

CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS - MINAS GERAIS

Autor: Fernanda Maria Francischetto da Rocha Amaral; Co-autor (1): João Osmar Teixeira Matos; Co-autor (2): Ana Cristina Franco Rocha Fernandes.

UEMG - Universidade do Estado de Minas Gerais - Unidade Divinópolis

fmframamaral@gmail.com

joaoosmar18@gmail.com

anadelio23@gmail.com

Resumo: O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil e no mundo, esse cenário contribui para mudanças no perfil de morbimortalidade, resultando no aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas e incapacidades. A Capacidade Funcional pode ser entendida como a manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. O objetivo desta pesquisa foi identificar a capacidade funcional de idosos da região Sudoeste do município de Divinópolis-MG. Para a coleta e análise dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário socioeconômico, World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), World Health Organization Quality Of Life – Old (WHOQOL – OLD), e Craig Hospital Inventory Of Environmental Factors (CHIEF). A amostra foi composta por idosos comunitários de 65 anos ou mais, residentes nos 6 bairros da região Sudoeste no município de Divinópolis/MG. Foram entrevistados 90 idosos, sendo 57,8% do sexo feminino e 42,2% do sexo masculino, com predominância de idade entre 65 e 70 anos (56,7%). A percepção da saúde dos entrevistados foi de 53,3% para Boa, 25,5% para Regular e 21,2% para Ruim. Na análise da capacidade funcional com o uso do WHODAS 2.0, foi identificado que os domínios mais comprometidos foram a Mobilidade (3,7), Participação (3,6) e Cognição (3,4). A utilização da escala WHODAS 2.0 evidenciou que seu uso pode ser indicado para analisar e guiar a promoção de saúde da população, como também embasar o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas para população idosa.

Palavras-chave: Funcionalidade, Qualidade de Vida, Idoso.

Introdução

O envelhecimento populacional tornou-se um fenômeno global essa mudança demográfica vem ocorrendo desde final do século XX, com um aumento na esperança de vida de mais de 30 anos e da proporção de idosos na população. No entanto, tais eventos ocorreram de forma desigual nos diferentes países e contextos socioeconômicos e trazem como repercussão a demanda crescente por serviços sociais e médicos, em razão do

aumento da prevalência de doenças e/ou condições crônicas, as quais podem levar à incapacidade funcional (LIMA- COSTA, 2011; BARROS, CEZAR, CARANDINA, 2006; CAMARANO, 2006).

Estima-se que, em 2050, a população mundial com 60 ou mais anos atingirá o total de 1,9 bilhão de pessoas, correspondendo a mais de 20% dos habitantes do mundo (BÄCKSTRÖM, 2012). Para 2025, projeta-se uma população idosa brasileira acima de 30 milhões, o que fará do Brasil o sexto país com maior número de idosos no mundo (WHO, 2002).

Esse envelhecimento populacional acarreta uma série de implicações nas mais distintas esferas- econômica, social, política dentre outras - desafia a sociedade a produzir políticas públicas que respondam às demandas diferenciadas das pessoas idosas e repercute, sobremaneira, na área da saúde, em função da necessidade de (re) organizar os modelos assistenciais. Apesar disso, o sistema de saúde brasileiro, tradicionalmente organizado para atender à saúde materno-infantil, não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades e já encontra dificuldades no manejo da saúde do contingente idoso (FONTES, BOTELHO, FERNANDES, 2013; SOUZA, MATIAS, BRÊTAS, 2010; GUIMARAES, 2006).

O processo envelhecimento é um fenômeno natural e processual, caracterizado pelo conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determina a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e das funções orgânicas. Este processo é influenciado por diversos fatores tais como hereditariedade (genética), ambiente, estilo de vida e contexto social (YASSINE, 2011; FERREIRA et al., 2010; SOUZA et al., 2010; CAMARANO, KANSO, 2013).

Como uma de suas principais consequências, o envelhecimento traz a diminuição gradual da capacidade funcional, a qual é progressiva e aumenta com a idade (PAULA et al, 2013).

A capacidade funcional pode ser entendida como a capacidade da manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Esse conceito caracteriza o potencial do idoso para decidir e atuar no seu cotidiano de maneira independente (YANG e GEORGE, 2005; BRASIL, 2006; ALVES et al, 2008).

O estudo sobre a capacidade funcional tem atraído atenção crescente, pois 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. A dependência física e cognitiva

pode impedir o desempenho de atividades cotidianas, gerando fortes implicações na qualidade de vida dos idosos além de uma sobrecarga de cuidados para a família e o sistema de saúde (PAULA et al, 2013; IECOVICH & BIDERMAN 2013).

A Organização Mundial de Saúde aponta a limitação funcional como um dos mais importantes fatores prognósticos para a mortalidade de idosos e que entre os indivíduos com incapacidade, há uma alta proporção de pessoas idosas (WHO, 2011). Autores como Torres et al (2010), em seus estudos, revelam um crescimento da população idosa funcionalmente incapacitada, sendo que o número de pessoas idosas dependentes nas Atividades de Vida Diária (AVD) deverá dobrar na segunda ou terceira década deste século.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 2003), Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) consideram entre suas diretrizes essenciais à manutenção da capacidade funcional. A avaliação dessas condições é de fundamental importância para o planejamento e a organização de políticas assistenciais adequadas (CAMARGOS, 2004).

Desta forma a manutenção da funcionalidade, no processo de envelhecimento, tem sido apontada como um indicador de saúde e está relacionada com a interação de várias funções, entre elas, a capacidade física e cognitiva, que irão sustentar a realização das atividades cotidianas e a participação social e comunitária (PERRACCINI, FLÓ, 2009).

Por meio da avaliação da Funcionalidade é possível detectar situações de riscos, identificar áreas de disfunção/necessidade, monitorar o declínio funcional do idoso; estabelecer um plano de cuidados adequados às demandas cuidativas; identificar a necessidade de utilização de serviços especializados; estabelecer elos para a compreensão multidimensional dos casos. Essa avaliação se torna, portanto, essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários (SANTOS et al, 2010; DUARTE, ANDRADE, LEBRAO, 2007; FRICHE et al., 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou, em 2001, um sistema de classificação para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que é uma ferramenta adequada para se identificarem as condições estruturais e ambientais e as características pessoais que interferem na funcionalidade. A CIF leva em consideração o aspecto e a importância de um problema de saúde permitindo apresentar características sobre o indivíduo a respeito do meio físico e social. Tem como objetivo descrever de forma

simples e padronizada o estado de funcionalidade e incapacidade como um componente de saúde, além de mostrar as dificuldades que se encontra em seu ambiente (RUARO et al.,2012; RIBERTO,2011).

Ela é dividida em quatro domínios: funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais, (FARIA, BUCHALLA; 2005).

Contudo a CIF não é uma avaliação e para que seu modelo possa ser analisado existem alguns instrumentos construídos a partir de suas categorias. Entre eles estão World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) e Inventário de Fatores Ambientais do Hospital de Craig (CHIEF) (RUARO et al,2012).

O Whodas 2.0 está fundamentado na estrutura conceitual da CIF, é um instrumento prático e genérico de avaliação de saúde e deficiência no âmbito populacional ou clínico que fornece o nível de funcionalidade de seis domínios da vida, cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividade de vida e participação (RUARO et al,2012).

O CHIEF desenvolvido por um grupo de pesquisadores do Craig Hospital Englewood (CO, USA) com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre o impacto dos fatores ambientais na participação do indivíduo na sociedade. Esse instrumento operacionaliza cinco características do ambiente identificadas na literatura, que podem impedir ou facilitar a participação de pessoas: acessibilidade, acomodação, disponibilidade de recursos, suporte social e igualdade. O CHIEF se baseia na percepção do indivíduo sobre a frequência e a magnitude das barreiras ambientais que comprometem a sua participação na sociedade. Esse questionário foi construído originalmente para ser auto administrado ou administrado por meio de entrevista com indivíduos na faixa etária de 16 a 95 anos (RUARO et al,2012).

O grupo de especialistas em Qualidade de Vida da OMS desenvolveu um questionário para investigação da Qualidade de Vida direcionado a idosos, tendo em vista que existem especificidades conforme cada faixa etária e considerando a magnitude do fenômeno envelhecimento, aliada à escassez de instrumentos para avaliar tal questão (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). Dezoito países, dentre os quais o Brasil, elaboraram o WHOQOL-OLD por meio da revisão do WHOQOL, resultando em um instrumento com 24 questões divididas em seis facetas, Funcionamento dos sentidos, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação Social, Morte e morrer, intimidade.

Estudos afirmam que, perante a avaliação da funcionalidade é possível identificar grupos de risco e assim, desenvolver mecanismos de prevenção. Estes, por sua vez permitirão a alocação de recursos e o enfoque em medidas preventivas nos cuidados de

saúde primários e sinalizar antecipadamente grupos de risco com declínio funcional (PEREIRA et al,2015; SCHIMIDT, SILVA, 2012).

Este estudo teve como objetivo principal caracterizar o perfil da funcionalidade em idosos comunitários da região sudoeste do município de Divinópolis - Minas Gerais.

Material e Métodos

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa exploratória, descritiva, transversal com abordagem quantitativa.

A pesquisa foi realizada na região sudoeste do município de Divinópolis tendo sua amostra composta por idosos comunitários de 65 anos ou mais de ambos os sexos. A seleção da amostra foi de forma aleatória, tendo como critérios de inclusão: i) Ter 65 anos de idade ou mais; ii) Concordar em participar da pesquisa (TCLE) e os critérios de exclusão foram: i) incapacidade cognitiva para responder aos instrumentos de pesquisa; ii) não concordar em assinar o consentimento livre esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada nas unidades de saúde por meio da aplicação dos quatro questionários. O primeiro, elaborado pela pesquisadora, referente à caracterização sociodemográfica. Os outros são instrumentos traduzidos e validados no Brasil, WHODAS 2.0, WHOQOL-OLD e o CHIEF. Os questionários apresentam um conjunto de questões que são respondidas por meio de entrevista pelo sujeito que é pesquisado após da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados obtidos foram analisados utilizando o programa SPSS 13 utilizando as variáveis que caracterizam os aspectos sociais e demográficos por estatística descritiva (média, desvio padrão e frequência simples das variáveis contínuas). Posteriormente foi utilizado a análise estatística, para associação das variáveis independentes com nível de significância estatística o valor de $p < 0,05$.

Resultado e Discussão

A amostra deste estudo foi composta por 90 idosos, com idade entre 65 a 91 anos e idade média de 70,9 anos. A população predominantemente foi do gênero feminino (57,8%), este fato é verificado em outros estudos que afirmam que as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens (NICODEMO; GODOI, 2010). Em relação ao estado civil 50% eram casados, com 73,3% dos idosos entrevistados são aposentados e 85,6% apresentam baixa escolaridade (Ensino

Fundamental Incompleto) que conforme o estudo de Feliciano (2004), a baixa escolaridade representa um dos aspectos da desigualdade social no país. Assim, a situação de analfabetismo pode, por si só, ser considerada fator limitante para a sobrevivência e a qualidade de vida.

Quanto as doenças crônicas, verificou-se que a mais frequente foi hipertensão 51,1%, seguida pelo Diabetes 28,9% e doenças osteoarticulares (22,2%). Ainda foi identificado que 84,4% fazem uso de medicamentos, desses, 45,6% indicam o uso contínuo de 1 a 3 medicamentos, conforme Coelho (2004) e Ribeiro (2008) com o aumento da expectativa de vida da população, aumenta o contingente de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que demandam assistência contínua e na qual os medicamentos têm um papel importante. O protocolo de tratamento de várias DCNT prevê a associação de vários medicamentos, e a prescrição daqueles idosos portadores de uma ou mais DCNT tem grande probabilidade de ser classificada como polifarmácia, ou seja, uso de cinco ou mais medicamentos simultaneamente (FLORES, 2005; KAUFMAN 2002). Dos entrevistados 63,3% relataram ter o hábito de realizar atividade física.

O questionário WHODAS apresentou como resultado em relação a capacidade funcional que os domínios mais comprometidos foram a Mobilidade seguida por Participação e Cognição, conforme a tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – Resultado WHODAS 2.0 com os seis domínios avaliados

Medidas	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Cognição	3,4	1,6	2	8
Mobilidade	3,7	1,9	2	9
Autocuidado	2,1	0,4	2	4
Relações Interpessoais	2,6	1,2	2	8
Atividade de Vida	2,7	1	2	6
Participação	3,6	1,7	2	8

A Mobilidade é considerada a capacidade de se mover independentemente de um ponto a outro que é um fator imprescindível para a manutenção da independência e qualidade de vida. Idosos com limitações de mobilidade apresentam maior risco de quedas durante a realização de suas atividades diárias e tornar-se dependente, é um dos maiores temores do idoso (PLATA, 1999, OLIVEIRA, 2013, FERREIRA, 2013).

A Participação descreve como o indivíduo exerce suas atividades diárias e se engaja na vida social, considerando as funções e estruturas do seu corpo (FARIAS, 2005). A definição de Cognição é a capacidade de ler, compreender e memorizar informações, o envelhecer acarreta alterações na velocidade desse processamento das informações, propiciando um tempo maior para processá-las (ALMEIDA, 2007).

O Autocuidado foi o menos afetado sendo um bom sinal de independência e autonomia desses indivíduos, que nada mais é que o investimento que o indivíduo realiza em si, beneficiando seu desenvolvimento e a manutenção de seu bem-estar, saúde e vida (CALDAS, 2006).

O questionário WHOQOL-OLD é um instrumento que avalia a qualidade de vida adaptado ao idoso, considerando os seguintes aspectos: Funcionamento Sensorio; Autonomia; Atividades Passadas, Presentes e Futuras; Participação Social; Morte e Morrer; e Intimidade. Segundo os parâmetros estabelecidos pelo manual do WHOQOL-OLD pode ser observado, na Tabela 2, que dentro dos domínios investigados a maior parte dos participantes se encontram com a Qualidade de Vida Regular (52,2%), Boa (42,2%) e nenhum alcançou o nível de Muito Boa.

Título: Tabela 2: Resultado do WHOQOL-OLD

WHOQOL-OLD	Participantes Por Média	Porcentagem
Necessita Melhorar	5	5,6%
Regular	47	52,2%
Boa	38	42,2%
Muito Boa	0	0%
Total	90	100%

Entende-se a Qualidade de Vida (QV) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995). Alguns aspectos fundamentais estão implícitos neste conceito: a subjetividade (a realidade objetiva só conta na medida em que é percebida pelo indivíduo); a multidimensionalidade (a QV deve ser compreendida em várias dimensões, como físicas, psicológicas, sociais e ambientais); a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas) e a mutabilidade (a avaliação da QV muda com o tempo, pessoas, lugares e

contexto cultural) (FLECK et al., 2008; MAZO, 2008)

Deve ser ressaltado que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a qualidade de vida reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas.

A partir da tabela do CHIEF é possível verificar que a barreira que se mostrou mais prejudicial foi Estrutura Física, é comum encontrar em diversas cidades calçadas irregulares ou mesmo com buracos, praças com barreiras físicas e técnicas, sem falar da dificuldade de acesso a bancos, farmácias, supermercados, hospitais e áreas de lazer (PRADO, 2003). Todas essas barreiras podem prejudicar ou mesmo impedir que um cidadão idoso utilize de forma satisfatória o ambiente onde vive (LICHT, PRADO, 2002) Dentre os sujeitos em desvantagens, os idosos se apresentam como um público representativo e muitas vezes se veem confinados em suas casas, privando-se de sua participação no convívio social (PIZZOL, 2006). Os fatores ambientais quando associados a condição de saúde do indivíduo pode gerar falta de participação social e incapacidades, que se reproduzidas em ambientes facilitadores não seriam consideradas barreiras que restringem o indivíduo à inclusão, quando o ambiente é acessível, as políticas sociais são positivas, e as atitudes são de inclusão, à incapacidade cede lugar para a integração e participação social.

Título: Tabela 3: Resultado do CHIEF

CHIEF	Pontuação	Média	Contagem
Atitudes e Suporte	156	3,6	44
Serviço e Assistência	514	7,4	70
Estrutura Física	542	7,6	72
Política	308	5,9	53
Trabalho e Escola	45	5,6	9

O valor mais alto de Pontuação tem a capacidade de indicar a maior percepção de barreiras ambientais pelos participantes desta pesquisa.

Conclusão

Estudos afirmam que, perante a avaliação da funcionalidade é possível identificar grupos de risco e assim, desenvolver mecanismos de prevenção. Estes, por sua vez permitirão a alocação de recursos e o enfoque em medidas preventivas nos cuidados de saúde primários e sinalizar antecipadamente grupos de risco com declínio funcional.

Sobre isso com base nos resultados obtidos foi possível identificar que a avaliação da capacidade funcional do idoso pode ser uma estratégia que subsidia a proposição de programas de intervenções à saúde da população idosa, o que poderia minimizar as dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde e os idosos pois os comprometimentos por estes enfrentados estariam já identificados, além de atenuar e auxiliar no manejo do ambiente social e físico, capacitando o idoso para manutenção de sua autonomia e independência, conscientizando-o sobre o seu estado e situação, com esta avaliação é capaz de identificar as melhorias necessárias para uma Qualidade de Vida melhor.

Referências

ALMEIDA MHM, BEGER MLM, WATANABE HAW. Oficina de memória para idosos: estratégia para promoção da saúde. **Interface Comun Saúde Educ.** 2007; 11(22):271-80.

ALVES LC, LEITE IC, MACHADO CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2008;13(4):1199-207.

BARROS, M.B.A., CEZAR, C.L.G., CARANDINA L. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciências & Saúde Coletiva.** 11:911-2. 2006

BÄCKSTRÖM B. Envelhecimento ativo e saúde num estudo de caso com idosos imigrantes. In: Machado FL. **Revista Migrações - Número Temático Imigração e Envelhecimento Ativo.** Lisboa: A CIDI. 2012;10:103-126.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: 2006.

BOTELHO MA, FERNANDES AA. A funcionalidade dos mais idosos: conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. **Rev Bras Geriatr Gerontol** 2013; 16(1):91-107.

CALDAS, C.P. (2006). O autocuidado na velhice. Em: E.V. Freitas, L. Py, F.A.X Cançado, J. Doll & M.L. Gorzoni. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1430-34.

CAMARANO AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 58-71.

CAMARGO JM. Política social no Brasil: prioridades erradas, incentivos perversos. São Paulo **Perspec.** 2004;18(2):68-77.

COELHO FILHO JM, MARCOPITO LF, CASTELO A. Medication use patterns among elderly people in urban area in Northeastern Brazil. **Rev Saude Publica** 2004; 38: 557-64.

DUARTE, Y, A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista Escola Enfermagem/USP**, 41(2):317-25, 2007.

FARIAS, N. & BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** São Paulo, SP. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A. de; FREITAS, I. C. M. de. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, nº. 6, p. 1575-1585, nov-dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/15.pdf>. Acesso em: 15/08/18.

FERREIRA OGL, MACIEL SC, SILVA AO, SANTOS WS, MOREIRA MASP. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm USP.**2010;44(4):1065

FERREIRA LMBM, FIGUEIREDO-RIBEIRO KMOB. O equilíbrio postural em idosos. In: Guedes DT, Sousa ACPA, Guerra RO. **Avaliação da mobilidade e capacidade funcional em idosos na prática clínica.** João Pessoa: Ideia; 2013. p. 35.

FLECK, M. P. A. et al. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of WHOQOL-OLD. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, out. 2006.

FLORES LM, MENGUE SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev Saúde Pública** 2005; 39: 924-9.

FRICHE AAL, CÉSAR CC, CAIAFFA WT. Fatores associados à limitação funcional em Belo Horizonte, MG. **Rev Med Minas Gerais.** 2011;21(4):396-403.

GOTTLIE, M.G.V. et al. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. **Rev. Bras. Geriatr Gerontol** v.10, n.3, Rio de Janeiro, 2007.

KAUFMAN DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Michell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States. **JAMA** 2002; 287: 337-44

LICHT FB, PRADO ARA. Idosos, cidade e moradia: acolhimento ou confinamento? **Rev Kairós** 2002;5(2):67-80.

LIMA-COSTA, M.F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva.** 16(9): 3689-3696. 2011.

MAZO, G. Z. **Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento.** Porto Alegre: Meridional, 2008.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, nº. 1, 2010. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341. Acesso em: 15/08/18.

OLIVEIRA BS, GOMES CS. Mobilidade em idosos: envelhecimento e mobilidade. In: Guedes DT, Sousa ACPA, Guerra RO. **Avaliação da mobilidade e capacidade funcional em idosos na**

prática clínica. João Pessoa: Ideia; 2013. p. 18.

PAULA AFM, RIBEIRO LHM, D'ELBOUX MJ, GUARIENTO ME. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. **Rev Soc Bras Clin Med** 2013;11(3): 212

PEREIRA, R.J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatr**, v.28, n.1 Porto Alegre, Jan./Apr. 2006

PEREIRA, J.K.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A.. A funcionalidade e incapacidade navelhice: ficar ou não ficar quieto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1451-1459, July 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000701451&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Jan. 2017;

PERRACCINI MR, FLÓ CM. **Funcionalidade e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. (Fisioterapia: teoria e prática clínica).

PIZZOL KMSA. A dinâmica urbana: uma leitura da cidade e da qualidade de vida no urbano. **Rev Caminhos Geografia** 2006;7(17):1-7.

PLATA, A.E.; SHUMWAY-COOK, A. Dimension of mobility: defining the complexity and difficulty associated with community mobility. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v.7, p.7- 19, jan.1999.

PRADO ARA. A cidade e o idoso: um estudo da questão de acessibilidade nos bairros Jardim de Abril e Jardim do Lago no município de São Paulo [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2003.

RIBERTO M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Rev Bras Enferm** 2011;64(5):938-46.

RIBEIRO AQ, ROZENFFELD S, KLEIN CH, CÉSAR CC, ACURCIO F. A. Survey on medicine use by elderly retirees in Belo Horizonte, Southeastern Brazil. **Rev Saúde Pública** 2008; 42: 724.

RUARO, JA; RUARO, MB; SOUZA, DE; FRÉZ, R.; GUERRA, RO. Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil – uma década de história. **Rev Bras Fisioter** v.16 n. 6 São Carlos 2012.

SANTOS SSC, CAVALHEIRO BC, SILVA BT, BARLEN ELD, FELICIANI AM, VALCARENGHI RV. Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. **Ciênc Cuid Saúde** 2010;9(1):129-36.

SCHIMIDT TCG, SILVA MJP. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Rev Esc Enferm USP**. 2012;46(3):612-7.

SOUZA R.F, MATIAS H.A, BRÊTAS A.C.P. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010 ;15(6):2835-43.

TAUFER, M. et al. Avanços, perspectivas e uso potencial da genética na longevidade e saúde: uma análise. **Rev. Med PUCRS**, v.12, n.4, p.384-391, out-dez, 2002

TORRES, G.V.; REIS, L.A.; REIS, L.A. Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. **Arq. Neuropsiquiatr**, v.68, n.1, p.39-43, Feb. 2010

[WHO] World Health Organization. Active aging – a policy framework. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department, Aging and the Life Course. Geneva: WHO, 2002.

[WHO] WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: Uma política de saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde. Janeiro, 2009.

WHO, World Health Organization. **World report on disability**, 2011

WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-B: quality of life

(83) 3322.3222

contato@cneh.com.br

www.cneh.com.br

assessment. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 28, n. 3, p. 551-558, maio. 1998.

YANG Y, GEORGE LK. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. *J Aging Health*. 2005;17(3):263-292

YASSINE IMC. A auto-percepção do envelhecimento e os traços de personalidade em idosos [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2011.