

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS.

Fernanda Maria Francischetto da Rocha Amaral¹; Eduardo Sergio da Silva²

¹ Universidade Estado de Minas Gerais – UEMG fmframamaral@gmail.com; ² Universidade Federal de São João del Rei silvaedu@ufsj.edu.br

Resumo do artigo: O estudo tem como objetivo investigar o nível da capacidade funcional de idosos do município de Divinópolis-MG. Trata-se de uma investigação com abordagem quantitativa, do tipo descritivo, de caráter exploratório. A amostra foi composta por idosos comunitários de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que assinaram o TCLE, residentes nas 12 regiões de planejamento do município de Divinópolis/Minas Gerais. Foram aplicados instrumentos para a coleta e análise dos dados obtidos: questionário de autorrelato informando dados sociodemográficos, Inventário do desempenho de AAVD, Índice de Katz, e, a Escala de Lawton e Brody (1969). Os dados foram analisados com auxílio do programa SPSS, versão 13.0. O nível de significância de $p < 0,05$ foi adotado para todas as análises. No teste de correlação de Pearson foi possível observar uma correlação significativa, porém fraca e moderada entre idade e ABVD ($r = -0,12$; $p = 0,01$), e AIVD ($r = -0,37$; $p = 0,00$), respectivamente. Pôde-se também verificar a correlação entre os resultados do MEEM e AIVD ($r = 0,32$; $p = 0,00$), e do MEEM com AAVD ($r = 0,26$; $p = 0,00$). Conhecer o perfil epidemiológico e a capacidade funcional, deste grupo etário, foi muito importante para fornecer indicadores para subsidiar outros estudos, além de indicar uma atenção contínua nos serviços de saúde, visto que a saúde do idoso é um campo vasto para produção de conhecimento, através de ações que possam contribuir para as políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Capacidade Funcional; idoso; Perfil sócio demográfico.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos mais importantes das sociedades contemporâneas, é universal e irreversível, e deve-se ao aumento no número de indivíduos idosos, simultâneo à redução da população mais jovem (1).

O fenômeno de transição demográfica, observada no contexto mundial, constitui-se o centro das proposições de diversas iniciativas internacionais e políticas públicas, relacionadas com o envelhecimento (2), já que há alteração das características da sociedade e do perfil das políticas sociais. Guimarães(3) ressalta que o processo de envelhecimento populacional acarreta uma série de implicações nas mais distintas esferas – econômica, organização social, política, dentre outras –, sendo um desafio para toda a sociedade, inclusive para os próprios idosos.

No Brasil, o envelhecimento da população acontece de maneira rápida e acelerada (4). Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2002, apontam entre os anos de 1991 a 2000, que o número de idosos aumentou duas vezes e meia (35%) em relação ao resto da população (14%), este aumento foi confirmado como os resultados do Censo de 2010 do IBGE que demonstram que há mais de 20 milhões de idosos no país. (5)

Como uma de suas consequências, o envelhecimento traz a diminuição gradual da capacidade funcional, a qual é progressiva e aumenta com a idade. Assim, as maiores adversidades de saúde associadas ao envelhecimento são a incapacidade funcional e a dependência, que acarretam restrição/perda de habilidades ou dificuldade/ incapacidade de executar funções e atividades relacionadas à vida diária (6).

A capacidade funcional pode ser entendida como a capacidade da manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Enquanto a dependência se refere a uma condição que requer o auxílio de outros para possibilitar o desempenho de atividades de vida diária, a autonomia se refere ao exercício da autodeterminação, de forma que a pessoa possa manter seu poder de decisão e de controle sobre sua vida cotidiana, ainda que vivencie uma condição de dependência funcional (7).

A Política Nacional de Saúde do Idoso , Política Nacional de Promoção à Saúde e o Estatuto do Idoso consideram entre suas diretrizes essenciais a manutenção da capacidade funcional. A avaliação dessas condições é de fundamental importância para o planejamento e a organização de políticas assistenciais adequadas. Nesse sentido, a manutenção da capacidade funcional, referente à capacidade de desempenhar tarefas necessárias ou desejáveis na vida das pessoas, é considerada parâmetro importante para manter-se ativo no envelhecimento (8).

Segundo Purser et al(9) os resultados dos estudos reforçam a importância de avaliar a capacidade funcional do idoso e reafirmam a possibilidade de intervir ou de reabilitar, quando necessário, visando retardar o aparecimento das incapacidades, reduzir o número de idosos dependentes e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

Do ponto de vista epidemiológico, a incapacidade é geralmente mensurada por meio do relato de dificuldade ou necessidade de ajuda para realizar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (10).

Para avaliação da capacidade funcional há uma grande diversidade de escalas que se diferem quanto aos seus objetivos e abrangência, o desempenho nas atividades de vida diária é utilizado como parâmetro para determinar o estado funcional do indivíduo. Didaticamente essas atividades são divididas em atividades básicas de vida diária (ABVD); instrumentais de vida diária (AIVD), (11).

O conceito de atividades básicas de vida diária (ABVD) começou a ser utilizado na década de 60, quando foram construídos os primeiros índices para avaliá-las. Dentre estes, os mais conhecidos são o Índice de Katz e a Escala de Lawton e Brody. Essas escalas mensuram a capacidade para desempenho de tarefas relacionadas à sobrevivência, graduando-as quanto ao grau de assistência necessária para a realização das atividades.

As atividades relacionadas aos cuidados pessoais, como por exemplo, alimentar-se, banhar-se, vestir-se e fazer higiene (inclusive a higiene oral) e associam-se às funções de sobrevivência, a incapacidade nas ABVD correspondem ao nível mais grave de dificuldade nas aptidões físicas (12).

Já as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) foram introduzidas Lawton e Brody, para tarefas mais complexas, no que tange às exigências neuropsicológicas e a influência de fatores sociais, motivacionais e contextuais para manutenção da vida independente. A escala incluiu oito atividades: usar o telefone, fazer compras, preparar refeição, fazer faxina, lavar roupa, usar meio de transporte, tomar medicações e gerenciar finanças (13). As escalas de AIVD são frequentemente usadas para avaliar se o idoso pode viver sozinho de maneira independente (14) .

Outro conceito que deve ser levado em consideração são as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) que incluem atividades voluntárias, sociais, ocupacionais e de recreação. A prática de atividades esportivas, a habilidade para conduzir veículos motorizados e as diversas formas de participação social são exemplos. Dificuldades em participar dessas atividades podem não indicar perda funcional atual, mas risco de perdas futuras.(15;16)

As AAVDs dizem respeito ao funcionamento independente na vida prática, no lazer, no trabalho e outros papéis sociais e atividades comuns entre adultos. Contribuem para a manutenção de uma boa qualidade de vida e indicam maior capacidade funcional e melhor saúde física e mental. A perda da capacidade para as AAVDs prediz declínio funcional nas AIVDs e ABVDs (17).

Na prática clínica, a Avaliação das Atividades Avançadas de Vida Diária, das Atividades Instrumentais da Vida Diária e Atividades Básicas de Vida Diária, não são realizadas de forma sistemática. Poucos autores têm se dedicado a este tipo de estudo na avaliação funcional do idoso, apesar do interesse crescente pela realização de pesquisas sobre a importância da participação da pessoa idosa em atividades sociais, produtivas e de lazer na melhoria de suas condições de saúde e de qualidade de vida.

Estudos visando à determinação de variáveis associadas e à descrição da apresentação clínica da fragilidade poderão subsidiar o desenvolvimento de métodos diagnósticos, bem como a proposição de programas de intervenção para os vários níveis de atenção à saúde da população idosa. Com base nesses dados, espera-se ter informações para desenvolver modelos de diagnóstico e cuidado para o idoso frágil (detecção precoce e tratamento) e para o idoso não-frágil (prevenção primária) envolvendo a utilização de instrumentos simples e válidos para idosos brasileiros, com as características da amostra desse estudo.

Considerando o valor preditivo do desempenho destas atividades funcionais em relação à fragilidade, o objetivo deste estudo foi identificar qual o nível da capacidade funcional de mulheres e homens idosos comunitários do município de Divinópolis. A detecção precoce de incapacidade no âmbito de atividades funcionais pode ajudar a prevenir fragilidade e a manter os níveis de autonomia e independência dos idosos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa se propôs a uma investigação com abordagem quantitativa, do tipo descritivo, de caráter exploratório. A amostra foi composta por idosos comunitários de 60 anos ou mais de ambos os sexos, residentes nas 12 regiões de planejamento do município de Divinópolis/ Minas Gerais

Para caracterizar a amostra foi utilizado um questionário de autorrelato informando dados sociodemográficos (estado civil, cor ou raça, trabalho, escolaridade, número de filhos, com quem mora, renda mensal, renda familiar), relativos à saúde física (doenças crônicas auto relatadas diagnosticadas por médico no último ano, incontinência, sentimento de tristeza/depressão; cirurgias,

alterações no sono, alterações no peso, quedas, uso de medicamentos, déficits auditivos e visuais), hábitos de vida (tabagismo e alcoolismo), saúde percebida, uso de serviços de saúde, alimentação, nível de atividade física.

Outro instrumento utilizado para avaliar a amostra foi o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), que avalia a capacidade cognitiva, sendo avaliados os domínios: orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Totaliza 30 pontos, sendo que o mínimo, zero, indica maior comprometimento cognitivo e 30 pontos corresponde a melhor capacidade cognitiva.

Para avaliação das AVD's foram utilizados: o Inventário do Desempenho de atividades avançadas de vida diária (AAVD) que contém questões fechadas sobre aspectos sociais, lazer, vida produtiva, organização cultural e política, o Índice de Katz, uma das escalas mais usadas para avaliar o desempenho nas atividades básicas da vida diária. Já para a avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) foi utilizada a escala de Lawton e Brody, que avalia o nível de independência da pessoa idosa na realização dessas atividades.

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados individualmente nas unidades básicas de saúde (UBS) do município de Divinópolis/MG. A aplicação dos instrumentos iniciou-se somente após a leitura e concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram analisados com auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0. O nível de significância de $p < 0,05$ foi adotado para todas as análises.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 400 idosos, com idade entre 60 a 91 anos e idade média de 69,85 anos (DP= 6,814). A população era predominantemente do sexo feminino (66,3%). Em relação ao estado civil, 207 (51,7%) eram casados. A maioria dos idosos são aposentados 316 (79%) e 287 (71,8%) apresentam baixa escolaridade. Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos, (n=400). Divinópolis, Minas Gerais, 2016.

Variáveis	Frequência (N°)	Porcentagem (%)
SEXO		
Feminino	265	66,3%

Masculino	135	33,7%
ESTADO CIVIL		
Solteiro (a)	37	9,3%
Casado (a)	207	51,7%
Viúvo (a)	103	25,8%
Divorciado (a)	43	10,8%
União estável	10	2,5%
APOSENTADO		
Sim	316	79,0%
Não	84	21,0%
ESCOLARIDADE		
Analfabeto (a)	25	6,3%
Alfabetizado (a)	184	46,0%
Ensino Fundamental	103	25,8%
Ensino médio	61	15,3%
Ensino superior	27	6,8%

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto as doenças crônicas, verificou-se que a mais frequente foi hipertensão 283 (70,8%), seguida pela degeneração osteoarticular 118 (29,5%) e diabete 94 (23,5%). Ainda avaliou-se que, 92% fazem uso de medicamentos, desses, 45,5% indicam o uso contínuo de 1 a 3 medicamentos. Também pôde-se observar que em 43% o índice de massa corporal (IMC) apresentou-se normal, já em 38,3% constatou-se sobrepeso e em 16,1% verificou-se algum grau de obesidade. Todavia, 46,8% relatam uma percepção boa da saúde e 49,8% são adeptos a prática de exercícios físicos.

Tabela 2. Características sociodemográficas dos idosos, (n=400). Divinópolis, Minas Gerais, 2016.

Variáveis	Frequência (N°)	Porcentagem (%)
DOENÇAS CRÔNICAS		
Hipertensão	283	70,8%
Diabete	94	23,5%
Degeneração osteoarticular	118	29,5%
MEDICAMENTOS		
Não faz uso	32	8,0%
Faz uso de 1 a 3	182	45,5%
Faz uso de 4 a 6	126	31,5%
Faz uso de 7 a 9	44	11,0%
Usa mais de 9	16	4,0%
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE		
Boa	187	46,8%
Regular	184	46,0%
Ruim	29	7,2%
IMC		
Baixo peso	9	2,3%
Eutrófico	172	43,0%

Sobrepeso	153	38,3%
Obesidade I	51	12,8%
Obesidade II	10	2,5%
Obesidade III	5	1,1%
PRÁTICA EXERC. FÍSICO	199	49,8%

Fonte: dados da pesquisa.

Os idosos dessa amostra apresentaram pontuação acima da nota de corte no MEEM. De acordo com a classificação do Índice de Katz, verificou-se que a maioria dos idosos mostrou-se independente para execução de todas as ABVDs, bem como, mostraram-se independentes para as AIVDs, observada pela avaliação realizada por meio da escala de Lawton e Brody. Os resultados da avaliação da funcionalidade em relação as atividades avançadas de vida diária, mostrou que as atividades mais exercidas pelos idosos desta amostra envolvem atividades como realizar (69%) e receber (90%) visitas, e, participação social ligadas à religião (82,3%). Tabelas 3 e 4.

Tabela 3. Resultados referentes à MEEM, ABVD, AIVD e AAVD, (n=400). Divinópolis, Minas Gerais, 2016.

Medidas	MEEM	ABVD	AIVD	AAVD
Média	27,06	5,83	7,46	26,56
Mediana	28,00	6,00	8,00	27,00
Desvio Padrão	2,865	0,378	1,061	3,395
Mínimo	17	5	1	17
Máximo	30	6	8	36

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 4. Resultados referentes as AAVD's, (n=400). Divinópolis, Minas Gerais, 2016.

AAVD	Nunca fez N° (%)	Parou de fazer	Ainda Faz
Fazer visitas na casa de outras pessoas	6 (1,5%)	118 (29,5%)	276 (69%)
Receber visitas em sua casa	1 (0,3%)	39 (9,8%)	360 (90%)
Ir à Igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligada à religião	9 (2,3%)	62 (15,5%)	329 (82,3%)
Participar de centro de convivência, universidade da terceira idade ou algum curso	127 (31,8%)	113 (28,2%)	160 (40%)
Participar reuniões sociais, festas ou baile	15 (3,8%)	189 (47,3%)	196 (49%)
Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema	96 (24%)	190 (47,5%)	114 (28,5%)
Dirigir automóveis	253 (63,2%)	67 (16,8%)	80 (20%)
Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade	13 (3,3%)	141 (35,3%)	246 (61,5%)
Fazer viagem de duração mais longa para fora da cidade ou país	37 (9,3%)	169 (42,3%)	194 (48,5%)
Fazer trabalho voluntário	178 (44,5%)	135 (33,8%)	87 (21,7%)
Fazer trabalho remunerado	49 (12,3%)	274 (68,5%)	77 (19,3%)
Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas, centro de convivência, ou desenvolver atividades políticas	314 (78,5%)	66 (16,5%)	20 (5%)

Fonte: dados da pesquisa.

No teste de correlação de Pearson foi possível observar uma correlação significativa, porém fraca e moderada entre idade e ABVD ($r = -0,12$; $p = 0,01$), e AIVD ($r = -0,37$; $p = 0,00$), respectivamente. Pode-se também verificar correlação moderada entre os resultados do MEEM e AIVD ($r = 0,32$; $p = 0,00$), e do MEEM com AAVD ($r = 0,26$; $p = 0,00$). Tabela 5.

Tabela 5. Correlação entre as variáveis, (n=400). Divinópolis, Minas Gerais, 2016.

Variáveis	ABVD	AIVD	AAVD
Idade	-,128*	-,367**	,000
Meem	,083	,325**	,265**
Abvd	-	,111*	,095
Aivd	,111*	-	,220**
Aavd	,095	,220**	-

* $p \leq 0,05$.

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

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa demonstram uma maior prevalência do sexo feminino. A feminização é um fenômeno notório na velhice. Segundo Pereira(1), a longevidade é maior entre as mulheres quando comparada aos homens. Essa feminização, corrobora com a Sínteses de Indicadores do IBGE onde mostrou que no ano de 2013 as mulheres idosas corresponderam a 55,5% na população, com faixa etária a partir de 60 anos (5).

A idade média entre os idosos dessa amostra foi de 69 anos, e, mais de 50% eram casados, o que contradiz com resultados encontrados em outros estudos realizados com idosos longevos, onde indicam idade maior ou igual a 80 anos, e, estado civil de viuvez (16; 18; 19). A fragilidade na organização familiar no município é insignificante, pois há prevalência de idosos casados, o que preserva o espaço familiar, proporcionando melhor qualidade de vida do idoso. Estes dados apontam que os arranjos multigeracionais são mais que uma característica sociocultural, pois são uma forma de sobrevivência do idoso, uma vez que, morar sozinho esteve associado à maior dependência para as AAVD's e AIVD's (20).

Nesta pesquisa, verificou-se que a maioria dos idosos encontravam-se em situação de independência para as ABVD's e para as AIVD's. Estes resultados condizem com um estudo realizado em uma cidade do Rio grande do Sul com 368 idosos, onde a prevalência de dependência

para as ABVD's foi encontrada somente em 6,52% da amostra, enquanto que, para as AIVD's obtiveram prevalência de dependência em 15% dos avaliados no referente estudo (21). Barbosa (22) em um estudo transversal com 329 idosos de uma estratégia de saúde da família de Montes Claros/MG, encontraram 25,9% de dependência considerando somente as AIVD's.

Com relação as AAVD's pôde-se constatar que a maioria dos idosos fazem alguma atividade social ou de recreação. A diminuição na frequência de AAVD de natureza social sinaliza perda de motivação para contatos sociais, problemas de mobilidade e inadequação ambiental. Consideradas como eventos sentinela do declínio funcional, as perdas em AAVD sociais precedem dificuldades em atividades instrumentais e básicas de vida diária (23).

Alguns estudos indicam que o engajamento e a realização das AAVD's tendem a declinar com o envelhecimento devido ao surgimento de problemas de saúde e barreiras sociais enfrentadas pelos idosos. Ademais, existem evidências de que o engajamento em AAVDs simbolizaria a disponibilidade de uma gama considerável de recursos cognitivos e/ou socioeconômicos presentes no curso de vida e na velhice (24).

Os idosos participantes desse estudo estão começando a perder habilidades para algumas AAVD e AIVD, o que indicam futuras perdas em outras atividades de sua vida diária, implicando assim em intervenções para reverter ou retardar essas perdas. É importante implementar ações visando potencializar as funções cognitivas remanescentes de alterações decorrentes do próprio envelhecimento ou de processos patológicos. Cabem ainda, ações de promoção de convívio social, adaptação da sociedade às deficiências do idoso, maior envolvimento da família na sua estimulação para a manutenção de uma vida produtiva por mais tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados deste estudo, pode-se considerar que a maioria dos idosos participantes desta pesquisa, ainda apresentam independência para a realização das atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária, revelando assim, autonomia e habilidades funcionais para o desenvolvimento dessas atividades. Contudo acredita-se que identificar a capacidade funcional do idoso e sua competência para realizar a AVD's aproxima o profissional de saúde da realidade vivida pelos idosos e seus cuidadores.

Estes resultados podem contribuir para um melhor planejamento da assistência prestada, melhoria na qualidade de vida, bem estar, convívio social, interação e conscientização da importância do idoso na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. PEDREIRA R. B. S.; LOBO M. L.; MEDEIROS A. C.M. ; PRISCILA C. S; REIS M. C.; PINTO JÚNIOR E. P. Hospitalizações por doenças do aparelho circulatório em idosos e estratégia saúde da família. *Arq Ciênc Saúde.*;22(3):31-6, 2015.
2. FONTE, I. B. Diretrizes internacionais para o envelhecimento e suas consequências no conceito de velhice. Minas Gerais, 2002.
3. GUIMARÃES, J.R.S. Envelhecimento populacional e oportunidades de negócios: o potencial mercado da população idosa. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Minas Gerais. 2006
4. VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações: [revisão]. *Rev Saúde Pública* 2009; 43: 548- 550.
5. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE): Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>> Acesso em outubro/2015.
6. FREITAS EV, Py L, CANÇADO FAX, DOLL J, GORZONI ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: 2006.
8. CAMARGO JM. Política social no Brasil: prioridades erradas, incentivos perversos. *São Paulo Perspec.* 2004;18(2):68-77.
9. PURSER JL, FILLENBAUM GG, PIEPER CF, WALLACE RB. Mild Cognitive impairment and 10-year trajectories of disability in the Iowa established populations for epidemiologic studies of the elderly cohort. *JAGS* 2005
10. LAWTON MP, BRODY EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3):179-86.
11. DIAS EG, DUARTE YAO, ALMEIDA MHM, LEBRÃO ML. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDs): um estudo de revisão. *Rev Ter Ocup. Univ. São Paulo.* 2011;22(1):44-51
12. TAMAI SAB, ABREU VPS. Reabilitação Cognitiva em Gerontologia. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Guanabara Koogan, 2011: 1363-1370.

13. DUNLOP DD, HUGHES SL, MANHEIM LM. Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *Am J Public Health*. 1997;87:378-83
14. RAUTIO N, HEIKKINEN RL. The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. *Arch Gerontol Geriatr* 2001.
15. GIATTI L, BARRETO SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003.
16. NUNES MCR, RIBEIRO RCL, ROSADO LEFPL, FRANCESCHINI SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev. Bras. Fisioter* 2009;13.
17. RAMOS LR, PERRACINI M, ROSA TE, KALACHE A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *J Cross-Cult Gerontol*. 1993;8:313-23.
18. BORIM FSA, BARROS MBA, NERI, AL. Autoavaliação de saúde em idosos: pesquisa de base populacional no município de Campinas. *Cad Saúde Pública* 2012;28(4):769-80.
19. LIMA-COSTA MF, FIRMO JOA, UCHÔA E. Diferenças na estrutura da auto-avaliação da saúde em idosos com diferente situação sócio-econômica: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública* 2005;21(3):83039.
20. OLIVEIRA LPBA, MENEZES MP. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Abr- Jun; 20(2):301-9.
21. BARBOSA BR, ALMEIDA JM, BARBOSA MR, ROSSI-BARBOSA LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(8):3317-3325.
23. ROSA AA, ROSA RJ, LANUEZ FV, LANUEZ MV, BALSALOBRE G, MALOSA L ET AL. Características demográficas (sexo e idade) e as atividades básicas e instrumentais de vida diária em adultos e idosos saudáveis. *ConScientiae* 2010.
24. OLIVEIRA, E. M. de; SILVA, H. S. da; LOPES, A; CACHIONI, M; FALCÃO, D. V. S.; BATISTONI, S. S. T; NERI, A. L; YASSUDA, M. S. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 20, n. 1, p.109-120, 2015.