

Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados

Analysis of elderly functional capacity in the municipality of Avaré, São Paulo: associated factors

Carlos Alexandre Kagawa¹
José Eduardo Corrente²

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: Este estudo objetivou avaliar a influência da qualidade de vida e aspectos socioeconômicos na capacidade funcional em idosos moradores do município de Avaré-SP. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal. A amostra foi composta por 365 idosos, moradores da zona urbana de Avaré-SP. Os instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico, escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF), escala de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) de Katz e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) de Lawnton & Brody. **Resultados:** Foram encontradas associações positivas entre ABVD e AIVD para os idosos que referiram não ter qualidade de vida. O mesmo ocorreu com alguns aspectos da qualidade de vida, medida pela EQVF; entre os 15 itens, quatro influenciaram as ABVDs: saúde, autoconhecimento, trabalho e lazer. Para as AIVDs, sete itens, entre os 15, influenciaram mais a capacidade funcional: autoconhecimento, saúde, trabalho, participação na comunidade, reunir com os amigos, socialização (fazer amigos) e aprendizagem em cursos e palestras. **Conclusão:** Idosos com boa qualidade de vida e com condição socioeconômica melhor apresentam menos dependência funcional, e há aspectos específicos da qualidade de vida que influenciam mais a incapacidade funcional, tanto para as ABVDs como para as AIVDs.

Palavras-chave: Idoso;
Capacidade Funcional;
Qualidade de Vida.

Abstract

Objective: The aim of the present study was to evaluate the influence of quality of life and socio-economic aspects on the functional capacity of elderly residents in the town of Avaré, São Paulo. **Methodology:** A cross-sectional study of 365 elderly persons living in the urban area of Avaré was performed. A sociodemographic questionnaire, the Flanagan Quality of Life Scale (FQLS), the Katz Activities of Daily Living Scale (ADL) and the Lawton & Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) were used for data collection. **Results:** Positive associations were found between the ADL

Key words: Elderly;
Functional Capacity; Quality
of Life.

¹ Universidade Paulista, Departamento de Saúde. Bauru, SP, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências, Departamento de Bioestatística. Botucatu, SP, Brasil.

Financiamento: Fundação para o Desenvolvimento da Universidade Estadual Paulista (FUNDUNESP).

and IADL of elderly persons who reported having a poor quality of life. The same was found for certain aspects of quality of life as measured by the FQLS. Of the 15 items of this scale, four influenced ADL: health, self-awareness, work and leisure, while seven influenced IADL: self-awareness, health, work, community involvement, relations with friends, socializing (making friends) and learning through courses and lectures. *Conclusion:* Elderly people with a good quality of life and more elevated socio-economic status are less functionally dependent, and there are specific aspects of quality of life that most influence functional disability in the performance of ADL and IADL.

INTRODUÇÃO

A partir dos 30 anos de idade o desempenho funcional dos indivíduos declina progressivamente, devido ao processo fisiológico do envelhecimento.¹ Estudos mostram que a capacidade funcional torna-se um novo paradigma na saúde do idoso, e a autonomia é um dos principais fatores considerado em relação a políticas de saúde da pessoa idosa, 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.²

A capacidade funcional ou limitação funcional pode ser definida como a capacidade do indivíduo de cuidar de si próprio e viver de forma independente, ou seja, manter suas capacidades físicas e mentais em suas atividades básicas e instrumentais.³⁻⁵ Para as atividades básicas, a capacidade funcional consiste na aptidão de uma pessoa cuidar de si, tais como: comer, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, passar da cama para a cadeira, mover-se da cama e controle de esfíncter.⁶ Já para as atividades instrumentais consiste na habilidade dos idosos administrarem o ambiente em que vivem como: preparar os alimentos, lavar as roupas, cuidar da casa, fazer compras, ir ao médico, e compromissos sociais e religiosos.⁶

As limitações funcionais, muitas vezes, apresentam maior repercussão na vida diária do

que as doenças crônicas, desde que controladas.² Desse modo, capacidade funcional e qualidade de vida são os novos paradigmas sociais quando se trata da saúde da população idosa, ou seja, é valorizar uma pessoa idosa de forma autônoma, mesmo sendo portador de uma ou mais doenças crônicas.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a influência da qualidade de vida e aspectos socioeconômicos na capacidade funcional em idosos moradores do município de Avaré, São Paulo.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal desenvolvido na zona urbana do município de Avaré-SP. A população estudada foi formada por pessoas com 60 anos de idade ou mais. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a agosto de 2011.

Para a obtenção da amostra foi formado um banco de dados com base nas informações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia da Saúde da Família (ESF) do município.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada uma prevalência desconhecida de 50% para a qualidade de vida com um coeficiente de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, resultando num tamanho mínimo de 365 idosos, valendo-se de um fator de correção para população finita.

O sorteio dos idosos foi realizado por meio do programa *SAS for Windows*, versão 9.2, utilizando o procedimento *Survey Selecte* do método PPS (*Probability Proportional to Size*) proporcional à idade. E quando o idoso sorteado não era encontrado ou então falecido, um novo indivíduo era sorteado para compor a amostra.

Após a obtenção da amostra, os idosos foram entrevistados em suas residências por profissionais treinados, aplicando-se os instrumentos: questionário sociodemográfico (idade, gênero, trabalho, renda, escolaridade, estado civil, aposentadoria), Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF),⁷ traduzido e validado por Nassar & Gonçalves,⁸ escala de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)⁹ e a escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).¹⁰

Os dados foram analisados com o auxílio do programa *SAS for Windows*, versão 9.2. Inicialmente, foram calculadas frequências e porcentagens para as variáveis qualitativas referentes aos dados sociodemográficos, ABVDs, AIVDs e a EQVF, além das medidas descritivas para as variáveis quantitativas para a caracterização da amostra. A associação entre a

capacidade funcional e a qualidade de vida foi feita por meio do teste Qui-quadrado.

Considerando as ABVDs e AIVDs como variável resposta binária (dependente/independente), foi ajustado um modelo de regressão logística levando em conta as características sociodemográficas e a qualidade de vida como variável resposta como complemento à análise bivariada. Em todos os testes foi considerado o nível de significância de 5% ou *p*-valor correspondente. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (protocolo nº 255/2010). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram entrevistados 365 idosos moradores do município de Avaré-SP, dos quais 241 (66,02%) eram mulheres e 124 (33,98%) homens. A maior frequência de idosos estava na faixa etária de 60 a 69 anos (41,91%) e a faixa etária com menor frequência foi acima de 80 anos (17,80%). Além disso, predominaram idosos aposentados, com baixo nível de escolaridade e renda (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas dos idosos. Avaré-SP, 2011.

Características	n	%
Gênero		
Feminino	241	66,93
Masculino	124	33,97
Faixa etária		
60-69	153	41,91
70-79	145	39,72
Mais de 80 anos	61	17,80
Estado civil		
Casado	193	52,87
Não casado	172	47,13
Trabalho		
Sim	44	12,05
Não	321	87,95
Aposentado		
Sim	337	92,32
Não	28	7,68
Escolaridade		
Até quatro anos de estudo	281	76,98
Mais de quatro anos de estudo	84	23,02
Renda		
Até dois salários mínimos	230	63,71
Acima de dois salários mínimos	131	36,29

A prevalência de dependência para as ABVDs foi de 8,49%. Avaliando cada item do instrumento, *vestir-se sem ajuda* foi a atividade que mais apresentou nível de dependência (3,01%), seguida de *tomar banho sozinho* (2,46%) e *urinar e evacuar* (2,20%).

Para as AIVDs foi encontrada uma prevalência de 10,96%. Avaliando cada item do instrumento, *lavar e passar a própria roupa* foram as atividades com maior dependência (10,95%), seguidas de *trabalhos domésticos*, como pequenos reparos (9,86%), e *cuidar de suas finanças* (6,02%).

Foram encontradas associações das ABVDs e AIVDs com referência à qualidade de vida (satisfeitos/não satisfeitos) ($p=0,0002$; $p=0,0011$, respectivamente) e estado civil (casado/não casado) apenas para as AIVDs ($p=0,0164$). As demais variáveis não apresentaram associação significativa com as ABVDs e AIVDs. As mulheres registraram mais dependência funcional (9,12%) para ABVD comparadas aos homens (10,78%). Já os homens, apresentaram mais dependência funcional nas AIVDs (11,29%; 10,78%, respectivamente) (tabela 2).

Tabela 2. Resultado da análise bivariada entre as atividades funcionais para ABVDs e AIVDs com qualidade de vida e variáveis socioeconômicas. Avaré-SP, 2011.

	Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs)					Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs)				
	DEP		IND		<i>p</i> -valor	DEP		IND		<i>p</i> -valor
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Qualidade de vida										
Não satisfeitos	24	77,42	191	42,81	0,0002	28	70,00	139	42,77	0,0011
Satisfeitos	7	22,58	141	57,19		12	30,00	186	57,23	
Estado civil										
Casado	15	51,61	178	53,21	0,6006	14	35,00	179	55,08	0,0164
Não casado	16	48,39	156	46,71		26	65,00	146	44,92	
Gênero										
Feminino	22	70,97	219	65,57	0,5438	26	65,00	215	66,15	0,8844
Masculino	9	29,03	115	34,43		14	35,00	110	33,85	
Trabalha										
Não	30	96,77	291	87,13	0,1145	37	92,50	284	87,38	0,3485
Sim	1	3,23	43	12,87		3	7,50	41	12,62	
Aposentado										
Não	1	3,23	27	8,08	0,3309	4	10,00	24	7,38	0,5575
Sim	30	96,77	307	91,92		36	90,00	301	92,62	
Escolaridade										
Abaixo de oito anos	28	90,32	253	75,75	0,0625	35	87,50	246	75,69	0,9441
Acima de oito anos	3	9,68	81	22,19		5	12,50	79	24,31	
Renda										
Sem renda	1	3,23	13	3,94	0,7951	1	2,56	13	4,04	0,5001
1 a 2 salários mínimos	21	67,74	195	59,09		31	79,49	185	57,45	
2 a 5 salários mínimos	8	25,81	102	30,91		7	17,95	103	31,99	
Acima de 5 salários mínimos	1	3,23	20	6,06		0	0	21	6,52	

DEP = dependente; IND = independente

Para as ABVDs, a qualidade de vida foi um fator de risco para a dependência funcional [OR=4,995, IC95%=(2,024-12,329)] enquanto que a idade foi um fator protetor [OR=0,931, IC95%=(0,885-0,979)] (tabela 3).

Dos 15 itens que compõem a EQVF, quatro se associaram com as ABVDs: autoconhecimento (reconhecer suas potencialidades e limitações) ($p=0,0093$), saúde ($p<0,0001$), trabalho ($p=0,0002$) e lazer ($p=0,0007$).

Tabela 3. Resultado do ajuste do modelo de regressão logístico de variáveis associados ou não às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs). Avaré-SP, 2011.

Variáveis	Referência	<i>p</i>	OR	IC
Idade				
60-80 anos	Acima de 80 anos	0,0055	0,931	0,885-0,979
Renda				
Até dois salários mínimos	Acima de dois salários mínimos	0,5550	0,921	0,700-1,212
Sexo				
Feminino	Masculino	0,7722	0,869	0,337-2,242
Estado civil				
Casado	Não casado	0,5010	0,746	0,318-1,752
Escolaridade				
Até oito anos de estudo	Acima de oito anos	0,2628	2,139	0,565-8,090
Qualidade de vida				
Não satisfeito	Satisfeito	0,0005	4,995	2,024-12,329

p= p value; OR= Odds Ratio; IC – Intervalo de confiança

Em relação às AIVDs, após o ajuste do modelo de regressão logística referenciar, *não ter qualidade de vida* e ser do *sexo feminino* foram fatores de risco para a dependência funcional, [OR=3,551, IC95%=(1,586-7,951)] e [OR=2,592, IC95%=(1,122-5,985)], respectivamente. A idade menor aparece como um fator protetor para a dependência funcional [OR=0,899, IC95%=(0,856-0,944)] (tabela 4).

Em sete dos 15 itens da EQVF foram encontradas associações com as AIVDs: saúde (*p*<0,0001); trabalho (*p*<0,0001); autoconhecimento (reconhecer suas potencialidades e limitações) (*p*<0,0001); reunir com os amigos (*p*=0,0028); socialização (fazer amigos) (*p*=0,0189); participação na comunidade (*p*=0,0009) e aprendizagem em cursos e palestras (*p*=0,0334).

Tabela 4. Resultado do ajuste do modelo de regressão logístico de variáveis associados ou não às Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs). Avaré-SP, 2011.

Variáveis	Referência	<i>p</i>	OR	IC
Idade				
60-80 anos	Acima de 80 anos	<0,0001	0,899	0,856-0,944
Renda				
Até dois salários mínimos	Acima de dois salários mínimos	0,0909	1,471	0,940-2,302
Sexo				
Feminino	Masculino	0,0257	2,592	1,122-5,985
Estado civil				
Casado	Não casado	0,0597	2,187	0,970-4,933
Escolaridade				
Até oito anos de estudo	Acima de oito anos	0,8012	0,867	0,286-2,631
Qualidade de vida				
Não satisfeito	Satisfeito	0,0021	3,551	1,586-7,951

p= p value; OR= Odds Ratio; IC – Intervalo de confiança

DISCUSSÃO

Algumas limitações do presente estudo precisam ser consideradas. Apesar de ter sido calculado um tamanho amostral e feito um sorteio dos idosos segundo faixa etária, os dados obtidos nas UBSs e ESFs estavam desatualizados, isto é, muitos tinham falecido ou não foram encontrados. Isso fez com que vários idosos fossem substituídos e desse modo a amostra tornou-se de conveniência, introduzindo um viés seletivo, sendo pouco representativa da população.

Provavelmente, por esse viés de seleção, explica-se apresentar predomínio do sexo feminino em 66% da amostra. Entretanto, em outras pesquisas populacionais, o sexo feminino prevalece com maior número em relação à população.⁹⁻¹¹ Além disso, de acordo com o último censo, entre os idosos as mulheres representavam 55% do total de idosos no país.¹²

No município de Avaré-SP houve predomínio de idosos com baixo nível de escolaridade (76,98% frequentaram a escola por menos de oito anos) e com nível de renda familiar abaixo de dois salários mínimos (63,71%), fato esse que corrobora os resultados encontrados em pesquisas realizadas nas cidades de Goiânia-GO, Botucatu-SP e São Paulo-SP.^{11,13-15} Ademais, o baixo nível de escolaridade e renda são características dessa geração de idosos brasileiros, visto que 25% dessa população ainda são analfabetos e mais de 44 milhões de brasileiros sobrevivem com uma renda mensal de até um salário mínimo.¹³

De acordo com os resultados obtidos nessa amostra, 8,49% dos idosos eram dependentes funcionais para as ABVDs e 10,96% para as AIVDs, dados considerados baixos comparados a outros municípios brasileiros.¹⁵⁻¹⁷ Porém, o fato de existir vários instrumentos para avaliação da capacidade funcional e o ponto de corte não ser padronizado dificulta as comparações com outros estudos.

Estudo realizado na cidade de Pelotas-RS encontrou uma prevalência de incapacidade

funcional de 28,3% para as ABVDs e 26,8% para as AIVDs.¹⁸ Outra pesquisa, de base populacional, realizada no município de Botucatu-SP assemelha-se aos resultados desse estudo, ou seja, 5,7% dos idosos apresentaram incapacidade funcional para ABVDs e 14,0% para AIVDs.¹⁹

Trabalho realizado com idosos moradores da zona rural do município de Uberaba-MG registrou percentual inferior para ABVDs em relação aos encontrados no presente estudo (0,2%); já para as AIVDs, os resultados foram próximos (13,1%).²⁰ Nesse sentido, a diferença encontrada entre idosos moradores na zona rural e moradores da zona urbana pode sugerir que as atividades do campo podem ser fatores de proteção à incapacidade funcional.²¹

Idosos da região urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, apresentaram maior dependência funcional grave, ou seja, dependência em pelo menos sete atividades básicas e instrumentais, comparados aos idosos moradores da zona rural do município de Encruzilhada do Sul, RS.²²

Com relação a cada ABVD, *vestir-se* (3,01%) e *tomar banho* (2,46%) tiveram maior prevalência de incapacidade. Para as AIVDs, *lavar e passar a própria roupa* (10,95%) e *trabalhos domésticos*, como pequenos reparos (9,86%), foram as atividades mais prejudicadas. Resultados iguais foram encontrados em outros estudos para ABVDs. Idosos de Uberaba-MG relataram mais incapacidade funcional para *tomar banho* (0,5%) e *vestir-se* (0,5%) para ABVDs; e nas AIVDs, *usar o telefone* (6,7%) e *lavar e passar a própria roupa* (6,1%) foram as atividades mais prejudicadas.²⁰

No presente estudo, as mulheres apresentaram mais incapacidade funcional para as ABVDs comparadas aos homens (9,12% e 7,25%, respectivamente). Já os homens, maior dependência funcional nas AIVDs (11,29% e 10,78%, respectivamente). Alguns estudos mostram que as mulheres idosas têm mais dependência funcional, porém, outros discordam, são os homens que apresentam mais dependência funcional para as atividades instrumentais.^{18,23}

Entre todas as variáveis sociodemográficas, apenas as variáveis *sexo* e *idade* associaram-se às AIVDs. Estudos encontrados na literatura mostram associação positiva com as variáveis sociodemográficas (raça, escolaridade e estado civil), tanto para as ABVDs como para as AIVDs.²⁴⁻²⁶

No presente estudo, as características sociodemográficas: mulheres, não casado, não trabalhar, aposentados e baixo nível de escolaridade apresentaram maior dependência funcional para as ABVDs. E com relação às AIVDs, essas características foram: homens, não casado, não trabalhar, aposentados e pouca escolaridade.

Os resultados deste estudo demonstraram que a qualidade de vida teve forte influência nas atividades funcionais. Os idosos que relataram ter pouca qualidade de vida têm 4,99 vezes mais chance de ter incapacidade funcional para as ABVDs e 3,55% para as AIVDs.

Dos 15 componentes da EQVF, apenas os aspectos como saúde, trabalho, autoconhecimento (reconhecer seus potenciais e limitações) e reunir com os amigos associaram-se às ABVDs.

Quanto às AIVDs, foi encontrada associação positiva com relação aos aspectos: autoconhecimento (reconhecer suas potencialidades e limitações), saúde, trabalho, participação na comunidade, reunir com os amigos, socialização, fazer amigos e aprendizagem em cursos e palestras. Outros autores encontraram tais associações, mas com o uso de outros instrumentos, como o WHOQOL-Brief²⁶ e o WHOQOL-Old.²⁷ Não foram encontrados estudos utilizando a EQVF nesse contexto.

Mas o fato é que a manutenção da capacidade funcional tem implicações diretas na qualidade de vida, por estar relacionada com a capacidade de os idosos se entrosarem, trabalharem,

realizarem atividades dentro e fora da casa, desfrutarem de lazer e de todos os aspectos que a vida oferece em todos os sentidos e faces.

Portanto, o envelhecimento bem-sucedido é resultado da interação de fatores relacionados à saúde física, mental, independência na vida diária, aspectos econômicos e psicossociais.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos no presente trabalho, observou-se que os idosos com boa qualidade de vida geral e com condição socioeconômica melhor apresentam menos dependência funcional. E aspectos específicos da qualidade de vida influenciam mais a capacidade funcional, tanto para ABVDs como para AIVDs. As ABVDs são influenciadas pelos aspectos: saúde, trabalho, lazer e autoconhecimento (reconhecer suas potencialidades e limitações). As AIVDs são influenciadas pelos aspectos: saúde, trabalho, reunir-se com os amigos, socialização (fazer amigos), participação na comunidade, aprendizagem em cursos e palestras e autoconhecimento (reconhecer suas potencialidades e limitações).

Nesse sentido, o trabalho traz informações relevantes para que planejamentos de políticas públicas de saúde para a pessoa idosa estejam na agenda de prioridades, focadas nos esforços em aperfeiçoar e ampliar a humanização do atendimento aos idosos, melhorando a qualidade de vida dessa população. E como a qualidade de vida tem forte influência na capacidade funcional, torna-se necessário investir em estratégias que visem não apenas tratar da doença, mas, também, da saúde e da qualidade de vida.

Nessa compreensão, uma equipe multiprofissional formada por médicos, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais deve desenvolver ações integradas aos idosos, principalmente na atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Paixão Jr CM, Heckman MF. Distúrbio de postura, marcha e quedas. In: Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. FREITAS EV, PY Ligia, editoras. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 960-61.
2. Schneider RH, Marcolin D, Dalacorte PR. Avaliação funcional de idosos. *Sci Med* 2008;8(1):4-9.
3. Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional de idosos na comunidade e proposta de intervenção pela equipe da saúde. *Rev Eletrônica Enferm [Internet]* 2009 [acesso em 01 set 2011];11(1):144-50.
4. Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, Cipullo JP, Martin JFV. Semiologia do idoso. In: Porto CC. Semiologia médica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 165-97.
5. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2008;24(2):409-15.
6. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), (Cadernos de Atenção Básica, n.19).
7. Flanagan JC. Measurement of quality of life: current state of the art. *Arch Phys Med Rehabil* 1982;63(2):56-9.
8. Nassar SM, Gonçalves LHT. A avaliação de uma medida de qualidade de vida. *Texto Contexto Enferm* 1999;8(3):99-110.
9. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial functional. *JAMA* 1963;185(2):914-9.
10. Lawnton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activier of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3):179-86.
11. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendência de dez anos das condições de saúde dos idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16(9):3689-96.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
13. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2008;24(2):409-15.
14. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômica e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(6):2887-98.
15. Azis MM, Calvo MC, Schneider IJC, Xavier AJ, D'Orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2013;27(10):1949-50.
16. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis WMR Junior, Rocha SV, Brito TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm* 2012;25(6):933-9.
17. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com a capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad Saúde Pública* 2013;29(3):325-34.
18. Antoniucci JM. Capacidade funcional como fator preditivo de sobrevivência em idosos [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2012.
19. Tavares DMS, Gávea AS Junior, Dias FA, Santos NMF, Oliveira PB. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona urbana rural. *Rev Rene*;12 n. esp:895-903.
20. Silva MDC, Guimarães HA, Trindade EM Filho, Andreoni S, Ramos LR. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, alagoas. *Rev Saúde Pública* 2011;45(6):1137-44.
21. Parayba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005;39(3):338-91.
22. Aires M, Paskualin LMG, Moraes EP. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudos comparativos em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev Latinoam Enferm* 2010;18(1):1-7.
23. Del Duca GF, Da Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para as atividades básica e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública* 2009;43(5):796-805

24. Santos MB, Ribeiro SA. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. Rev Bras Geriatr Gerontol 2011;14(4):613-24.
25. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. J Bras Psiquiatr 2009;58(2):39-44.
26. Tavares DMS, Dias FA. Functional capacity, morbidities and quality of life of the elderly. Texto & Contexto Enferm 2012;21(1):112-20.
27. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idoso. Cad Saúde Pública 2003;19(3):793-9.

Recebido: 15/7/2014

Revisado: 22/1/2015

Aprovado: 05/2/2015