVDs, em especial na faceta autonomia ($r=0,39$; $p<0,0001$). Este fator nos remete a clareza de que as AIVDs requerem uma maior habilidade em sua execução, tendo um maior impacto na qualidade de vida ver Tabela 5.

Tabela 5 - Correlação entre qualidade de vida e capacidade funcional dos idosos dos centros de convivência. Campina Grande/PB.

	Escala de Lawton & Brody Total		Escala de Barthel Total	
	Correlação de Pearson	Sig. (2-tailed)	Correlação de pearson	Sig. (2-tailed)
Escala de Lawton & Brody Total	1	—	0,27**	0,00
Escala de Barthel Total	0,27**	0,00	1	—
Habilidades Sensoriais	0,17	0,06	0,24**	0,01
Autonomia	0,39**	0,00	0,09	0,32
Atividades passadas, presentes e futuras	0,24**	0,01	0,14	0,13
Participação Social	0,05	0,56	0,01	0,96
Morte e Morrer	0,05	0,57	0,12	0,19
Intimidade	0,20*	0,03	0,00	0,96
QV Geral	0,28**	0,00	0,17	0,07

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Legenda: QV=Qualidade de vida (WHOQOL-OLD)

CONCLUSÃO

Conclui-se que os idosos participantes dos grupos de convivências de Campina Grande, possuem um grau de limitação maior durante a realização das AIVD quando comparado as ABVD. Este fato, possivelmente, pode comprometer a autonomia desses indivíduos, repercutindo na Qualidade de Vida desses indivíduos.

Nesta perspectiva, os grupos de convivência surgem como meios alternativos, tendo em vista que este espaço dispõe de atividades que objetivam promover manutenção da funcionalidade através de medidas preventivas, visando postergar o aparecimento de incapacidades que impõem limitações à independência do idoso, conferindo-lhes melhor autonomia e qualidade de vida.

Porém, faz-se necessário a realização de novas pesquisas que objetivem incrementar e ou complementar os resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

1 Moraes EM, Marino MCA. Editorial: envelhecimento. Revista Médica de Minas Gerais [Internet]. 2010 jan./mar, 20(1). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=545258&indexSearch=ID>.

2 Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. Revista Brasileira de Fisioterapia [Internet]. 2010 jul./ago, 14(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000400009.

3Gonçalves SX, Brito GEG, Oliveira EA, Carvalho DB, Rolim IB, Lucena EMF. Capacidade Funcional de Idosos Adscritos à Estratégia Saúde da Família no Município de João Pessoa – PB. Revista Brasileira de Ciências da Saúde [Internet]. 2011, 15 (3): 287-294. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10566>.

4 Nunes DP, Nakatanil AYK, Silveira ÉA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 Sept 15 (6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600026&script=sci_arttext

5 Perez AJ, Tavares O, Fusi FB, Daltio GL, Farinatti PTV. Estudo Comparativo da Autonomia de Ação de Idosas Praticantes e Não Praticantes de Exercícios Físicos Regulares. Rev Bras Med Esporte [Internet]. 2010 Jul/Ago 16 (4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922010000400004&script=sci_arttext

6 Flores GC, Borges ZN, Denardin-Budó ML, Mattioni FC. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2010 set 31(3):467-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300009

7Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. Scientia Medica [Internet]. 2011, 21 (4): 166-172. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=612048&indexSearch=ID>.

8 D’Orsil E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011, 45(4):685-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2626.pdf>.

9 Alencar NA, Aragão JCB, Ferreira MA, Dantas EHM. Avaliação da qualidade de vida em idosos residentes em ambientes urbano e rural. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. 2010, 13 (1). Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000100011&lng=pt.

10 Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2010 mar./abr, 23 (2): 218- 223. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000200011&script=sci_arttext.

11Santos RL, Junior Virtuoso JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. Revista Brasileira em Promoção da Saúde [Internet]. 2008 21 (4): 290-296. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-8232007000100003&lng=pt&nrm=iso.

12 Caporicci S, Oliveira Neto MF. Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. Motricidade [Internet]. 2011, 7 (2): 15-24. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/107/0>.

13 Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade [Internet]. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998. p.17-92. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/107/98>.

14 Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 fev, 24 (2): 409-415. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/19.pdf>.

15 Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de Vida em Idosos com Distintos Níveis de Atividade Física. Revista Brasileira de Medicina do Esporte [Internet]. 2009 mai./jun. 15 (3): 169-173. Disponível em: <http://ri.ufs.br/bitstream/123456789/1450/1/QualidadeVida.pdf>.

16 Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Lima FD. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 abr, 24(4): 879-886. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2008_Jair_Funcionalperformance_CSP.pdf.

17 Silva Júnior JP, Silva LJ, Ferrari G, Andrade D. R.; Oliveira LC, Santos M, Matsudo VKR. Estabilidade das variáveis de aptidão física e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de 50 a 89 anos. Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano [Internet]. 2011, 13 (1): 8-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v13n1/02.pdf>.

18 Alquézar AL, Aranda ER, Sánchez AS, Herrero, García JC. Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en zaragoza capital en 2005(*). Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2007 Nov-Dic 6 (81): 625-636. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v81n6/original4.pdf>