



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – PPGICS
ICICT/ FIOCRUZ

BRUNIELE OLMO

**Análise da capacidade funcional dos idosos nos Sistemas
de Informação de Saúde no Brasil**

ORIENTADORA

Dr^a Dalia Elena Romero Montilla

2º ORIENTADOR

Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Junior

Rio de Janeiro

2013

BRUNIELE OLMO

Análise da capacidade funcional dos idosos nos Sistemas de Informação de Saúde no Brasil

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Dalia Elena Romero Montilla

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Junior

Rio de Janeiro
2013

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

O51 Olmo, Bruniele

Análise da capacidade funcional dos idosos nos sistemas de
informação de saúde no Brasil / Bruniele Olmo. – Rio de Janeiro, 2013.

xiv, 136 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e
Comunicação em Saúde, 2013.

Bibliografia: f. 105-113

1. Capacidade funcional. 2. Sistema de informação de saúde. 3.
Idoso. I. Título.

CDD 613.0438

BRUNIELE OLMO

**Análise da capacidade funcional dos idosos nos
Sistemas de Informação de Saúde no Brasil**

Aprovada em: ____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a. Dalia Elena Romero Montilla

Prof. Dr. Iuri da Costa Leite

Prof. Dr. José Carvalho de Noronha

Prof. Dr. Jaime Gregório Bellido

Prof. Dr. Janine Miranda Cardoso

Dedico este trabalho ao meu esposo e amigo Renato Pascoal, aos meus pais e irmã com amor e carinho e a todos aos meus amigos que lutaram comigo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me concedido paciência e perseverança para ir até o fim desta etapa. Ao meu esposo Renato Pascoal Ribeiro, por ter tido paciência, amor e carinho em todos os momentos desta trajetória e por estar do meu lado incondicionalmente.

Aos meus pais, Anna Marta S. Olmo e Rodolfo Olmo, por terem me dado valores, acreditarem e confiarem em mim em todos os momentos da minha vida e por me apoiarem em todas as minhas decisões.

As meus primos, primas, tios e tias por sempre confiar e acreditar em mim, valorizando meus conhecimentos.

A minha avó, que discretamente me ensinou o valor dos laços familiares e o respeito.

A Dr^a Dália Elena Romero, por aceitar me orientar, compartilhar seus conhecimentos e contribuir para meu desenvolvimento como pesquisador e principalmente por sua paciência para com esta orientanda.

Ao Dr. Paulo Borges, que em meio a turbulência do meu jeito de dissertar, aceitou o pedido de coorientação e contribuiu na construção dessa pesquisa.

A Dr^a Inesita Soares de Araújo e Cícera Henrique da Silva por contribuírem com mensagens de entusiasmo e valorização da minha pesquisa e por seus comentários sempre pertinentes que me impulsionam a crescer como pessoa e pesquisadora.

Á Dr^a Janine, que com sabedoria e doçura esteve presente nos momentos finais da minha dissertação. Obrigada por sua tolerância, confiança e paciência com esta aluna.

Aos docentes que nos permitiram usufruir de seus conhecimentos através de aulas e seminários realizados na FIOCRUZ e que de uma forma perceptível estiveram presentes sempre nos nossos discursos de defesa do Projeto de Pesquisa.

A todos da secretaria acadêmica, que nos acolhem e nos auxiliam em todos as etapas do mestrado.

À turma “AVASSALADORES”, sempre unida, esteve presente na vida um dos outros para auxiliar e contribuir de forma positiva no crescimento acadêmico de cada um. Esta turma deixará saudades, por ser amigável, amável, calorosa, contributiva e tantas outras qualidades que nos tornou importante na vida de cada um que a compõe. Foram dois anos que deixarão saudades eternas.

As minhas amadas e mais novas amigas, Danielle Fortuna, Michele Meirelles e Luciana Abranches, que me aguentaram por esses longos 24 meses com todo carinho, amor e paciência. Foram sábios ouvidos e boas conselheiras, peças raras na vida que nunca esquecerei.

À Fundação Oswaldo Cruz – CAPES, pela Bolsa de Estudo, que me ajudou bastante em um momento bem delicado, possibilitando que eu continuasse e concluísse o curso de mestrado.

RESUMO

Esta pesquisa objetivou analisar a informação sobre capacidade funcional nas fontes de informação populacional e de saúde no Brasil, buscando identificar a utilização desta informação nas pesquisas sobre saúde do idoso brasileiro. A capacidade funcional é uma discussão consideravelmente recente na saúde pública. Diversos autores conceituam a capacidade funcional como a habilidade física e mental que um indivíduo possui para executar as atividades necessárias para o dia a dia, tais como as atividades básicas, atividades instrumentais e mobilidade física, porém, ainda não há consenso definitivo sobre a definição da capacidade funcional. Diante da real situação, a pesquisa inicia uma tentativa de traçar o histórico da “capacidade funcional”, buscando identificar quando iniciou as pesquisas para avaliar as funções dos indivíduos. Atualmente a Organização Mundial da Saúde através da CIF estabeleceu uma definição para funcionalidade, porém, esta não é utilizada por todos os pesquisadores. Os instrumentos de avaliação da capacidade funcional giram em torno da mensuração da atividade básica de vida diária e mobilidade física. Poucos instrumentos enfatizam na avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD). A mobilidade física é um bom prognóstico para a identificação precoce das perdas funcionais, em compensação, as atividades básicas são consideradas um prognóstico ruim, uma vez que a debilidades para estas tarefas significam perdas funcionais avançadas. Ao comparar as pesquisas nacionais sobre capacidade funcional, percebe-se que alguns autores não mencionam a definição de capacidade funcional. Entre os autores que citam uma definição para capacidade funcional, há uma tendência para a definição predisposta pela CIF, porém a maioria não o cita e sim utiliza de outras definições que se aproximam da definição pré-existente. As variáveis mais utilizadas nas pesquisas nacionais sobre capacidade funcional estão relacionadas a atividades de cuidado pessoal (alimentar-se, ir ao banheiro e tomar banho), cuidado com a casa, transferência (abaixar-se) e mobilidade (subir e descer escadas e caminhar cerca de 100m). O instrumento de coleta mais utilizado por 60% dos pesquisadores nacionais é a PNAD (Suplemento de saúde). As variáveis socioeconômicas, sociodemográficas e condições de saúde foram as mais utilizadas para correlacionar com as variáveis de capacidade funcional. As principais limitações encontradas foram a insuficiência de informação sobre capacidade funcional, pergunta sobre três atividades em uma mesma questão, ausência de perguntas sobre atividades instrumentais, pouca publicação sobre o assunto, ausência de perguntas sobre o estado cognitivo e mental e outros. As vantagens

encontradas destacadas pelos pesquisadores é a abrangência dos estudos, periodicidade, qualidade da informação, abordagem de diversas variáveis permitindo o cruzamento dos dados, auto avaliação da saúde, e outros. Este trabalho identificou como a informação sobre capacidade funcional tem circulado por entre as pesquisas sobre funcionalidade de maneira diversa.

Palavras-chave: Capacidade funcional, Sistema de Informação de Saúde, Idoso

ABSTRACT

This research aimed to analyze the information on functional capacity in sources of population and health information in Brazil, seeking to identify the use of this information in health surveys of the Brazilian elderly. Functional capacity is a pretty recent discussion on public health. Several authors conceptualize the functional capacity and the physical and mental ability an individual has to perform necessary for day to day, such as basic activities, instrumental activities and physical mobility activities, however, there is no definitive consensus on the definition of functional capacity. With the real situation, the search starts an attempt to trace the history of " functional capacity " in order to identify when initiated research to assess the roles of individuals. Currently, the World Health Organization through the ICF established a definition for functionality, however, it is not used by all researchers. Instruments of functional capacity evaluation revolve around measuring the basic activity of daily living and physical mobility. Few instruments emphasize the assessment of instrumental activities of daily living (IADL). Physical mobility is a good prognosis for early identification of functional loss in compensation, basic activities are considered a poor prognosis, since the weaknesses for these tasks mean advanced functional losses. By comparing national surveys on functional capacity, it is noticed that some authors do not mention the definition of functional capacity. Among the authors who cite a definition for functional capacity, there is a tendency for the CIF predisposed by definition, but the majority does not mention but uses other settings that approximate pre - existing definition. The variables used in most national surveys on functional capacity are related to personal care (eating, toileting and bathing), care home, transfer (stooping) and mobility (up and down stairs and walking activities about 100m). The instrument most commonly used for 60 % of national researchers is the National Household Survey (Health Supplement). Socioeconomic, demographic and health variables were the most used to correlate with the variables of functional capacity. The main limitations were found insufficient information on functional capacity, three activities in question on the same issue, no questions about instrumental activities, little published on the subject, no questions about the cognitive and mental state and others. Highlighted the advantages found by researchers is the scope of the studies, frequency, quality of information, a number of variables approach allowing cross data, self rated health, and others. This work identified as information about functional capacity has been circulated among the research functionality differently.

Keywords: Functional Capacity, Health Information System, Elderly

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Fig. 1	Classificação dos conceitos de incapacidade proposto por NAGI (1976)	35
Fig. 2	Uma visão geral da CIF	42
Fig. 3	Interações entre os componentes da CIF	43

GRÁFICOS

Graf. 1	Correlação entre as características de capacidade funcional e produção científica.	83
Graf. 2	Número de produções científicas conforme tipo de instrumento de coleta utilizado para analisar a capacidade funcional do idoso	84
Graf. 3	Variáveis mais utilizadas pelas produções científicas para identificar alterações no nível da capacidade funcional dos idosos	87

LISTA DE TABELAS

TABELAS

Tab. 1	Componentes da Funcionalidade e Incapacidade	45
Tab. 2	Comparação das questões sobre a capacidade de enxergar/visão	49
Tab. 3	Comparação das questões sobre a capacidade de ouvir/audição	52
Tab. 4	Comparação das questões de cuidado pessoal	56
Tab. 5	Comparação das questões sobre atividades domésticas – leves	61
Tab. 6	Comparação das questões sobre tarefas pesadas	67
Tab. 7	Comparação das questões sobre mobilidade-transferência	69
Tab. 8	Comparação das questões sobre mobilidade-locomoção	73
Tab. 9	Questão sobre a vida econômica elaborada pelo SABE	77
Tab. 10	Análise dos instrumentos de coleta quanto ao número de entrevistados e abrangência das entrevistas	80
Tab. 11	Desenvolvimento de códigos para cada característica de capacidade funcional utilizada nas produções acadêmicas	82
Tab. 12	Definição/Conceito de Capacidade/Incapacidade funcional presente nas produções científicas nacionais	89
Tab. 13	Achados, críticas e conclusões das pesquisas nacionais sobre capacidade funcional do idoso	92

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividade básica de vida diária
AIVD	Atividade instrumental de vida diária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDID	Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
HAQ	The Health Assessment Questionnaire
IADL	The Index of Independence in Activities of Daily Living
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ISA	Inquérito de Saúde no Município de São Paulo
MG	Minas Gerais
MIF	The Functional Independence Measure
MMSE	Mini-Mental State Examination de Folstein
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
NHIS	National Health Interview Survey
OARS	Older American Resources and Services
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMS	Pesquisa Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PSMS	Physical Self-Maintenance Scale
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1. Introdução	14
2. Referencial teórico	16
2.1 Capacidade funcional – Trajetória, conceito e avaliação	16
2.2 Instrumentos de avaliação funcional	20
2.3 Informações em saúde – das perguntas e categorias ao indicador de saúde	24
3. Objetivos	29
3.1 Objetivo Geral	29
3.2 Objetivo Específico	29
4. Resultados e Discussão	30
4.1 Revisão bibliográfica dos conceitos e definições de capacidade funcional	30
4.1.1 Linha do tempo	31
4.1.2 Abordagem epidemiológica	37
4.2 Análise sobre a operacionalização da capacidade funcional nas fontes de informação em saúde	40
4.2.1 Audição e Visão	46
4.2.2 Cuidado Pessoal	54
4.2.3 Atividades domésticas	60
4.2.4 Tarefas pesadas	64
4.2.5 Mobilidade	66
4.2.6 Comunicação	76
4.2.7 Vida econômica	77
4.3 Revisão bibliográfica do uso da Informação de funcionalidade nas pesquisas brasileiras	78
5. Considerações Finais	101
6. Referências Bibliográficas	
Apêndices	

1 INTRODUÇÃO

A funcionalidade é um problema relativamente recente para a saúde pública e inclusive para a prática médica (Guralnik et al, 1996). O conceito de saúde historicamente associa-se a ausência de doenças, sendo estas definidas em função da conjuntura socioeconômica e dos avanços médicos tecnológicos. Em 1948 por primeira vez propõe-se um conceito universal (Scliar, 2007) o qual incorpora uma visão holística ao considerar à Saúde como “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades”. Apesar dessa concepção, em grande parte a saúde pública continua usando indicadores de mortalidade (como expectativa de vida) e morbidade (como taxas específicas por doenças) fundamentalmente por ser de mais fácil apreensão e de maior disponibilidade de informação.

Estudos recentes sobre longevidade e saúde concluíram que as tendências positivas resultantes da prolongação da vida não estiveram combinadas por tendências similares na extensão da vida saudável; em outras palavras, vida longa não significa necessariamente melhores condições de vida (Rogers et al, 1990; Olshansky et al, 1991).

A funcionalidade é uma dimensão da saúde que vem ao encontro do desafio de entender e mensurar à saúde além da presença ou ausência de doenças, ao incorporar noções de bem-estar e de vida ativa (Guralnik e Kaplan, 1989). A funcionalidade define-se, geralmente, como a capacidade que tem os indivíduos para realizar as atividades consideradas “normais” para um ser humano (OMS, 1981) tais como as básicas da vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Entre as primeiras se encontram tomar banho e se vestir. Entre as segundas estão as relacionadas com usar transporte e fazer compras (Katz et al, 1963; Lawton e Brody, 1969; Katz et al, 1970).

As questões relacionadas com a funcionalidade são um grande desafio para países, como o Brasil, que encontra-se em etapas de transição demográfica avançada. Particularmente em países em desenvolvimento, o envelhecer associa-se a perdas de capacidades funcionais, resultado não somente da presença de doenças e agravos à saúde, mas também da desigualdade das condições de vida e do acesso aos cuidados de saúde (OMS, 2001; Berkman e Gurland, 1998).

O primeiro instrumento desenvolvido para analisar a capacidade funcional possuía objetivo clínico, avaliando funções básicas como alimentação, vestir, banho, higiene pessoal e outras atividades que foram designadas como atividades básicas de vida diária. O instrumento mencionado foi desenvolvido por Katz e colaboradores em 1958 com pacientes

diagnosticados com fratura de quadril, o primeiro de muitos que foram desenvolvidos e possuem grande importância na aplicação clínica para avaliação da capacidade funcional (Katz et al, 1958).

Os instrumentos pretendem avaliar as atividades básicas e instrumentais de vida diária e mobilidade do indivíduo objetivando identificar o nível de funcionalidade do idoso e classificando-o como independente ou não. Essa informação é importante na elaboração de políticas públicas e desenvolvimento de ações curativas e preventivas (Katz, 1983; Lawton e Brody, 1969; Alves et al, 2008).

Porém esta informação é limitada a ambientes clínicos e seletiva à sua aplicação, despertando a necessidade de produzir dados em grande escala, na intenção de identificar o nível de funcionalidade da população em geral (Castellanos, 1997).

No Brasil, em 1967 aplicou-se o primeiro inquérito domiciliar de abrangência nacional, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) produzida para obter dados não coletados pelo Censo Populacional (Viacava et al, 2006).

Em 1984, acontece o inquérito brasileiro de saúde na Zona Urbana de São Paulo, analisando as condições de saúde física e mental e o grau de autonomia nas atividades diárias dos idosos, dentre outros itens importantes. A partir desta data, outros inquéritos e censos populacionais foram sendo desenvolvidos e aplicados para identificar o nível de funcionalidade da população brasileira (Castellanos, 1997; Coelho Filhos e Ramos, 1993; Ramos, 1987).

A produção de dados é de intensa importância, pois contribui para gerar informação que consecutivamente se transformará em conhecimento para o planejamento de ações (Branco, 2006). Os censos e os inquéritos populacionais são fundamentais instrumentos para o conhecimento, devido a sua capacidade de gerar um volume considerável de dados que se reverterão em informação útil sobre a saúde do nosso país, permitindo correlacionar dados e identificar as causas de desigualdades na saúde (Viacava et al, 2006).

Sob esta perspectiva de capacidade funcional do idoso, instrumentos de coleta de informação e publicação das informações através de pesquisas, é pertinente afirmar que, os conhecimentos gerados a partir da proposta deste estudo, nos permite contemplar a necessidade de constantes pesquisas sobre o assunto.

Este trabalho teve como principal objetivo, analisar a informação da capacidade funcional nas fontes de informação populacional e de saúde no Brasil e identificar a utilização desta informação nas pesquisas sobre saúde do idoso brasileiro.

Para atingir o objetivo principal, o trabalho foi subdividido em três capítulos, que compõem os resultados. No **primeiro capítulo** o objetivo foi revisar os conceitos e definições de capacidade funcional, buscando na literatura informações que permitem traçar o perfil histórico da capacidade funcional na saúde, tanto clínico quanto epidemiológico. No **segundo capítulo** o objetivo foi analisar a operacionalização e conceitualização da capacidade funcional nos censos e inquéritos de saúde populacional no Brasil conjuntamente com a junção dos conhecimentos de capacidade funcional e envelhecimento. Esta etapa permitiu conhecer a estruturação dos instrumentos de avaliação e seus objetivos quanto a capacidade funcional dos idosos na sociedade. No **terceiro capítulo** o objetivo foi identificar os principais indicadores utilizados pelas fontes nacionais de informação de saúde publicados nas produções científicas nacional sobre a capacidade funcional do idoso brasileiro e os principais achados e as críticas realizadas pelos autores das pesquisas em relação aos instrumentos de coleta analisados.

Este trabalho foi baseado numa metodologia de revisão bibliográfica, análise dos instrumentos de avaliação da capacidade funcional e análise das pesquisas nacionais sobre o objeto principal deste estudo – capacidade funcional do idoso.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Capacidade funcional – Trajetória, conceitos e avaliação

O início das discussões sobre funcionalidade ocorreu quando as doenças crônicas degenerativas se tornaram mais evidente na sociedade em relação às doenças infectocontagiosas (Ramos et al, 1987; Stuck et al, 1999; Chaimowicz, 1997; Costa, 2006).

Em 1948, na 6ª revisão da CID (CID-6), iniciaram-se as discussões sobre as doenças que poderiam ser classificadas como crônicas, pois até então, as conferências trabalhavam sobre as doenças infecciosas e os processos curativos e índices de mortalidade, contudo, a transição epidemiológica¹ trouxe a partir daquele momento um novo desafio, pensar em como englobar as morbidades na CID (OMS, 1975).

No Brasil, o processo de transição epidemiológica foi de grande intensidade entre a década de 70 e 90. Se em 1940 o país possuía registro com metade dos óbitos por doenças transmissíveis, em 1994 mais de 30% dos óbitos devia-se a doenças do aparelho circulatório (Chaimowicz, 1997)

¹ Transição Epidemiológica – São mudanças nos padrões de saúde e de doença e a interação entre esses padrões e sua situação demográfica determinante e consequências econômicas e sociológicas (Omran, 1971).

Até a década de 1960, o desenvolvimento na área da saúde era principalmente voltado para as doenças infecciosas e contagiosas. Porém, com a rápida transição epidemiológica no país, a queda nas taxas de fecundidade e a redução das taxas de mortalidade, uma nova etapa é agregada na construção histórica da saúde no Brasil. (Carvalho, 1988; Chaimowicz, 1997; Brito & Litvoc, 2004; Costa, 2006).

As doenças crônicas que acometem a população geral, porém com mais frequência a população idosa (pessoas com 60 anos e mais), são: hipertensão arterial, lombalgias, doenças do sono, doenças cardíacas, osteoporose, artrite/artrose, diabetes *mellitus*, acidente vascular cerebral e incontinências urinária. Sendo portanto avaliadas sob prognóstico curativo da doença (Ramos et al, 1987; Ramos et al, 1993; Pedrazzi et al, 2007).

O modelo médico assistencial era o mais utilizado até a década de 1970 centrado nas necessidades agudas. Em 1976, na IX Assembleia da Organização Mundial de Saúde (OMS), surge uma nova classificação para agregar as morbidades, a ICIDH (*International Classification of Impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*). Uma data de grande relevância histórica, pois enfatiza a importância de identificar as doenças crônicas que acometem a população. O manual, publicado em 1989, define os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem que acometem o ser humano, com o objetivo de universalizar a classificação e definição das limitações. Os termos foram conceituados da seguinte maneira:

Deficiência: Perda ou anomalia de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente.

Incapacidade: Restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano.

Desvantagem: Prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais.

Em 1980, a ICIDH/CIDID (Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens) sofre a segunda revisão e resulta na CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), sendo aprovada para uso internacional somente em 2001. Esta nova classificação traz outra abordagem sobre incapacidade, envolvendo-a como um componente da saúde e não como consequência de uma doença. Incapacidade significa englobar *deficiências, limitações da capacidade ou restrição do desempenho de atividades* (OMS, 1989) e funcionalidade é *um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar* (OMS, 2004).

Amiralian e colaboradores (2000) apontam que a diferenciação dos conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem foram necessárias para que não fossem utilizados como sinônimos, enfatizando a importância de cada terminologia na construção de um conhecimento. Outro fator importante na distinção dos termos expostos é que, diferente da deficiência, a incapacidade e a desvantagem podem afetar um indivíduo na ausência de uma doença.

A partir deste momento histórico, 2001, a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão) e a CIF se complementam, proporcionando informações sobre diagnóstico da doença e funcionalidade respectivamente (OMS, 2004).

Grandes mudanças ocorreram nos últimos 20 anos. Em 1980 a CIF classificava as consequências das doenças, ou seja, o impacto que as doenças geravam na condição de saúde de uma pessoa. Atualmente esta classificação envolve os componentes de saúde que identificam o que constitui a saúde: os componentes da funcionalidade e incapacidade (funções e estruturas do corpo e atividades e participação) e os componentes que englobam os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais) (OMS, 2003).

A distinção entre os conceitos elaborados para as limitações e a capacidade funcional ainda são confusos e pouco esclarecidos. Sabe-se que a incapacidade do indivíduo de realizar uma determinada função dependerá da sua condição pessoal e social. Portanto, a capacidade funcional se diferencia das limitações funcionais, apesar de também ser um complemento das mesmas, quando analisa a habilidade que um indivíduo possui para executar suas tarefas diárias dentro de um contexto social e cultural (Amiralian et al, 2000; Berkman e Gurland, 1998).

Conceituar capacidade funcional é complexo, pois envolve a habilidade física e mental necessária para uma vida com autonomia e independência, além de inter-relacioná-la a fatores externos (Gordilho et al, 2000; Porell e Milcíades, 2002). A autonomia é a liberdade de escolha para uma ação e autocuidado com a vida, contribuindo para a dependência ou independência de um indivíduo (Hogstel e Gaul, 1991; Diogo, 1997) e a independência é a capacidade de realizar atividades essenciais sem o auxílio de outro (Papaléo, 2002).

Estudos comprovam que cada ano adicionado à vida repercute na perda da capacidade de execução de alguma atividade diária. A perda funcional, identificada no estudo de Rosa e colaboradores (2003), apresenta sinais mais significativos a partir dos 80 anos. Por esta importante razão é que se relaciona a discussão de capacidade funcional com idoso e tem se

tornado um componente essencial para a avaliação da saúde funcional desta população (Rosa et al, 2003).

Ao revisar a literatura, detectamos que na prática, trabalha-se com dois conceitos, o de capacidade funcional e incapacidade funcional (d'Orsi et al, 2011), logo, o conceito de incapacidade funcional trabalha com o grau de dificuldade que o idoso irá apresentar ao executar as atividades diárias; o conceito de capacidade funcional envolve analisar o grau de habilidade que o idoso possui ao desempenhar suas tarefas básicas diárias (Katz et al, 1963; Rosa et al, 2003; Alves et al, 2008). Neste estudo focaremos a atenção à capacidade funcional do idoso.

Desde 1956, paralelamente a discussão da OMS, desenvolvem-se propostas de instrumentos para avaliar a capacidade funcional. A capacidade funcional do idoso pode ser determinada pelas atividades básicas de vida diária (ABVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e mobilidade física, que são mensuradas quanto ao nível de dependência ou independência que o idoso possui para a execução das tarefas mencionadas (Lawton e Brody, 1969; Katz et al, 1970; Guralnik et al, 1993; Alves et al, 2008).

As atividades básicas de vida diária (ABVD), proposta por Katz e colaboradores (1959), consistem nas tarefas de auto-cuidado, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, deitar e levantar da cama, usar o sanitário, atravessar um cômodo caminhando e estas tarefas indicam que, quando o idoso possui dificuldades de executa-las, podendo requerer auxílio de um cuidador para realiza-las, identifica um grau severo da sua capacidade funcional, sendo comumente conhecido como incapaz de realizar suas tarefas básicas (Katz et al, 1959; Katz et al, 1963).

Lawton e Brody (1969) propuseram que as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) são tarefas mais difíceis e complexas que geram certa independência para viver em uma comunidade, como fazer compras, utilizar transporte, telefonar, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição, gerir o próprio dinheiro, lavar roupas, tomar medicação. Dificuldades para a execução destas tarefas são consideradas grau moderado de capacidade funcional.

Alguns idosos que apresentam dificuldade em realizar as AIVDs, deixam de executá-las progressivamente porque os familiares assumem a responsabilidade da ação como medida de proteção ao idoso, porém esta medida prejudica o indivíduo agravando seu estado de dependência (d'Orsi et al, 2011).

As dificuldades apresentadas para as AIVD são comumente as primeiras a aparecer, devido a complexidade das atividades, por serem mais sensíveis às mudanças do ambiente físico. Com isso, se houver intervenção na saúde do idoso quando o mesmo apresentar alterações desta atividade, obteremos êxito na prevenção das perdas funcionais para a ABVD, evitando que o indivíduo chegue a um estado grave de funcionalidade (Pedrazzi et al, 2007).

A mobilidade física está relacionada à capacidade de locomoção a médias distâncias, critério muito utilizado em inquérito de saúde quando perguntam se conseguem “caminhar cerca de 100 m” e “caminhar cerca de 1km”. Estas medidas têm sido importantes na avaliação do declínio funcional principalmente quando comparada a característica demográfica, doenças crônicas e estado comportamental (Guralnik et al, 1993; Parahyba & Simoes, 2006).

Guralnik e colaboradores (1993) avaliaram a mobilidade física (habilidade de subir escadas e caminhar um quilômetro sem ajuda) dos participantes de seus estudos durante 4 (quatro) anos correlacionando a fatores como renda, idade, educação e presença de doença crônica, identificando que o maior risco de perdas na mobilidade está associado a elevação da idade, à renda baixa e presença de doença crônica, sendo o último o fator de maior significância.

A mobilidade física é um indicador intermediário entre ABVD e AIVD e também é analisado na execução de tarefas como transferência da cama para a cadeira, subir e descer escadas e outras atividades que exigem amplitude do movimento, força e resistência (Alves et al, 2008).

Quando um idoso começa a apresentar declínios funcionais, esta debilidade pode interferir na relação consigo mesmo, com pessoas ao seu redor e com o meio natural que habita (Lemos e Medeiros, 2002). Logo, investir em conhecimentos sobre capacidade funcional é imprescindível para a organização da atenção à saúde, pois sabe-se que o crescimento mundial de idosos na população desperta discussões relacionadas às perdas funcionais que acometem esta faixa etária, tornando-se um desafio atual (Lima-Costa e Veras, 2003).

2.2 Instrumentos de avaliação funcional

A avaliação funcional é uma ferramenta imprescindível para a detecção da funcionalidade do idoso, capaz de capturar, analisar e distinguir as limitações funcionais de um indivíduo. É aplicada periodicamente para identificar alterações e contribuir para o desenvolvimento de ações que permitirão um tempo maior de autonomia e bem-estar ao idoso

(Pereira e Gomes 2004; Schneider et al, 2008). Pode ser realizada de duas formas: clínica (por especialistas) e epidemiológica (pesquisa populacional).

Os instrumentos são ferramentas fundamentais para mensurar, diagnosticar e elaborar um prognóstico adequado do estado de saúde do idoso, contribuindo para o desenvolvimento de pesquisas, triagem e avaliação clínica (Gomes e Diogo, 2004; Paixão e Reichenheim, 2005). Os instrumentos desenvolvidos têm a capacidade de avaliar o nível de capacidade que o idoso possui para a execução de tarefas (Katz, 1983).

A avaliação clínica é feita por profissional da saúde que se utiliza de instrumentos validados ou não para identificar as alterações que a idade e/ou a doença tenham desenvolvido no indivíduo e esta avaliação é feita de forma direta buscando identificar o nível de dependência adquirida (Seel et al, 1997). O foco desta avaliação é a observação direta pelo avaliador (Schneider et al, 2008).

A escolha do instrumento a ser utilizado é criteriosa e é feita pelo profissional que considerará as dimensões que visa avaliar (física, psicológica, funcional, social e outros). Entre os instrumentos existentes, os que mais se destacaram foram: Escala de Katz - IADL (The Index of Independence in Activities of Daily Living), Lawton e Brody e Barthel, o OARS (Older American Resources and Services), HAQ (The Health Assessment Questionnaire), FIM/MIF (The Functional Independence Measure/ Medida de independência funcional) e outros.

Instrumento muito utilizado na avaliação da atividade de vida diária é o Barthel. O *The Barthel Index* foi desenvolvido em 1958 por Mahoney e colaboradores, sendo publicado no periódico *South Medical Journal*, de grande utilização internacional. Este instrumento avalia 10 itens (alimentação, vestir, banho, higiene pessoal, esfíncter urinário e intestinal, transferência da cadeira e da cama, deambulação e capacidade de subir e descer escadas) e possui aplicação clínica de fácil e rápido preenchimento, com validade e confiabilidade comprovada em diversos estudos. O escore classifica o idoso como independente e dependente.

O instrumento de avaliação desenvolvido por Sidney Katz (Index de Independência nas Atividades de Vida Diária – *Index of ADL*) é muito utilizado nacionalmente e internacionalmente. Este instrumento foi desenvolvido quando os Estados Unidos se deparou com um elevado número de idosos na sociedade com diagnósticos de doenças crônicas. Katz e colaboradores concentraram esforços e dedicação para o desenvolvimento de um instrumento para avaliar a independência funcional nas AVDs dos pacientes, o *Index of ADL*.

Esta ferramenta foi sendo reavaliada no decorrer dos anos e aperfeiçoada por seus autores primários. A avaliação deste instrumento consiste em pontuar a capacidade do indivíduo em banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação.

Podendo ser classificado em seis tipos de independência e dois tipos de dependência na sua versão original. Na sua versão mais atual, gerou uma classificação de independência, dependência moderada e muito dependente (Katz et al, 1959; Katz e Stroud, 1989).

A escala de Lawton é um instrumento que avalia a atividade instrumental de vida diária. Esta escala visa identificar as alterações na execução das tarefas funcionais dos idosos em diferentes níveis. Adaptada ao idioma português, a escala avalia o uso do telefone, o trabalho doméstico, uso de medicamentos, lavar roupa, compras, preparar refeições, uso do meio de transporte e o uso do dinheiro. A classificação é dividida em: dependência total, dependência parcial e independência (Lawton e Brody, 1969).

Com a necessidade de avaliação global da capacidade funcional do idoso, foi desenvolvido o OARS (*Olders Americans Research and Services*), em 1978 nos Estados Unidos e validado no Brasil no ano de 1989. Este instrumento foi utilizado no estudo de Frank et al (2007) para avaliação multidimensional e esta ferramenta foi escolhida por analisar fatores econômicos, sociais, saúde física e mental e relacionamento cuidador/família. O instrumento fornece três categorias de classificação: dependente, dependente parcial e independente (Blay et al, 1988)

Para avaliação da atividade instrumental de vida diária, o instrumento de maior validade e confiabilidade, segundo os autores Júnior e Reichenheim (2005), é o HAQ – *The Health Assessment Questionnaire* – desenvolvido pelos autores Fries e colaboradores no ano de 1980 e publicado no periódico *Arthritis Rheum* na língua inglesa. Este instrumento é muito utilizado internacionalmente.

A Medida de Independência Funcional (MIF) foi criada em 1984 pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação e traduzida em 2001 por Ribeiro e colaboradores, que testaram e destacaram que este instrumento deve ser aplicado por avaliadores treinados, pois trata-se de uma ferramenta sensível a alterações e muito útil clinicamente.

A avaliação da capacidade funcional de um grupo populacional é feita através de estudos epidemiológicos, aplicando instrumentos como inquéritos de saúde populacional e perguntas nos censos populacionais. Estes instrumentos buscam identificar o nível funcional

de uma população geral através de perguntas elaboradas e aplicadas por entrevistadores treinados (Coelho Filho e Ramos, 1993).

São exemplos de inquéritos, CENSO/IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), SABE (Saúde, Bem estar e Envelhecimento/SP), Vigitel (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), ISA (Inquérito de Saúde no Município de São Paulo), PMS (Pesquisa Mundial de saúde), Projeto Epidoso, Projeto Bambuí/MG.

Para avaliar a capacidade funcional do idoso nos inquéritos e censos populacionais, a comunidade científica trabalha comumente com três indicadores (atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária e mobilidade) por serem aceitos universalmente, devido a sua confiabilidade e validade (Alves et al, 2008; Katz, 1983), mas não existe consenso quanto as perguntas adequadas para mensurar a capacidade funcional.

Alguns instrumentos foram desenvolvidos especificamente para serem aplicados ao público dos idosos, outros, não diferenciam quanto ao público alvo, sendo analisado posteriormente conforme a idade do grupo.

Os indicadores de capacidade funcional são definidos por escalas de dificuldade e dependência, sendo avaliado quanto ao grau de dificuldade para realizar determinada tarefa, e quanto ao grau de assistência, que considera o grau de dependência para executar a tarefa ou se não consegue realizar a tarefa (Alves et al, 2008).

A medida utilizada para avaliar a ABVD é feita através de perguntas sobre como “*alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro*” que buscam identificar se há dificuldade em realizar a tarefa e qual o nível de dificuldade (‘não consegue’, ‘tem grande dificuldade’, ‘tem pequena dificuldade’ ou ‘não consegue’). Esta medida é necessária pois é capaz de detectar um grau severo de capacidade funcional (Parahyba et al, 2005).

As atividades instrumentais por serem as atividades mais complexas são identificadas quando se pergunta por exemplo se tem dificuldade de “*empurrar uma mesa ou fazer trabalho doméstico?*”. É uma informação importante para identificar se o idoso está tendo perdas funcionais que possam prejudicar sua independência (Parahyba et al 2005; Alves et al, 2008)

A mobilidade pode ser avaliada através da capacidade de o idoso “*subir e descer escada*”, “*caminhar cerca de 100m*”, “*abaixar-se e ajoelhar-se*” e estes questionamentos são avaliados conforme o nível de dificuldade (‘não consegue’, ‘tem grande dificuldade’, ‘tem

pequena dificuldade' ou 'não consegue'). O indicador de mobilidade é a melhor escolha para indicar perdas funcionais precocemente (Parahyba et al, 2005; Alves et al, 2008).

Perguntas que foram mencionadas nos parágrafos acima estão relacionadas ao Inquérito PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), que objetiva identificar o grau de funcionalidade e o impacto que outras variáveis podem gerar na capacidade funcional (Parahyba et al, 2005)

O indicador de mobilidade é considerado um bom indicador para identificar o estágio avançado da perda funcional e assim possibilitando gerar um prognóstico de falência da capacidade funcional do idoso. Este indicador permite a intervenção precoce em ações preventivas à saúde funcional do idoso (Parahyba et al, 2005).

A correlação dos indicadores sociais com os indicadores de capacidade funcional é utilizada pelos pesquisadores para identificar a interferência das variáveis na debilidade da funcionalidade do idoso (Parahyba & Veras, 2008).

Na busca por soluções a esta realidade existente, Ramos (2000), sugere a utilização de indicadores de saúde para identificar as alterações funcionais e o grau que as mesmas afetam a população idosa do país para então orientar ações voltadas para a promoção de saúde e consequente manutenção da capacidade funcional do idoso.

2.3 Informação em Saúde – Das perguntas e categorias ao indicador de saúde

Em 1959, foi registrada a primeira utilização do termo Ciência da Informação, com o objetivo de registrar o seu conhecimento, a sua produção, o processamento e uso da informação. Diversos fatores como o desenvolvimento urbano, avanços tecnológicos, transformações políticas, movimentos culturais contribuíram para o surgimento da *Ciência da Informação*, pois demandavam informações necessárias para formulação de políticas e tomada de decisões para desenvolvimento da sociedade (Wellisch, 1972; Branco, 2006).

Na década de 80 ocorreu o momento de transição e evolução da política nacional de informação em saúde (criado em meados da década de 70) em que o Ministério da Saúde encaminha para as secretarias estaduais formulários para coleta de informações, uma atitude importante para o desenvolvimento do Sistema de Informação de Saúde. Esta etapa foi reformulada em 1984 onde as secretarias obtiveram a responsabilidade de não somente enviar os dados coletados para o ministério da saúde, mas sim analisa-los para uso local (Branco, 2006).

A informação foi então trabalhada em três vertentes: como objeto (representação física – dados e documentos – informativa), como conhecimento (comunicado conforme determinado evento ou fato permitindo produzir conhecimento) e como processo (ato de informar e ser informado na forma de proporcionar conhecimento). Esta informação somente se torna lógica quando compreendemos a inter-relação das vertentes em que, um dado gera uma informação que por sua vez produz um conhecimento que desenvolve uma ação. Nesse modelo (dado – informação – conhecimento – ação) ocorre o processo de produção da informação, em que todo o processo inicia-se na obtenção e organização de dados para dar prosseguimento aos passos seguintes do modelo (Branco, 2006).

O breve contexto formaliza a importância da informação em saúde na busca por planejamento, monitoramento e gestão adequada de seus serviços para então intervir na saúde coletiva e individual. Porém as informações presentes nas fontes de dados secundários dos sistemas de informação em saúde são precárias necessitando assim do crescimento contínuo de inquéritos e censos populacionais para enriquecer a disposição de dados nos sistemas de saúde (Szwarcwald e Viacava, 2005).

A busca por informações é traçada pela história desde a Antiga Roma, quando eram realizados recenseamentos para fins religiosos perdendo sua aplicabilidade décadas após, devido a falta de estrutura administrativa. Em 1790, nos Estados Unidos, o recenseamento retorna as ações com aplicabilidade de 10 em 10 anos devido a fins políticos. Esta postura repercute na Inglaterra e na França (Wikipedia, 2012).

Os inquéritos populacionais brindam a possibilidade de criar indicadores para avaliar as condições de saúde funcional da população idosa (McDowell e Newell, 1996; Barros, 2008). Os inquéritos geram um volume considerável de informações sobre saúde no Brasil e permitem analisar a influência de variáveis sobre a condição de saúde da população idosa (Parahyba & Veras, 2008).

Nos países desenvolvidos, os inquéritos são utilizados desde 1960, sendo nos Estados Unidos, o National Health Interview Survey (NHIS), realizado pela primeira vez em 1957 coletando informações auto referidas sobre doenças agudas, acidentes, doenças crônicas, incapacidades e serviços de saúde. Em 1971, o EUA levou a campo o National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) coletando medidas bioquímicas e fisiológicas e exame físico que referiam de forma mais objetiva os problemas relacionados a morbidade (Rice, 2001 apud Viacava, 2002).

Na Inglaterra há inquéritos contínuos que monitoram as condições de saúde da população, os comportamentos que prejudicam a qualidade de vida e o uso dos serviços de saúde da população (Sturgis et al, 2001).

O primeiro inquérito de saúde brasileiro de abrangência nacional foi realizado em 1967, com a aplicação da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que visava obter informações não coletada pelos questionários do Censo populacional. Há ainda na literatura, um inquérito que ocorreu em 1984, na zona urbana da cidade de São Paulo – Brasil, onde foi utilizado um instrumento multidimensional – Bomfaq (versão brasileira do OARS), analisando a situação socioeconômica, familiar, condições de saúde física e mental e grau de autonomia nas atividades diárias dos idosos (Ramos, 1987).

A partir deste momento, o estado de saúde que era analisado através da visão clínica de um profissional da área de saúde, ganha mais uma forma de avaliação - a população geral - através dos inquéritos de saúde, que buscam entender o estado de saúde da população no seu contexto social e econômico (Castellanos, 1997; César e Tanaka, 1996; Fletcher, 1963).

No Brasil, a partir da década de 90, investimentos intensificaram a realização de diversos inquéritos a nível nacional, estadual e municipal tais como: PNAD (1998, 2003 e 2008), INCA (2002 e 2003) sobre doença crônica, VIGITEL (2006 e 2008) sobre fatores de risco e proteção das doenças crônicas não transmissíveis e outros. Foram investimentos realizados para saber sobre a saúde da população brasileira (PNS, 2012).

A avaliação do estado de saúde da população era feita baseada em indicadores de mortalidade, porém, com a redução dos índices de mortalidade, aumento da sobrevivência e aumento da prevalência de doenças crônicas, o sistema teve que construir indicadores que quantificassem a prevalência de doenças e lesões provocadas por acidentes, ou seja, os indicadores de comorbidades (Charlson et al, 1994).

Será através dos inquéritos populacionais a possibilidade de criar indicadores que irão avaliar as condições de saúde funcional da população idosa permitindo conhecer o nível de capacidade funcional da população idosa (McDowell e Newell, 1996; Barros, 2008).

Em meados dos anos 60 ocorreram transformações sociais e econômicas que permitiram o desenvolvimento de indicadores sociais com o objetivo de melhorar a quantificação e avaliação das informações que eram produzidas (OPAS, 2002)

O primeiro relatório de Indicadores Sociais publicado no Brasil foi em 1979, editado pelo IBGE. Somente em 1990 o instituto divulgou - agora anualmente - o *Brasil em números*, baseado nos indicadores e estatística (Jannuzzi, 2009). Conforme Jannuzzi (2009) descreve;

Indicador social é um instrumento operacional para monitoramento da realidade social, para fins de formulação e reformulação de políticas públicas.

Construir um indicador é complexo, pois além de considerar fatores importantes como sensibilidade, especificidade, inteligibilidade, periodicidade e outros, ela pode variar desde uma simples *contagem de uma determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices* (OPAS, 2002). Um indicador de qualidade deve considerar a capacidade de reflexão para mudanças na dimensão social, ser compreendido por sua construção e servir aos grupos sociais ou população-alvo específica (Jannuzzi, 2009).

São vários os indicadores que contribuem para a construção de políticas públicas, como os indicadores demográficos, de saúde, educacionais, culturais, mercado de trabalho, renda, pobreza, infraestrutura urbana e habitacional, qualidade de vida e meio ambiente, opinião pública, político sociais, desenvolvimento e pobreza humana; todos com suas finalidades buscando contribuir na definição de prioridades sociais (Jannuzzi, 2009).

Manter este conjunto de indicadores depende da simplicidade e métodos que são utilizados e a forma como são operacionalizados nos Sistemas de Informação, sendo necessária a monitoração de sua qualidade para manter a confiança dos usuários na informação gerada e posteriormente na disseminação da informação (OPAS, 2002).

Através dos dados colhidos pelos inquéritos são construídos os indicadores relacionados a saúde. O indicador é uma unidade de medida utilizada como guia para identificar as condições de saúde de uma população correlacionando-o aos fatores geográficos, socioculturais, político, econômicos, educacional, demográficos e outros (Viacava, 2002; Bittar, 2001). Bittar (2001) descreve os indicadores como:

Um instrumento que mede o quanto é sério, indesejável e frequentemente o quanto pode ser evitável um resultado nos cuidados prestados ao paciente(...).

De acordo com conceitos básicos sobre indicadores descritos pela OPAS (2002), “os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas”. É um instrumento importante para identificar o grau de funcionalidade da população idosa e uma ferramenta necessária para propor ações de promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional da população idosa (Ramos, 2003).

A atualização e desenvolvimento de novos indicadores são necessários para melhorar a geração de informações disponíveis nos bancos de dados e favorecer a interpretação dos dados pelos usuários da informação, ou seja, manter a confiança dos usuários pela informação prestada (OPAS, 2002).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a informação da capacidade funcional nas fontes de informação populacional e de saúde no Brasil e identificar a utilização desta informação nas pesquisas sobre saúde do idoso brasileiro.

3.2 Objetivos Específicos

1. Revisar os conceitos e definições de capacidade funcional;
2. Analisar a operacionalização e conceitualização da capacidade funcional nos censos e inquéritos de saúde populacional no Brasil;
3. Identificar os principais indicadores, achados e críticas de capacidade funcional utilizados e publicados nas produções científicas nacionais em relação aos instrumentos de coleta.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Revisão bibliográfica dos conceitos e definições de capacidade funcional

A capacidade funcional traduz uma discussão recente na saúde pública. Muitas publicações estão sendo realizadas objetivando a funcionalidade de uma função e/ou estrutura específicas. Poucos trabalhos publicados se preocupam em definir a capacidade funcional ou simplesmente solucionar os questionamentos que surgem em torno do conceito.

Mas qual é o conceito de capacidade funcional? Diversos autores utilizam o conceito de que a capacidade funcional é a habilidade física e mental para executar as tarefas cotidianas para viver de forma independente e autônoma (Cruz et al, 2012; d'Orsi et al, 2011; Alves et al, 2010). A CIF-OMS em 2004 divulgou o conceito que atualmente é utilizado para capacidade funcional, ou seja, utiliza um conceito para definir funcionalidade e outro para definir incapacidade. O desempenho para executar uma ação ou a capacidade para executar uma tarefa serão qualificadores primário e secundário respectivamente que determinarão se o indivíduo é um ser funcional ou incapaz.

A definição para *Funcionalidade*, conforme a CIF-OMS (2004), *é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação. A Incapacidade* portanto é definida como *um termo que inclui deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação.*

Mas para que alcançassem as definições citadas, uma trajetória teve que ser traçada. O questionamento é, qual o ponto de partida desta trajetória? Quais fatores contribuíram para a atual definição de *funcionalidade e incapacidade*?

Diante de tantas questões, o presente estudo objetiva revisar os conceitos e definições de capacidade funcional publicados para cumprir o desafio de descrever a história da capacidade funcional.

Para cumprir o objetivo, a proposta metodológica desta etapa do estudo, foi a realização de uma pesquisa bibliográfica, em que a busca consistiu em encontrar materiais de produção científica que abordassem na elaboração de seu texto a capacidade funcional. A estratégia de busca foi:

- Utilizar três bases de dados para a busca de artigos científicos: Scielo, Lilacs e Pubmed.
- Utilizar a Biblioteca Digital Brasileira de teses e dissertações para a busca de materiais que abordassem a capacidade funcional ou outros termos correlacionados em suas pesquisas.

- A partir das bases selecionadas de busca, foram utilizados os termos: **capacidade funcional, incapacidade, funcionalidade, atividades de vida diária e deficiência.**
- Seleção dos materiais de análise de acordo com título, resumo, introdução e referências bibliográficas, respectivamente.
 - No título: Conter os termos definidos pela metodologia de estudo;
 - No resumo: Identificar a viabilidade de uso do material;
 - Na introdução: identificar itens ou pistas que auxiliaria na construção histórica da capacidade funcional;
 - Nas referências bibliográficas: identificar e utilizar outros autores importantes para o desfecho deste estudo e que não foram encontrados nas bases de busca selecionadas.

Perante todo o material encontrado e selecionado, será desenvolvido um texto cronológico cuja proposta é que o leitor identifique o início, meio e momento atual da capacidade funcional no campo da saúde.

4.1.1 Linha do tempo

Acredita-se que o início dessa história deu-se em 1949, período em que os Estados Unidos da América contabilizaram um número alto de pessoas portadoras de doenças crônicas e que, as doenças crônicas foram responsáveis por cerca de 60% das deficiências identificadas no país.

Diante desta situação, criou-se uma comissão sobre doenças crônica – *Commission on Chronic Illness*, cujo objetivo era alertar e “chamar” os profissionais da saúde para que, unidos, planejassem estratégias que enfatizassem o diagnóstico precoce e o tratamento das doenças crônicas (Commission on Chronic Illness, 1949).

Para enfrentar tal situação, a Comissão de doença crônica usou um “*over-all functional classification*” para descrever a deficiência nas atividades de vida diária baseada em uma única medida. Porém, não foi utilizada por muito tempo, devido a diversas falhas. A classificação não era específica quanta as definições das deficiências apresentadas, dificultando a comparação com outras escalas graduada de atividades. Havia indisponibilidade dos testes de capacidade e os resultados apresentados eram muitas vezes obscuros (Katz et al, 1959).

Quase uma década depois, em 1958, no Hospital Geriátrico Rose Benjamin em Cleveland-Ohio, foi desenvolvida uma pesquisa com pacientes cujo diagnóstico era fratura de quadril. Uma metodologia foi estruturada e aplicada correlacionando a evolução dos pacientes aos fatores ambientais e o curso da doença. A conclusão obtida foi, ao classificar os pacientes de acordo com a quantidade diária de auxílio oferecido pela equipe de enfermagem, notou-se que, àqueles que no final do terceiro mês pós fratura, requeriam mais tempo na ajuda diária para realização de tarefas como transferência, tomar banho, se alimentar, se vestir, amarrar os sapatos, ir ao banheiro e continência, tinham a proporção de degradação funcional maior (Katz et al, 1958).

Percebe-se que, ainda não se falava propriamente sobre o termo capacidade funcional, mas a investigação a respeito da dificuldade dos pacientes em executar determinadas tarefas instigou os pesquisadores a aprofundar os conhecimentos sobre o assunto. O resultado desta tarefa deu origem a segunda parte da pesquisa, cujos resultados foram publicados um ano após a primeira publicação.

Em 1959, os autores Katz e seus colaboradores publicaram uma pesquisa cuja metodologia era estudar o estado funcional dos pacientes e os caracterizar quanto ao tipo de assistência recebida. Assim foi desenvolvido o *The Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)*, traduzido como, *Índice de independência nas atividades de vida diária*, uma escala graduada nos quais os pacientes podiam ser comparados quanto o número de atividades realizadas.

O instrumento desenvolvido por Katz e seus colaboradores avaliava a independência funcional ou dependência para tarefas como *tomar banho, vestir, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação*. Foram considerados independentes funcionais àqueles que executavam uma função sem o auxílio de outra pessoa e dependentes quando não conseguiam terminar uma tarefa, precisando do auxílio de outra pessoa para finalizar a tarefa.

Por uma década diversos autores desenvolveram uma ampla variedade de escalas de classificação para a avaliação funcional. Porém, cada pesquisador ou clínico desenvolveu sua própria escala, gerando lamentações, pois não conseguiam comparar seus dados nem chegar a um conceito comum (Howell, 1958 apud Lawton e Brody, 1969).

Dentre as várias escalas desenvolvidas, a mais utilizada pelos pesquisadores foi a escala de auto manutenção física – *Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)*. Esta escala foi desenvolvida para fins internos de uma instituição, sendo aprimorada e utilizada para mensurar as atividades de vida diária como alimentação, uso do banheiro, tomar banho, vestir-se, deambulação física e higiene pessoal (Lowenthal, 1964 apud Lawton e Brody,

1969). Outras classificações foram desenvolvidas, porém com pouca repercussão entre os pesquisadores.

Em contrapartida, Nagi (1964) escreve sobre as definições utilizadas por diversas literaturas sobre os termos “deficiência”, “incapacidade” e “desvantagem”. Em seu texto ele discute que, em meio aos equívocos e concepções estabelecidas, trabalha-se utilizando os termos “capacidade” e “incapacidade”.

Nagi (1964) diz que, cada indivíduo vive em um ambiente em que precisa desempenhar funções e tarefas. Se o indivíduo irá cumprir ou não as tarefas e funções, dependerá de sua capacidade ou incapacidade. Será considerado “incapaz” àquele que diante de uma pergunta, responder que “é incapaz de fazer...”. A origem da incapacidade pode ser individual (fisiológico, psicológico, anatômico) ou ambiental (idade, por exemplo) ou por ambas, determinando o papel do cidadão na sociedade como ser capaz ou incapaz.

Em 1965, Mahoney e Barthel, após uma análise, identificam que o foco do médico é atender e reabilitar os doentes crônicos. Pouca atenção fora dada entre o surgimento da doença e o momento da reabilitação. Os autores acreditam que uma avaliação das funções seria uma estratégia adequada para evitar o surgimento de doenças crônicas ou identificá-las precocemente. Então, os autores desenvolveram um instrumento denominado “*The Barthel Index*” ou “*Índice de Barthel*”. O índice serve para mensurar a independência do paciente e foi ensinado para muitos enfermeiros com o objetivo de que os pacientes fossem avaliados na admissão e após a alta hospitalar.

O instrumento “*The Barthel Index*” avalia funções de alimentação, movimentação da cadeira de rodas para a cama e vice-versa, higiene pessoal, ir ao banheiro, tomar banho, andar sobre uma superfície plana, subir e descer escadas, se vestir, controlar a bexiga e o intestino. O item relacionado a incontinência urinária ou intestinal possui maior peso, pois sua alteração não é socialmente aceitável. As condições ambientais também são fatores considerados na avaliação geral do instrumento, pois interferem na forma adotada de reabilitação do paciente. Este instrumento tem sido muito utilizado por pesquisadores para comprovar sua eficiência em captar o nível de capacidade física individual (Mahoney e Barthel, 1965; Wylie, 1967).

Buscando avançar nas pesquisas de avaliação funcional, Lawton e Brody (1969), desenvolveram uma escala mais complexa, buscando avaliar atividades instrumentais de vida diária, como *preparar refeições, lavar roupa, cuidar da casa, fazer compras, usar o telefone, usar transporte, administrar o dinheiro e os medicamentos*. Os autores perceberam que, no grupo de mulheres, tarefas como fazer compras, cozinhas e lavar roupa, avaliavam suas competências gerais, uma vez que essas tarefas eram relativamente comuns em suas rotinas.

Em relação aos homens, o desempenho de tarefas estava relacionado ao uso de transportes ou movimentação de dinheiro, atividades mais comuns ao grupo do sexo masculino. O instrumento desenvolvido por Lawton e Brody (1969), utilizou de tarefas importantes para a independência do idoso na comunidade e consiste em avaliar as primeiras perdas funcionais.

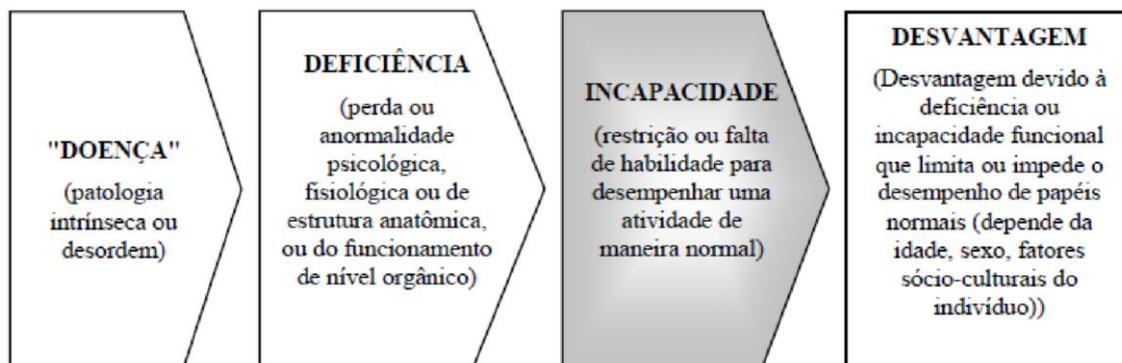
A década de 70 foi um momento importante para a saúde dos pacientes crônicos. Predominava-se o modelo médico, que é uma assistência baseada na disfunção fisiológica ou psicológica, porém este modelo não fora suficiente para atravessar as mudanças que aconteciam na saúde, o prevaecimento de doenças crônicas (Amiralian et al, 2000). Até então instrumentos de avaliação clínica eram desenvolvidos e aplicados individualmente nos pacientes.

Diante da nova realidade da década em destaque, esforços foram determinantes na reformulação da Classificação Internacional de Doenças (CID). Discussões sobre terminologias tornou-se essencial pois, até então, a classificação abordava doenças agudas, infecciosas e contagiosas, mas com a mudança do perfil patológico da sociedade, alterações tiveram que ser realizadas (OMS, 1975).

Em 1976, realizou-se a 9ª Assembléia da Organização Mundial da Saúde (OMS), cuja abordagem era a inserção das morbidades não transmissíveis. Surge então uma nova classificação, a ICIDH – *Internacional Classification of Impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. Porém, somente em 1989 foram publicadas as definições de deficiência, incapacidade e desvantagem. Concomitantemente, o sociólogo Nagi, desenvolve em 1976, seu primeiro modelo para abordar e tentar definir a incapacidade baseada em quatro conceitos: patologia ativa, deficiência, limitação funcional e incapacidade funcional. Verbrugge e Jette (1994) apresentam de forma esquematizada a proposta de Nagi, na figura 1.

A patologia é a presença de uma condição que prejudica uma função física ou mental do corpo humano. A deficiência é uma consequência da patologia, normalmente identifica por alteração da estrutura ou funções anatômicas, fisiológicas ou psicológicas. As limitações funcionais é a dificuldade que o indivíduo possui para executar suas tarefas usuais, normalmente devido a uma deficiência. A incapacidade é a discordância entre as atividades que se espera que o indivíduo execute na sociedade e o desempenho real do indivíduo (Nagi, 1976).

Figura 1. Classificação dos conceitos de incapacidade proposto por NAGI (1976).



Fonte: Adaptado por VERBRUGGE & JETTE (1994, p.2) de WHO (1980)

A incapacidade somente será definida considerando o desempenho individual e/ou social.

Enquanto Nagi pesquisava os conceitos, outros instrumentos de avaliação clínica eram desenvolvidos. Em 1978, foi desenvolvido nos Estados Unidos da América, um instrumento que avaliasse globalmente a funcionalidade do idoso, o OARS – *Olders Americans Research and Services* (Duke University Center for the Study of Aging and Human Development, 1978), traduzido para o português como BOMFAQ (Ramos e Goihman, 1989). Foi um dos primeiros instrumentos desenvolvidos para a avaliação multidimensional, identificando quais dimensões mais afetam a capacidade funcional do indivíduo. É um questionário fechado com questões sociodemográficas, percepção subjetiva do idoso, saúde física e mental, independência diária, suporte social e familiar e utilização de serviços de saúde, classificando o indivíduo como dependente, dependente parcial e independente (Blay et al, 1988). Tantos outros instrumentos foram sendo desenvolvidos e aplicados com a finalidade de avaliar a capacidade funcional de um grupo de pessoas. Em 1980, foi publicado um instrumento de maior validade e confiabilidade para avaliação das atividades instrumentais e básicas – HAQ – *The Health Assessment Questionnaire* e em 1984, criado o instrumento MIF – *Medida de Independencia Funcional*, desenvolvido para acompanhar a evolução de pessoas em processo de reabilitação e que realizam de forma independente as atividades diárias. É averiguado o resultado de 18 tarefas para identificar sua capacidade de realização das atividades (Sousa-Pedro, 2011). Estes instrumentos são extremamente úteis a nível clínico, para mensurar e diagnosticar o estado funcional do idoso (Gomes e Diogo, 2004; Visoni et al, 2011; Sousa-Pedro, 2011).

Em 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou a elaboração de uma Classificação denominada *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), com o objetivo de abordar as consequências das doenças e ser utilizadas

em pesquisas. Esta proposta vinha sendo estudada desde 1972, porém, somente na década de 80, conseguiu-se concretizar o projeto. Inicialmente a ICIDH foi utilizada em locais específicos de atendimento de reabilitação. Após ser testada em mais de 50 países, a classificação foi publicada.

De acordo com a ICIDH, as deficiências estavam relacionadas às *perturbações das estruturas ou funções corporais, temporárias ou permanentes*. A incapacidade estava definida como *qualquer restrição ou falta de habilidade que um indivíduo sofra para desenvolver suas funções*. As incapacidades eram consideradas uma consequência da deficiência. A desvantagem é *a expressão ambiental e social das deficiências ou das incapacidades e reflete na adaptação do indivíduo ao meio que vive* (OMS, 1980; SNR, 1989; Costa, 2006).

A ICIDH sofreu modificações em 1993 e em 1996, provocando o surgimento de uma nova classificação, a CIF – *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Somente em 15 de novembro de 2001, foi liberado um comunicado da Imprensa da OMS sobre a CIF, atestando que a classificação foi aceita por 191 países como *nova norma internacional para descrever e avaliar a saúde e a deficiência* (OMS, 2001).

A CIF foi desenvolvida para focalizar no conceito “vida” e não para expor taxas de mortalidade, eis o seu grande diferencial em relação aos demais indicadores até então utilizados. A proposta da nova classificação é identificar como as pessoas vivem com seus problemas de saúde e o que se pode fazer para melhorar suas condições de saúde (OMS, 2001).

A nova Classificação tende a modificar o conceito de deficiência, como não sendo algo simplesmente visível e sim um conjunto de fatores que podem impossibilitar uma pessoa de ser funcional, ou seja, considera o aspecto social da deficiência. Exemplo: uma pessoa cadeirante que chega para trabalhar em um edifício sem rampas e elevadores. Neste caso a pessoa é um deficiente físico, devido aos seus limites de movimento, porém não pode ser considerado um deficiente funcional, pois possui capacidade de realizar outras funções. Para auxiliar na resolução deste caso, a CIF tem o “poder” de identificar as prioridades de intervenção para tornar o edifício acessível para este indivíduo trabalhar (OMS, 2001).

Atualmente, a versão utilizada e atualizada da CIF, revisada e publicada em 2004 em Lisboa, diz que:

Incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação.

Funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação.

O termo desvantagem foi abandonado e a incapacidade passou a abranger na perspectiva corporal, individual e social (OMS, 2004).

4.1.2 Abordagem Epidemiológica

O aumento do número de casos de pessoas diagnosticadas com doenças crônicas coloca em discussão uma nova proposta, a identificação dos fatores que estão contribuindo para o desenvolvimento das doenças crônicas e agindo principalmente sobre as pessoas idosas (Grimley-Evans, 1984).

Para identificação de fatores aquém dos individuais, como os ambientais, é necessária uma pesquisa mais ampla e que considere a correlação entre os níveis de funcionalidade e a sua variação conforme o ambiente que o idoso se encontra. Esta tarefa não é mais possível detectar somente com as avaliações funcionais realizadas a nível clínico. Visa-se a necessidade de estudos epidemiológicos.

Assim, a epidemiologia é considerada uma área com condições de contribuir na identificação dos fatores extrínsecos que desafiam o envelhecimento e conseqüentemente o surgimento dessas doenças (Grimley-Evans, 1984).

Os inquéritos de saúde se tornaram ferramentas imprescindíveis na disposição de informação em saúde, pois fornece dados que, quando correlacionados, permite identificar as condições socioeconômicas e socioambientais da população investigada (Malta et al, 2008).

Nos países desenvolvidos, os inquéritos populacionais são utilizados desde a década de 60 para formulação e reformulação de políticas públicas (Malta et al, 2008; Viacava, 2002). No Brasil, tem-se notícia que o IBGE, criado em 1938, realiza censos nacionais e inquéritos (Malta et al, 2008). A PNAD é um inquérito realizado pelo IBGE e sua aplicação iniciou em 1967, tornando-se de abrangência nacional somente em 2004. Este inquérito foi desenvolvido pela necessidade que o Brasil carecia de informações para melhor planejar e acompanhar o desenvolvimento do país. A PNAD é um instrumento que produz dados demográficos, ambientais, econômicos, emprego renda, trabalho, fecundidade, mortalidade e outras características dos domicílios. Foi estruturada para ter uma pesquisa básica, pesquisas suplementares e pesquisas especiais. Em 1998 foi desenvolvido um suplemento especial de saúde capaz de captar informações mais específicas da saúde da população entrevistada (Travassos et al, 2008).

A PNAD foi o primeiro inquérito de base populacional com suplemento de saúde aplicável periodicamente (1998, 2003, 2008) e mais abrangente já realizado na população brasileira (Travassos et al, 2008). Possui perguntas que abordam a funcionalidade do indivíduo buscando detectar sua incapacidade de realização das tarefas.

Outros inquéritos regionais foram realizados com propósitos semelhantes ao proposto pelo suplemento de saúde PNAD.

Em 1991, o Projeto Epidoso foi aprovado e consiste em um estudo longitudinal com idosos residentes na Vila Clementino no estado de São Paulo. Foram cadastrados 1700 idosos que responderam a entrevistas domiciliares e participaram no inquérito clínico-laboratorial, com objetivo geral de estudar os fatores associados ao envelhecimento saudável. Dentro as perguntas contidas no questionário, algumas estavam relacionadas a capacidade funcional dos idosos.

O projeto Bambuí foi desenvolvido e aplicado em 1996, com identificação dos idosos (1742 idosos) através de entrevista domiciliar, medidas físicas, nutrição, capacidade funcional, autonomia, exames laboratoriais e eletrocardiograma. É um estudo de coorte na cidade de Bambuí/MG, com o objetivo de investigar fatores que interferem na saúde do idoso.

O Inquérito sobre Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) *“foi organizado inicialmente pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) como um inquérito multicêntrico sobre saúde, bem-estar de pessoas idosas em sete centros urbanos na América*

Latina e Caribe”. No Brasil o inquérito foi conduzido na Cidade de São Paulo durante o período de outubro de 1999 a dezembro de 2000. O inquérito organizou sua coleta de dados em perfil demográfico, condições de saúde, estado nutricional e de capacidade física, saúde bucal, estado cognitivo e depressivo, desempenho funcional, sobrevivida sem incapacidades, demandas assistenciais, uso de serviços de saúde, arranjos domiciliares, ocupação e renda. É um instrumento mais específico para a população idosa que o difere de outros inquéritos de saúde (OPAS, 2003).

O projeto ISA-SP (Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo) foi realizado pela primeira vez no ano de 2001 e 2002 nos municípios de Campinas e Botucatu, uma área formada pelos municípios de Taboão da Serra, Embu e Itapeverica da Serra e o distrito de Saúde de Butantã situado no município de São Paulo. A escolha por estas localidades deve-se a importância socioeconômica e epidemiológica dos municípios e o inquérito foi realizado por pesquisadores da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Faculdade de Saúde Pública e Faculdade de Medicina da USP, Faculdade de Medicina da UNESP-Botucatu e do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Neste inquérito foram entrevistadas 6.819 pessoas entre abril de 2001 e março de 2002. O inquérito teve outras versões, como o ISA-Capital realizado em 2003 que pouco diferencia do ISA-SP, o ISA-Capital realizado em 2008 que buscou descrever a situação de saúde da população paulistana e comparar seus dados com os obtidos em 2003 e o ISACAMP realizado em 2008 que foi realizado para monitorar os indicadores estabelecidos em 2002 e avaliar e monitorar as desigualdades sociais na saúde. Este inquérito busca analisar as condições de vida e de saúde e uso de serviços de saúde através de entrevista domiciliares por via de um instrumento (questionário) de coleta de dados.

Os dados gerados pelo questionário estão relacionados a condição de vida da população, o estilo de vida (hábito alimentar, atividade física, tabagismo, alcoolismo, animais domésticos), estado de saúde (morbidade referida, obesidade, transtorno mental comum, autoavaliação de saúde) e uso de serviços de saúde (programa de saúde da família e consumo de medicamentos). As informações são acessíveis no site do Projeto Inquéritos de Saúde no Estado de São Paulo (USP, UNICAMP, UNESP, SES-SP e SMS-SP).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou no ano de 2000 um relatório sobre metodologia para avaliação de desempenho dos sistemas de saúde que sofreu várias críticas passando por uma fase de reformulação que foi apresentado em 2001. No relatório reformulado, a proposta foi de aplicação da *Pesquisa Mundial de Saúde* como inquérito populacional para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, acesso, cobertura e utilização dos serviços de saúde. No Brasil, o governo firmou acordo com a OMS e responsabilizou a Fundação Oswaldo Cruz para a execução da pesquisa. O inquérito populacional foi realizado em todo o país de janeiro a setembro de 2003 em 5 (cinco) mil domicílios avaliando o sistema de saúde em cinco dimensões: estado de saúde, desigualdade do estado de saúde, capacidade de resposta do sistema de saúde (nível médio de satisfação), justiça na contribuição do financiamento da saúde e desigualdades na capacidade de resposta do sistema de saúde (Szwarcwald e Viacava, 2008; Szwarcwald et al, 2005; Szwarcwald e Viacava, 2005).

A vantagem em aplicar o inquérito populacional de saúde é a possibilidade de conhecer o perfil de saúde e a distribuição dos fatores de risco de uma população. As avaliações instrumentais clínicas podem ser utilizadas na formulação das perguntas dos inquéritos, porém sua finalidade é direcionada ao prognóstico individual do nível funcional do idoso.

4.2 Análise sobre a operacionalização da capacidade funcional nas fontes de informação em saúde.

O segundo capítulo foi “construído” baseado no objetivo de analisar a operacionalização e conceitualização da capacidade funcional dos idosos nos censos e inquéritos de saúde populacional no Brasil. Esta etapa permitiu conhecer a estruturação dos instrumentos de avaliação e seus objetivos quanto a capacidade funcional dos idosos na sociedade.

Para que esta etapa fosse desenvolvida, a metodologia proposta foi realizar no primeiro momento, um levantamento dos instrumentos de coleta que são utilizados em pesquisas e inquéritos populacionais brasileiros, que abordem a capacidade funcional dos indivíduos.

Os instrumentos selecionados para análise foram:

- **CENSO/IBGE** (CENSO Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) – aplicado a todas faixas etárias;
- Suplemento saúde da **PNAD** (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) – aplicado a todas as faixas etárias;
- **PMS** (Pesquisa Mundial de Saúde) – aplicado a pessoas de 18 anos e mais;
- **ISA/SP** (Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo) – aplicado a todas as faixas etárias ;
- Projeto **SABE** (Saúde, Bem estar e Envelhecimento) – aplicado para população de 60 anos e mais;
- **Projeto Epidoso** – aplicado para população com 65 anos e mais;
- **Projeto Bambuí** – aplicado para população de 18 anos e mais.

Os instrumentos analisados foram os respectivos a última aplicação, ou seja, PNAD – 2008, PMS – 2005 (adaptação do instrumento elaborado em 2003 para atenção básica), ISA/SP – 2008, Projeto SABE – 2000, Projeto Epidoso – 1991, Projeto Bambuí – 1996. Com exceção do CENSO/IBGE, que comparamos as perguntas do ano 2000 e 2010 para detecção das alterações realizadas.

Após a captação dos instrumentos de coleta, foram analisadas e extraídas as perguntas relacionadas à capacidade funcional do idoso. Em um **segundo** momento as perguntas extraídas foram separadas e agrupadas conforme função para capacidade funcional. No **terceiro** momento, as perguntas agrupadas foram analisadas e identificadas as discrepâncias entre si para efetuar a discussão. No **quarto e último** momento foi realizado uma avaliação

do uso das definições de capacidade funcional nas questões e sua adequação para o estudo da capacidade funcional do idoso, realizando uma discussão entre o que o instrumento está propondo a avaliar e o que defini a OMS sobre a capacidade funcional do idoso.

Ressalta-se que, apesar de a proposta do presente estudo ser analisar questões sobre a capacidade funcional do idoso, nem todos os instrumentos foram desenvolvidos exclusivamente para esta finalidade. Estudos de proporção nacional, principalmente, realizam a aplicação de seus instrumentos para a população de diversas faixas etárias.

Para discutirmos os resultados, faz-se necessário definirmos o que é capacidade funcional e como é utilizada internacionalmente.

A capacidade funcional tem sido abordada por diversos autores como sendo a habilidade para realizar as atividades do dia a dia de forma independente e autônoma (Costa et al, 2006; Sanchez, 2000). Há autores que consideram a capacidade funcional como sendo a capacidade de manter suas habilidades físicas e mentais para uma vida autônoma e independente (Gordilho et al, 2001).

A definição universalmente conhecida e nem sempre utilizada integralmente pelos autores é da Organização Mundial da Saúde (OMS; 1981) que diz que a incapacidade funcional *é qualquer restrição ou falta (resultante de uma deficiência) na capacidade de executar uma atividade da forma ou dentro do intervalo considerado normal para um ser humano.*

A definição da OMS, criada em 1981, não esclarecia a capacidade em física ou mental, logo, a definição atualmente utilizada e aceita é a descrita pela *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*, publicada em 2004, cujo material não utiliza o termo capacidade funcional ou incapacidade funcional, mas sim o termo incapacidade e funcionalidade isoladamente.

Funcionalidade: *é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar.*

Incapacidade: *é um termo que inclui deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação*

A funcionalidade é a “capacidade de funcionar” e a incapacidade é o “não funcionar”. Mas a leitura destes termos não pode nos remeter a generalidade, temos que nos atentar as particularidades. A união dos dois termos Incapacidade + funcionalidade, significa que, um indivíduo possui limitação para executar alguma função, seja ela por deficiência física ou simplesmente por restrição na participação causada por alterações ambientais.

De acordo com a figura 2, a funcionalidade e a incapacidade podem sofrer interferências de fatores contextuais. Os fatores contextuais são subdivididos em fatores ambientais e fatores pessoais, que juntos ou separadamente, provocam alterações na funcionalidade e/ou incapacidade na vida do indivíduo.

Os fatores pessoais não são abordados na CIF. Os fatores ambientais são considerados fatores importantes que influenciam na funcionalidade e incapacidade do indivíduo, pois envolve o ambiente/espço que o indivíduo precisa para viver e se correlacionar.

Figura 2. Uma visão geral da CIF

Componentes	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Factores Contextuais	
	Funções e Estruturas do Corpo	Actividades e Participação	Factores Ambientais	Factores Pessoais
Domínios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Áreas Vitais (tarefas, acções)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudança nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspectos positivos	Integridade funcional e estrutural	Actividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos negativos	Deficiência	Limitação da actividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

Estudar a funcionalidade e a incapacidade se resume em compreender a interação entre os componentes, como podemos perceber na figura 3. Mas para entender a figura 2 e 3, é necessário compreender os termos e suas definições básicas do que as compõem:

Funções do corpo – funções fisiológicas e psicológicas dos sistemas orgânicos;

Estrutura do corpo – As partes anatômicas do corpo (órgãos, membros e componentes);

Deficiência – Problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda;

Atividade – é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo;

Participação – é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real;

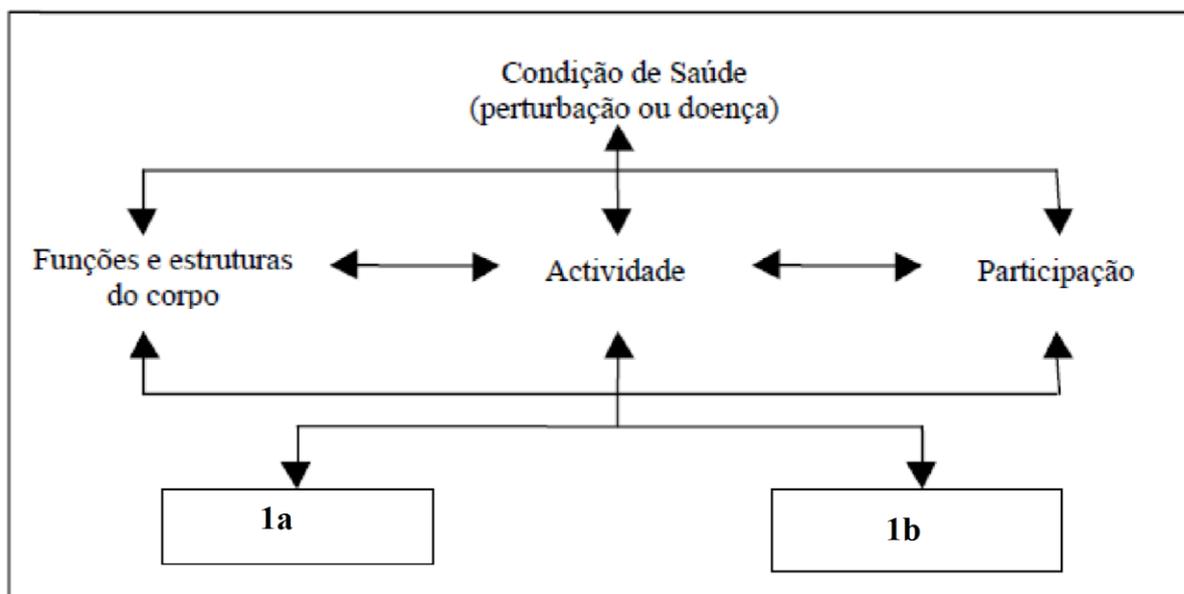
Limitações de atividade – são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades;

Restrições de participação – são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

Até então se percebe que a funcionalidade e a incapacidade estão intimamente relacionadas com as funções do corpo e suas estruturas (parte 1a) e as atividades e participação (parte 1b).

Se a parte 1a está íntegra, significa que o corpo está funcionando corretamente e isso determinará uma pessoa funcional, porém, se houver comprometimento da parte 1a, este mesmo indivíduo poderá ser incapaz em determinada tarefa. A compreensão de funcionalidade e incapacidade se torna complexa quando, ao analisarmos um caso em que a pessoa possui integridade funcional (parte 1a intacta), porém possui limitação de suas atividades ou restrição da participação (por fatores ambientais por exemplo), logo, esta pessoa será considerada com incapacidade para exercer suas funções ou suas atividades. Atenção deve sempre ser dada ao requisito *ambiente padrão*, pois estamos discorrendo de um ambiente no qual o indivíduo vive e por algum motivo foi alterado afetando a sua funcionalidade.

Figura 3. Interações entre os componentes da CIF



Na figura 3 podemos perceber que os componentes estão em constante interação e esta relação que parece ser simples, engana, sendo complexa. O que a CIF enfoca, “*é importante colher dados sobre estes constructos (presente na figura 2) de maneira independente e então, explorar as associações e ligações causais entre eles*” (OMS, 2004).

A obtenção dos dados de funcionalidade e incapacidade pode ser pela forma clínica ou pela forma epidemiológica. A qualidade dos dados obtidos por meio de pesquisa epidemiológica é parte da proposta deste trabalho.

Logo, analisando a CIF-OMS (2004), percebemos que, os estudos epidemiológicos têm abrangido praticamente o constructo de *atividades e participação* para detectar o nível de funcionalidade dos seus entrevistados, conforme podemos observar a tabela 1 e discutiremos ao longo deste capítulo.

Os componentes de atividade e participação são avaliados por seus qualificadores: *desempenho e capacidade*. O qualificador de desempenho descreve como é o indivíduo no seu ambiente habitual e o qualificador de capacidade descreve a capacidade de uma pessoa executar uma tarefa ou ação sem auxílio. Logo, a capacidade é um qualificador da funcionalidade, podendo identifica o nível máximo que o indivíduo (idoso) pode alcançar em um determinado domínio (OMS, 2004).

A capacidade de execução das funções, atividades e participação, podem ser atribuídas pela condição de saúde em que o indivíduo se encontra. A CIF foi desenvolvida para classificar a funcionalidade e a incapacidade na saúde e é aplicável para todas as idades (OMS, 2004). Porém, o uso desta classificação em pessoas idosas é mais significativo devido às perdas que ocorrem fisiologicamente nas funções e estruturas do corpo do idoso (Birren e Schroots, 1996). Por esta e outras razões, que não condiz explicitar neste trabalho, é que se desenvolve pesquisas para detectar o nível de funcionalidade do idoso em uma sociedade.

Tabela1. Componentes da Funcionalidade e Incapacidade

FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE			
Funções do corpo	Estruturas do corpo	Atividades e Participação	Fatores Ambientais
Funções mentais	Estruturas do sistema nervoso	Aprendizagem e aplicação do conhecimento	Produtos e tecnologia
Funções sensoriais e dor	Olho, ouvido e estruturas relacionadas	Tarefas e exigências gerais	Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem
Funções da voz e da fala	Estruturas relacionadas com a voz e fala	Comunicação	Apoio e relacionamentos
Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório	Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório	Mobilidade	Atitudes
Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino	Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino	Auto cuidados	Serviços, sistemas e políticas
Funções genitourinária e reprodutivas	Estruturas relacionadas com os aparelhos genitourinário e reprodutivo	Vida doméstica	
Funções neuromusculares relacionadas com o movimento	Estruturas relacionadas com o movimento	Interações e relacionamentos interpessoais	
Funções da pele e estruturas relacionadas	Pele e estruturas relacionadas	Áreas principais da vida	
		Vida comunitária, social e cívica	

2.1 Audição e Visão

Instrumentos de coleta como o CENSO/IBGE, ISA/SP, SABE e PMS, abordaram em suas pesquisas perguntas sobre audição e visão. De acordo com a CIF-OMS (2004), funções da visão (funções sensoriais relacionadas com a presença de luz e a forma, tamanho, formato e cor de estímulo visual) e funções auditivas (funções sensoriais que permitem sentir a presença de sons e discriminar a localização, timbre, intensidade e qualidade dos sons) são componentes que influenciam na integridade funcional e podem interferir na execução de tarefas, logo, importantes componentes para determinar a funcionalidade e a incapacidade.

Através do estudo epidemiológico, a pesquisa buscou identificar quem usa óculos ou não e qual a qualidade da visão com o uso da órtese.

A tabela 2 (dois) e a tabela 3 (três) expõem as questões relativas a avaliação da visão e audição da população idosa, sendo perceptível as diferenças encontradas quanto a forma de perguntar sobre a capacidade de enxergar e ouvir, lembrando que, estas perguntas estão dentro do contexto de avaliação auto-relatada.

O cuidado em obter informações sobre a qualidade da visão dos idosos é importante pelo fato de estar associado ao comprometimento funcional do mesmo, logo, adequar uma ferramenta para avaliação visual é permitir uma qualidade funcional para o idoso (Cinoto et al, 2006; Luiz et al, 2009).

Em relação ao déficit auditivo, atenção deve ser dada a esta variável por sua relação com a atividade instrumental de vida diária, por exemplo, o uso do telefone que está diretamente relacionado a capacidade auditiva, sendo esta a única entrada da informação (Cruz et al, 2012).

Nas perguntas realizadas pelo **Censo/IBGE**¹, identificamos mudanças na construção das perguntas realizadas no ano 2000 e 2010. No ano de 2000, sob a condição de utilizar o óculo ou lente durante a avaliação, perguntava-se como a pessoa avaliava sua capacidade de enxergar e como avaliava sua capacidade de ouvir. A pergunta era subjetiva, sendo respondida conforme as considerações do informante, que poderia considerar ser incapaz de enxergar, mesmo com uso de órtese, ou grande dificuldade permanente; esta resposta, grande dificuldade permanente, entende-se que o informante tem grande dificuldade de enxergar e é irreversível; a terceira resposta que poderia ser obtida é alguma dificuldade permanente, direcionando ao questionamento anterior, que, o informante relata ter sim alguma dificuldade

¹ No Censo/IBGE do ano 2000, a capacidade de enxergar, ouvir, caminhar e subir escadas, estavam condicionado ao quesito deficiência como característica do morador. Dado disponível: <http://www.ibge.gov.br/censo/questionarios.shtm>

de enxergar, porém esta dificuldade é permanente; e enfim poderiam responder que não apresentavam dificuldade alguma.

No ano de 2010, o **Censo/IBGE** alterou suas perguntas em relação a capacidade de enxergar e a capacidade de ouvir, sendo considerado uma melhora na formulação da pergunta. Perguntou-se ao informante se “*Tem dificuldade permanente de enxergar?*” e “*Tem dificuldade permanente de ouvir*” na condição de utilizar a órtese durante as respostas, logo, houve modificações na formulação das respostas; se não consegue de modo algum, ou possui grande dificuldade, ou alguma dificuldade ou nenhuma dificuldade. Percebeu-se que, com a modificação na formulação das perguntas, houve um aumento no número de pessoas com esta deficiência; O fato pode ser associado a mudança da pergunta ou simplesmente pelo aumento da população idosa está associado ao aumento de deficiências.

O IBGE após o Censo de 2000 ampliou a definição utilizada para portadores de deficiência para facilitar a identificação de pessoas deficientes e pessoas incapazes de ter uma vida independente.

Divergindo com a formulação do IBGE, o instrumento do **ISA/SP** englobou perguntas sobre a dificuldade de enxergar no capítulo sobre deficiência física referida, ou seja, se diante do relato de presença de uma deficiência física, era realizada as perguntas (1) “*tem dificuldade de enxergar – mesmo com óculos/lentes*”, (2) “*cegueira de um olho*”, (3) “*cegueira dos dois olhos*”; No mesmo bloco de perguntas sobre a visão, já constava as perguntas relacionadas a audição “*tem algum desses problemas – (4) dificuldade de ouvir; (5) Surdez de um ouvido; (6) Surdez de dois ouvidos*”. Caso o informante não apresentasse deficiência física, instruía-se que encerrasse o bloco e direcionasse ao seguinte.

De acordo com os primeiros resultados do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo ISA Capital-2008, 21% da prevalência de deficiência auditiva eram para homens de 60 anos e mais e 18,2% de prevalência para deficiência visual eram para mulheres de 60 anos e mais². A deficiência visual está associada ao envelhecimento por causa do processo degenerativo natural associados a presença de doenças da própria velhice e a deficiência auditiva foi relacionada a causas externa como primeira causa e doenças como segundo causa (Castro et al, 2008).

De forma mais minuciosa, o **Projeto SABE** busca as informações sobre a capacidade visual dos informantes através de perguntas mais especificadas, cujas respostas eram

² Dados disponíveis em: <http://www.fsp.usp.br/isa-sp/primeirosresultados.pdf>

objetivas, sendo sim, não, não sabem (NS) ou não respondeu (NR). Por ser um instrumento aplicado a população idosa, ele foi seletivo e perguntou: dificuldade para enxergar de longe e de perto; a contribuição das respostas incluía a qualidade, quando pergunta-se “*como é sua visão para enxergar as coisas à distância*” e “*como é sua visão para ver de perto?*”; as respostas: muito boa; boa; regular; ruim; muito ruim; cego; NS e NR. Estas informações foram coletadas na seção sobre Estado Funcional do instrumento.

Para a capacidade auditiva perguntou-se se “*usa algum tipo de aparelho para ouvir melhor?*” restringindo a resposta a sim, não, NS e NR. Caso o informante relatasse não usar aparelho, era perguntado porque não usava aparelho, e as respostas eram *não precisa; nunca foi indicado; foi indicado mas não se acostumou; foi indicado mas não teve dinheiro para comprar; NS; NS*.

Cruz e colaboradores (2012) identificaram no Estudo Sabe que o aumento da idade repercutia no aumento proporcional da deficiência auditiva referida, cuja relação com a dificuldade em utilizar o telefone foi significativa. Esta informação possibilita a discussão sobre a inserção desta pergunta nos instrumentos de avaliação para investigação da deficiência auditiva. A deficiência visual referida está relacionada a faixa etária elevada, sexo masculino e presença de doenças osteoarticulares, relatos de tontura e vertigem.

Tabela 2. Comparação das questões sobre a CAPACIDADE DE ENXERGAR/VISÃO

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	DE	PERGUNTAS	RESPOSTAS
Censo/IBGE - 2000		Como avalia a sua capacidade de enxergar? (Se utiliza óculos ou lentes de contato, faça sua avaliação quando os estiver utilizando)	1- Incapaz; 2- Grande dificuldade permanente; 3- Alguma dificuldade permanente; 4- Nenhuma dificuldade
Censo/IBGE - 2010		Tem dificuldade permanente de enxergar? (se utiliza óculos ou lentes de contato, faça sua avaliação quando os estiver utilizando)	1- Sim, não consegue de modo algum; 2- Sim, grande dificuldade; 3- Sim, alguma dificuldade; 4- Não, nenhuma dificuldade.
PNAD – 2008	—	—	—
ISA/SP – 2008		O(a) Sr.(a) tem algum desses problemas? Pode haver mais de uma resposta Se o entrevistado não referiu nenhuma deficiência física, encerre o bloco e avance (bloco G) .	Dificuldade de enxergar, mesmo com óculos/lentes – 01 Cegueira de um olho – 02 Cegueira de dois olhos – 03 Dificuldade de ouvir - 04 Surdez de um ouvido – 05 Surdez de dois ouvidos – 06 Paralisia total ou parcial de membros. Especific.: _____ 07 Perda de membros ou parte deles. Especific. : _____ 08 Outro,especif. _____ 10 Não – 10 NS/NR – 99
SABE - 2000		Usa óculos ou lentes de contato para enxergar de longe?	Sim – 1 Não – 2 NS – 8 NR - 9

	<p>Normalmente como é sua visão para enxergar as coisas à distância? Usando óculos ou lentes, ou... sem óculos (se não usa) (Utilize a redação conforme a situação)</p>	<p>Muito boa – 2 Boa – 3 Regular – 4 Ruim – 7 Muito ruim – 10 Cego – 6 NS – 8 NR – 9</p>
	<p>O(a) Sr.(a) usa óculos ou lentes de contato para enxergar de perto?</p>	<p>Sim – 1 Não – 2 NS – 8 NR – 9</p>
	<p>Normalmente, como é sua visão para ver de perto? Usando óculos ou lentes ou... sem óculos (se não usa) (Utilize a redação conforme a situação)</p>	<p>Muito boa – 2 Boa – 3 Regular – 4 Ruim – 7 Muito ruim – 10 Cego – 6 Sabe a causa? _____ NS – 8 NR – 9</p>
	<p>Você usa óculos ou lente de contato?</p>	<p>1- Sim 2- Não</p>
PMS - 2005	<p>Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para ver de longe, isto é reconhecer uma pessoa conhecida do outro lado da rua a uma distância de mais ou menos 20 metros? Considerar o uso de óculos ou lente de contato, se usar.</p>	<p>1- Nenhum 2- Leve 3- Moderado 4- Intenso 5- Muito Intenso</p>
	<p>Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para ver de perto, isto é reconhecer um objeto que esteja ao alcance das mãos ou ao ler? Considerar o uso de óculos ou lente de contato, se usar.</p>	<p>1- Nenhum 2- Leve 3- Moderado 4- Intenso 5- Muito Intenso</p>
Projeto Epidoso – SP	—	—
Projeto Bambuí - MG	—	—

A **pesquisa Mundial de Saúde (PMS)** questiona a capacidade de enxergar do informante com a pergunta “*você usa óculos ou lente de contato?*” e a resposta é objetiva com sim ou não; prosseguindo com perguntas sobre o grau de dificuldade para ver de longe e perto.

Uma particularidade na pergunta apresentada pela PMS foi a condição da resposta estar associado nos últimos 30 dias; as respostas estavam vinculadas ao uso de órtese e respondidas em nenhum, leve, moderado, intenso e muito intenso a dificuldade de enxergar. As perguntas analisadas encontravam-se no módulo de Estado de Saúde.

Para investigar a audição, o instrumento pergunta “*Você usa aparelho auditivo?*” constituindo uma resposta objetiva: Sim ou não. Com a mesma lógica do questionamento visual, o instrumento visa identificar se o informante tem problemas de audição nos últimos 30 dias baseado nas respostas: nenhum, leve, moderado, intenso e muito intenso.

Comparando a capacidade funcional definida pela CIF-OMS (2004) com as perguntas elaboradas pelos instrumentos, podemos identificar que, os instrumentos perguntam diretamente sobre a “qualidade” visual dos informantes não correlacionando se esta dificuldade interfere na realização de suas atividades rotineiras essenciais. Contudo, estas perguntas quando correlacionadas a outras perguntas sobre capacidade de realizar as atividades diárias, podem direcionar uma possível causa para o aumento no número de dependência funcional. A reformulação das perguntas pode ser uma alternativa para alcançar a real relação entre funcionalidade e qualidade visual e auditiva.

O desenvolvimento de um instrumento capaz de identificar alterações auditivas e visuais na população idosa é de extrema importância, pois pode identificar a associação que esta alteração pode proporcionar na vida social e física do idoso (Strawbridge et al, 1996).

Tabela 3. Comparação das questões sobre a capacidade de ouvir/audição

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	PERGUNTAS	RESPOSTAS
Censo/IBGE - 2000	Como avalia a sua capacidade de ouvir? (Se utiliza aparelho auditivo, faça sua avaliação quando o estiver utilizando)	1- Incapaz; 2- Grande dificuldade permanente; 3- Alguma dificuldade permanente; 4- Nenhuma dificuldade
Censo/IBGE - 2010	Tem dificuldade permanente de ouvir? (se utiliza aparelho auditivo, faça sua avaliação quando o estiver utilizando)	1- Sim, não consegue de modo algum; 2- Sim, grande dificuldade; 3- Sim, alguma dificuldade; 4- Não, nenhuma dificuldade.
PNAD - 2008	---	---
ISA/SP - 2008	O(a) Sr.(a) tem algum desses problemas? Pode haver mais de uma resposta Se o entrevistado não referiu nenhuma deficiência física, encerre o bloco e avance (bloco G) .	Dificuldade de enxergar, mesmo com óculos/lentes – 01 Cegueira de um olho – 02 Cegueira de dois olhos – 03 Dificuldade de ouvir - 04 Surdez de um ouvido – 05 Surdez de dois ouvidos – 06 Paralisia total ou parcial de membros. Especific.: _____ 07 Perda de membros ou parte deles. Especific. : _____ 08 Outro,especif. _____ 10 Não – 10 NS/NR – 99
SABE - 2000	O(a) Sr.(a) usa algum tipo de aparelho para ouvir melhor?	Sim – 1 Não – 2 NS – 8 NR - 9

	O(a) Sr. (a) não usa aparelho porque?	Não Precisa – 1 Nunca foi indicado – 2 Foi indicado mas não se acostumou – 3 Foi indicado mas não teve dinheiro para comprar – 4 NS – 8 NR – 9
	Como o(a) Sr.(a) adquiriu seu aparelho?	O(a) Proprio(a) idoso (a) pagou – 1 Outra pessoa pagou – 2 Pelo sistema público (SUS) – 3 Pelo convênio/Plano de saúde – 4 Outros _____ 5 NS – 8 NR – 9
	Em geral, como o(a) Sr(a) diria que é a sua audição (com ou sem aparelho de audição)?	Excelente – 1 Muito boa 0 2 Boa – 3 Regular – 4 Má – 5 Surdo(a) - 6 NS – 8 NR – 9
	Você usa aparelho auditivo?	1- Sim 2- Não
PMS - 2005	Em geral, nos últimos 30 dias, em que grau você teve problemas de audição ? Leve em conta o aparelho auditivo, se usar.	1- Nenhum 2- Leve 3- Moderado 4- Intenso 5- Muito Intenso 6-
Projeto Epidoso – SP	—	—
Projeto Bambuí - MG	—	—

2.2 Cuidado Pessoal

A tabela 4 (quatro) está relacionada às perguntas realizadas para avaliação do cuidado pessoal, imprescindível para detectar o nível funcional da atividade básica de vida diária (ABVD).

De acordo com a CIF-OMS (2004), as tarefas de auto cuidado, presente no grupo de atividades e participação, são citadas como sendo lavar-se, secar-se, cuidar do corpo e partes do corpo (cuidar da pele, higiene dental, cuidados com cabelo e barba, cuidado com unhas das mãos e unha dos pés), cuidados relacionados com o processo de excreção (regulação da micção, regulação da defecação, cuidados durante a menstruação, etc), vestir-se (vestir roupa, despir roupa, calçar, descalçar, escolher roupa apropriada), comer, beber e cuidar da própria saúde (assegurar próprio conforto físico, controle da alimentação e da forma física e manter a própria saúde).

Ao analisarmos as perguntas realizadas pelos instrumentos, podemos perceber que o CENSO/IBGE não realizou nenhuma pergunta sobre as tarefas de auto-cuidado na aplicação do instrumento em 2000 e 2010. A esta “responsabilidade” ficou para a PNAD (suplemento de saúde) que, diante da presença de um problema de saúde, o informante respondia a questão “*tem dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro*”. Nota-se que o instrumento em questão abordou três atividades em uma única pergunta. LimaCosta e colaboradores (2007) identifica que, a forma de avaliação da capacidade funcional realizada por este instrumento possui limitações, uma vez que, há outras perguntas pertinentes para identificar o nível funcional para as atividades de vida diária, tais como a capacidade de vestir-se, caminhar pela casa, transferir-se da cadeira para a cama, entre outras. Normalmente as questões para identificar as limitações funcionais dos idosos devem ser realizadas de forma individual para obtenção da atividade que o idoso não consegue realizar (OMS, 2004). A formulação desta pergunta não corresponde as expectativas dos especialistas em Saúde do Idoso, pois impede a correlação dos seus resultados com outros estudos.

Situação semelhante pode-se encontrar no instrumento de avaliação ISA/SP - lembrando que a pergunta está sendo referenciada a uma pessoa que declarou ter pelo menos uma deficiência física – em que três ou mais atividades foram englobadas em uma mesma pergunta “ *Esse problema faz com que o(a) Sr(a) necessite de ajuda para*

seus cuidados pessoais? (tais como: tomar banho, vestir-se, alimentar-se, etc.). O ato de envolver mais de uma atividade em uma única pergunta, faz com que o objetivo de obtenção da capacidade para as atividades básicas de vida diária seja perdido. O resultado desta pergunta envolvia simplesmente em (0) *não se aplica*, (1) *não*, (2) *sim*, (9) *NS/NR*, sem necessariamente especificar qual das atividades seria capaz de realizar, pois uma vez respondido que sim ou que não, essa resposta englobaria a todas atividades relacionadas ao cuidado pessoal.

De forma específica, o estudo SABE, proporcionou o conhecimento sobre as atividades diárias de maneira detalhada, sendo assim, perguntando separadamente a capacidade de execução de cada tarefa, por exemplo, “*O(a) Senhor(a) encontra dificuldade para vestir a parte de cima do corpo (acima da cintura)?*”, logo, diante de uma pergunta muito específica, obter resposta sim, não, não sei, não respondeu, torna-se suficiente para identificar se o informante possui incapacidade para a execução da atividade.

Associado a esta pergunta havia outra pergunta sobre o auxílio na execução da atividade, buscando identificar se a atividade foi executada pelo informante ou se ele precisou de ajuda para executá-la e sempre que possível tentando identificar quem era o responsável pelo auxílio.

Para obtenção da capacidade funcional para tomar banho, o Estudo SABE restringiu sua pergunta em apenas “*O(a) senhor(a) tem dificuldade para tomar banho?*”, cuja resposta eram simplesmente sim, não, não sei, não respondeu. Esta pergunta foi seguida de uma complementar: “*O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum equipamento ou aparelho para tomar banho (como corrimão, barra de apoio, cadeira/banquinho)?*”. Percebe-se que, a segunda pergunta complementa a primeira, possibilitando compreender em que condições o informante consegue ou não tomar seu banho.

Ao analisar a pergunta sobre o cuidado com a higiene pessoal, pode-se perceber que este item envolve mais de uma ação, o que, hipoteticamente pode subestimar o objetivo da pergunta. Se analisarmos detalhadamente, lavar e secar as mãos requer menos esforço do que pentear o cabelo, sendo o último necessariamente necessitar de uma amplitude de movimento maior do que a primeira, assim como, maquiar-se requer mais coordenação de movimento do que lavar e secar o rosto. O envolvimento de opções distintas em uma mesma pergunta pode perder a especificidade na resposta.

Tabela 4. Comparação das questões de cuidado pessoal

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	PERGUNTAS	RESPOSTAS
Censo/IBGE - 2000	___	___
Censo/IBGE - 2010	___	___
PNAD - 2008	Normalmente, por problema de saúde, ___ tem dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro?	1 - Não consegue 3 – Tem grande dificuldade 5 – Tem pequena dificuldade 7 – Não tem dificuldade
ISA/SP - 2008	Esse problema faz com que o(a) Sr.(a) necessite de ajuda para seus cuidados pessoais? (tais como: tomar banho, vestir-se, alimentar-se, etc.)*	0 – Não se aplica 1 – Não 2 – Sim 9 – NS/NR
SABE – 2000**	O(a) Senhor(a) encontra dificuldade para vestir a parte de cima do corpo (acima da cintura)? <u>Precisa de supervisão ou de alguém que separe sua roupa?</u> () sim () não	Sim – 1 Não – 2 NS – 8 NR – 9
	O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para vestir a parte de cima do corpo (acima da cintura)? Se sim: O Idoso faz mais de 50% da atividade () sim () não Quem faz mais força? () idoso () cuidador	Sim – 1 Não – 2 NS – 8 NR - 9
	O(a) Senhor(a) encontra dificuldade para vestir a parte de baixo do corpo (abaixo da cintura)? <u>Precisa de supervisão ou de alguém que separe sua roupa?</u> () sim () não	Sim – 1 Não – 2 NS – 8 NR – 9
	O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para vestir a parte de baixo do corpo (abaixo da cintura)? Se sim: O Idoso faz mais de 50% da atividade () sim () não Quem faz mais força? () idoso () cuidador	Sim – 1 Não – 2 NS – 8 NR - 9
	O(a) senhor(a) tem dificuldade para tomar banho? <u>Precisa de supervisão?</u> () Sim () Não	Sim – 1 Não – 2 NS – 8 NR - 9

	O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum equipamento para tomar banho (como corrimão, barra de apoio, cadeira/banquinho)?	Sim – 1 Não – 2
		NS – 8 NR – 9
	O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para tomar banho? Se sim: O Idoso faz mais de 50% da atividade () sim () não Quem faz mais força? () idoso () cuidador	Sim – 1 Não – 2 NS – 8 NR – 9
	O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer sua higiene pessoal (lavar e secar as mãos, lavar e secar o rosto, pentear o cabelo, barbear-se ou maquiarse? <u>Precisa de supervisão ou de alguém que prepare o material necessário?</u> () Sim () Não	Sim – 1 Não – 2 NS – 8 NR – 9
	O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum equipamento ou aparelho para fazer sua higiene pessoal (lavar e secar as mãos, lavar e secar o rosto, pentear o cabelo, barbear-se ou maquiarse? (como luvas, extensor, ou qualquer material adaptado)	Sim – 1 Não – 2 NS – 8 NR – 9
	O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para fazer sua higiene pessoal (lavar e secar as mãos, lavar e secar o rosto, pentear o cabelo, barbear-se ou maquiarse? Se sim: O Idoso faz mais de 50% da atividade () sim () não Quem faz mais força? () idoso () cuidador	Sim – 1 Não – 2 NS – 8 NR – 9
PMS - 2005	Nos últimos 12 meses , o Sr(a) precisou de ajuda nos cuidados pessoais, como ir ao banheiro, se lavar, se vestir ou comer?	1- Sim Não 2-
Projeto Epidoso – SP***	Banhar-se: Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada. (1 ponto) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho. (0 ponto)	1 ponto – sem supervisão, orientação ou assistência pessoal 0 ponto – com supervisão, orientação ou assistência pessoal
	Vestir-se: Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externa e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos. (1 ponto) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido. (0 ponto)	1 ponto – sem supervisão, orientação ou assistência pessoal 0 ponto – com supervisão, orientação ou assistência pessoal

Ir ao Banheiro:	1 ponto – sem supervisão, orientação ou assistência pessoal
Dirigir-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda. (1 ponto)	0 ponto – com supervisão, orientação ou assistência pessoal
Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre. (0 ponto)	

Alimentação:	1 ponto – sem supervisão, orientação ou assistência pessoal
Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida por ser feita por outra pessoa (1 ponto)	0 ponto – com supervisão, orientação ou assistência pessoal
Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral (0 ponto)	

Projeto Bambuí - MG

Incapacidade para realizar uma ou mais das seguintes atividades da vida diária:	() Nenhuma
Tomar banho, vestir-se, transferir-se da cama para uma cadeira, ir ao banheiro ou alimentar-se	() 1
	() 2 ou mais

*A condição para a pergunta de cuidados pessoais, é a presença de uma deficiência que deve ser mencionado a quanto tempo a possui. A pergunta está em um bloco de deficiência física referida.

**As perguntas realizadas pelo instrumento SABE, são mais detalhadas e serão expostas em uma tabela separadamente para entendimento de sua particularidade.

***Para a avaliação funcional da população idosa avaliada no Projeto Epidoso, foi utilizado o *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living*. Neste estudo optamos por analisar a versão mais atual (1998) publicada na The Hartford Institute for Geriatric Nursing.

Em comparação a PNAD, a PMS englobou 4 atividades em uma única pergunta: “*Nos últimos 12 meses, o Sr(a) precisou de ajuda nos cuidados pessoais como ir ao banheiro, se lavar, se vestir ou comer?*”. A PMS não perguntou se o informante é capaz de executar aquelas tarefas mencionadas na pergunta e sim se precisou de auxílio para executá-las, caso a pessoa responda **não**, subentende-se que é um independente funcional. Mas se respondeu **sim**, não há especificidade para quais tarefas precisou de auxílio ou se foram todas as tarefas, direcionando a limitação encontrada no instrumento PNAD.

O Projeto Epidoso baseou suas perguntas sobre cuidado pessoal no instrumento de avaliação das atividades de vida diária de KATZ, logo, foram realizadas 4 perguntas separadamente sobre a capacidade de banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro e alimentação. As repostas nesse tipo de avaliação determinam um *score* que padroniza os dependentes funcionais e os independentes funcionais. As perguntas do instrumento pontuam conforme a capacidade do indivíduo realizar a atividade sem auxílio ou com um auxílio muito pequeno (gerando ponto) ou necessita de auxílio, caso contrário não consegue executar a tarefa (não ganha ponto). A proposta utilizada é semelhante a usada por profissionais da saúde na avaliação individual da capacidade funcional básica do idoso.

A variável utilizada para identificar a capacidade funcional da população idosa pelo Projeto Bambuí foi somente uma única pergunta que visava identificar se o informante possuía *incapacidade para realizar uma ou mais das seguintes atividades da vida diária*, citando as atividades, *tomar banho, vestir-se, transferir-se da cama para uma cadeira, ir ao banheiro ou alimentar-se*. Baseado nos subitens, a resposta poderia ser: nenhuma, 1 atividade ou 2 e mais atividades. A este instrumento não mencionou dificuldade para realizar uma determinada atividade, ou seja, o informante poderia ter capacidade de executar a atividade porém com dificuldade, logo, percebe-se que, a proposta deste estudo foi direcionada diretamente a capacidade de executar ou não uma ou mais das atividades citadas.

Discussão tem sido feita sobre a qualidade das perguntas elaboradas pelos instrumentos para captar o estado da capacidade funcional dos idosos, porém LimaCosta e colaboradores (2004) desperta atenção para as dificuldades e a importância de estudo cuja metodologia é de auto-avaliação (como os citados nesta pesquisa), que objetivam informações abrangentes da população alvo para atingir um controle potencial das variáveis.

Dentre os instrumentos avaliados para a atividade auto cuidado, detectamos que o instrumento SABE e Projeto Epidoso são os que possuem metodologia mais aproximada do que propõe a CIF-OMS (2004), portanto, considerados os inquéritos mais apropriados para avaliar o desempenho e qualidade da funcionalidade dos idosos para auto cuidado.

2.3 Atividades Domésticas

Na tabela 5 comparam-se as atividades domésticas/leves entre os instrumentos selecionados.

Em conformidade com a CIF-OMS (2004), a vida doméstica é uma parte das atividades avaliadas em *atividades e participação*, que consistem em obter um lugar para morar (comprar, alugar e mobiliar), adquirir alimentos, vestimentas e outras necessidades básicas, tarefas domésticas (preparar refeições, limpeza da casa, cuidar da roupa lavando e secando a roupa, limpeza da cozinha), reparações domésticas e cuidados com os objetos pessoais, da casa e dos outros.

As atividades domésticas estão englobadas no grupo de atividades instrumentais de vida diária, que são as atividades mais complexas e difíceis do dia-a-dia, exigindo do indivíduo autonomia e independência para viver (Lawton e Brody, 1969).

O CENSO/IBGE não realizou perguntas a respeito das atividades domésticas. A PNAD/IBGE realizou duas perguntas, onde uma englobava duas atividades em que o informante relatava, **por problemas de saúde**, “*ter dificuldade para empurrar mesa ou realizar consertos domésticos*”, e a segunda pergunta englobava três atividades em que o informante relatava, **por problemas de saúde**, “*tem dificuldade para fazer compras de alimentos, roupas e medicamentos sem ajuda?*”. Perguntas que envolvem mais de uma atividade diferentes entre si, causam confusão no entendimento do idoso informante, pois se ele responder *não consegue*, a interpretação é que não consegue realizar nenhuma das tarefas mencionadas. Em nenhuma das perguntas realizadas por este instrumento, possibilitou que o informante destacasse as atividades que possuía dificuldade e as que não possuía ter dificuldade em executa-las.

De acordo com a CIF-OMS (2004), é apropriado realizar as perguntas individualmente de maneira independente para então correlacionar com outros componentes e enfim designar a situação funcional do indivíduo.

Tabela 5. Comparação das questões sobre atividades domésticas/leves

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	PERGUNTAS	RESPOSTAS
Censo/IBGE - 2000	___	___
Censo/IBGE - 2010	___	___
PNAD – 2008	Normalmente, por problema de saúde, ___tem dificuldade para empurrar mesa, ou realizar consertos domésticos?	2 – Não consegue 4 – Tem grande dificuldade 6 – Tem pequena dificuldade 8 – Não tem dificuldade
	Normalmente, por problemas de saúde, ___tem dificuldade para fazer compras de alimentos, roupas e medicamentos sem ajuda?	1 – Não consegue 3 – Tem grande dificuldade 5 – Tem pequena dificuldade 7 – Não tem dificuldade
ISA/SP – 2008*	Em quantos dias na <u>última semana</u> o(a) Sr(a) fez atividades físicas moderadas por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> , como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão <u>dentro de sua casa</u> ?	___ dias Nenhum – 0 NS/NR - 9
	Esse problema (deficiência física) faz com que o(a) Sr(a) necessite de ajuda p/ suas atividades de rotina? (tais como: limpeza da casa, preparo de alimentos, compras, pagar contas, ir ao banco, etc.)	0 - Não se aplica 1 – Não 2 – Sim 9 – NS/NR
SABE – 2000**	O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer tarefas domésticas leves, tais como arrumar a cama, tirar o pó dos móveis, etc.?	Sim – 1 Não consegue – 3 – 8 Não – 2 Não costuma fazer – 4 NS NR – 9
	O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para as tarefas domésticas leves?	Sim – 1 NS – 8 Não – 2 NR – 9
	O(a) senhor(a) tem dificuldade em preparar uma refeição quente?	1 – Sim 3 – Não consegue 8 – NS 2 – Não 4 – Não costuma fazer 9 – NR
	O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para preparar uma refeição quente?	1 – Sim 8 – NS 2 – Não 9 – NR
	O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer as compras de alimentos?	1 – Sim 3 – Não consegue 8 – NS 2 – Não 4 – Não costuma fazer 9 – NR

	O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para fazer as compras de alimentos?	Sim – 1 NS – 8	Não – 2 NR – 9
PMS - 2005	Nos últimos 12 meses , o Sr(a) precisou de ajuda nas atividades domésticas, como comida, compras, limpeza da casa e lavagem de roupas?	1 – Sim 2- Não	
Projeto Epidoso – SP***	—	—	—
Projeto Bambuí - MG	<p>Compras:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Faz todas as compras independentemente - Só faz independentemente pequenas compras - Necessita de ser apoiado para fazer pequenas compras - Completamente incapaz de ir às compras 	<p>1 ponto 0 ponto 0 ponto 0 ponto</p>	
	<p>Cozinhar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planeja, prepara e serve adequadamente as refeições, de modo independente. - Prepara as refeições adequadamente, se lhe forem dados os ingredientes. - Aquece as refeições já preparadas ou prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada. - Necessita que preparem e sirvam as refeições. 	<p>1 ponto 0 ponto 0 ponto 0 ponto</p>	
	<p>Cuidado com a casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuida da casa sozinho ou com assistência ocasional (ex.: Ajuda para trabalhos domésticos mais pesados) - Faz trabalhos leves, como lavar a louça e fazer as camas. - Faz tarefas diárias leves mas não pode manter um nível aceitável de limpeza. - Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas - Não participa em qualquer atividade domésticas 	<p>1 ponto 1 ponto 1 ponto 1 ponto 0 ponto</p>	
	<p>Lavar Roupa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuida completamente da lavagem da roupa - Lava pequenas peças (meias, cuecas, etc) - Toda a lavagem da roupa é feita por outros 	<p>1 ponto 1 ponto 0 ponto</p>	

*O Isa/SP não foi um estudo específico para a população idosa, contudo, algumas perguntas se adaptadas conforme a idade, tende a permitir o conhecimento funcional da terceira idade.

O ISA/SP elaborou duas perguntas relacionadas as atividades domésticas, porém uma era destinada a resposta de quem relatou ter deficiência física e outra para os informantes gerais. A pergunta relacionada destinada especificamente as pessoas com deficiência física, “*Esse problema faz com que o(a) Sr(a) necessite de ajuda para suas atividades de rotina? (tais como: limpeza da casa, preparo dos alimentos, compras, pagar contas, ir ao banco, etc)*”, não é direcionada a realização da atividade específica, mas sim relacionada a necessidade de ajuda para alguma atividade de rotina. Estas atividades não foram perguntadas separadamente e sim englobadas em um conjunto de atividades que o informante poderia relatar necessitar de ajuda para realiza-las. De acordo com as respostas, subentende-se que, se respondesse não, significaria que não necessita de ajuda para nenhuma das atividades mencionadas.

Em relação a pergunta elaborada para as pessoas que não relataram ter deficiência física, foi perguntado ao informante, “*Em quantos dias na última semana o (a) sr(a) fez atividades físicas moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão dentro de sua casa?”*, portanto o informante deveria responder quantos dias ou Nenhum, caso não tivesse realizado nenhuma atividade. A essa pergunta vale ressaltar o destaque em sublinhado que o instrumento destaca, sendo portanto dado importância a questão de ele ter feito as atividades nas últimas semanas e não a meses ou anos passados. Outro destaque importante foi dado a importância de realização da atividade por pelo menos 10 minutos contínuos, para obtenção da condição em que o informante se encontra. De acordo com Matsudo e colaboradores (2002), o indivíduo que não consegue manter pelo menos 10 minutos de atividade contínua, é considerado sedentário, um dado notório em estudo que relacionam o aumento do sedentarismo com a elevação da idade.

O projeto SABE, destacou a importância das atividades domésticas com perguntas realizadas separadamente, onde uma pergunta busca identificar os idosos que possuem dificuldade para fazer as tarefas domésticas leves (englobando exemplos como arrumar a cama e tirar o pó dos móveis), possuem dificuldade em preparar uma refeição quente e os que possuem dificuldade para fazer as compras de alimentos. Nota-se que cada pergunta foi realizada separadamente seguida de uma pergunta em comum para todas, que, caso informasse dificuldade para realizar as tarefas, deveria responder se recebe ajuda de alguém para realiza-las.

O SABE vem demonstrando conforme análise realizada, que é um instrumento específico para avaliar e identificar as incapacidades funcionais que mais acometem os idosos.

A PMS buscou identificar a capacidade de realizar as atividades domésticas com uma única pergunta: “*Nos últimos 12 meses, o sr(a) precisou de ajuda nas atividades domésticas, como comida, compras, limpeza de casa de lavagem de roupas?*”. Percebe-se que o instrumento enfatizou a importância de ajuda nos últimos 12 meses, um período significativo. Outra questão a ser observada nesta pergunta é a presença de várias atividades em uma só pergunta, o que gera um viés na resposta, pois o indivíduo pode responder “sim” e a interpretação recai sobre a necessidade de o idoso ter recebido ajuda em todas as atividades ou o inverso, porém não há a opção de gerar uma resposta específica de quais atividades ele precisou de ajuda.

Baseado em um questionário estruturado e utilizado em diversas pesquisas, o Projeto Bambuí utilizou a *Escala de Lawton y Brody* para detectar as alterações das atividades instrumentais de vida diária. Na tabela 5, destaca-se perguntas separadamente sobre a capacidade de realizar compras, cozinhar, cuidar da casa e cuidar das roupas. Cada item era composto por 3 a 4 opções sobre a capacidade de execução da atividade e pontuadas em 1 ou 0 ponto. A escala completa possui 8 itens a serem avaliados com 31 subitens compreendendo entre 1 e 0 pontos. O idoso que alcançar 8 pontos é considerado Independente e o idoso que alcançar 0 pontos é considerado dependente funcional.

2.4 Tarefas pesadas

As tarefas pesadas, são atividades realizadas pelos idosos e que são abordadas pela CIF-OMS (2004) no segmento *Tarefas Domésticas* e *Cuidar dos objetos da casa e ajudar os outros* do capítulo *Vida Doméstica*. As tarefas pesadas abordadas pela CIF, envolvem atividades de preparar refeições e realizar as tarefas domésticas comuns como: limpar a casa, lavar a roupa, armazenar alimentos, remover o lixo, varrer o chão, lavar mesas e paredes, limpar sapatos. Para cuidar dos objetos da casa, são consideradas as atividades de manutenção e preservação do ambiente domiciliar, tais como: cuidados com as plantas, pintar ou colocar papel de parede nos cômodos, consertar móveis, tratar de animais e outros.

Na tabela 6 (seis) ocorre a comparação das questões sobre as tarefas pesadas ou amplamente consideradas como atividades instrumentais de vida diária. Os instrumentos avaliados neste item foram PNAD, ISA/SP e SABE por serem os únicos a elaborarem e aplicarem perguntas para tal questão.

A PNAD englobou quatro atividades em uma mesma pergunta: “*Normalmente por problemas de saúde, tem dificuldade para correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalho pesado?*”. Atenção deve ser dada a importância das palavras problemas de saúde pois é uma condição para responder a pergunta em questão. Repetindo a construção das perguntas anteriores, este instrumento engloba 4 atividades em uma única pergunta, subentendendo que, a pessoa que consegue realizar uma ou duas das atividades mencionadas será englobada como capaz para a realização de todas as atividades envolvidas. Pesquisa com resultados da PNAD 1998 e 2003 identificaram que para esta questão, houve um maior comprometimento das funções dos idosos, apresentando grande dificuldade para a execução das tarefas (Lima-Costa et al, 2003; Costa, 2006).

Pelo instrumento ISA/SP foram identificadas duas perguntas que correspondiam as atividades pesadas, como (1) *carpir, lavar o quintal, esfregar o chão* e (2) *correr, fazer exercícios aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer jogging*, sendo que, a condição para responder adequadamente deveria levar em consideração a *quantos dias na ÚLTIMA SEMANA o (a) Sr(a) fez atividades físicas vigorosas POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS*. Praticar uma atividade física vigorosa por pelo menos 10 minutos está relacionado as atividades domésticas e de lazer, logo, pode ser considerada uma atividade por permitir que o idoso se mantenha ativo fisicamente (Mazo et al, 2005).

Para identificar a capacidade funcional para as atividades pesadas, o Projeto SABE, perguntou separadamente se o informante possui dificuldade para *puxar e empurrar grandes objetos, levantar ou carregar pesos maiores de 5Kg, realizar tarefas domésticas pesadas tais como lavar roupa, limpar o chão, limpar o banheiro, etc?* As respostas eram consideradas *sim, não, não pode, pode, mas não faz e NR*.

Nota-se que entre os instrumentos analisados, nenhum perguntou a capacidade de empurrar e puxar um grande objeto, porém pode estar subscrito nas palavras *realizar trabalho pesado* no instrumento PNAD.

Outra pergunta importante que o SABE especifica é as tarefas domésticas pesadas, demonstrando para o informante o que é considerado uma atividade pesada para fins domiciliares como *lavar a roupa, limpar o chão, limpar o banheiro, etc?* Este comportamento facilita para o informante na compreensão do termo amplo – Tarefas domésticas pesadas.

A análise desta variável é mais evidente com mulheres, uma vez que homens não costumam realizar algumas atividades domésticas, tanto leves como pesadas. Esta informação

é importante para analisar os resultados dos instrumentos, uma vez que, provavelmente o índice de capacidade de execução destas tarefas será mais favorável ao público feminino do que o masculino (Duarte et al, 2005).

Atenção deve ser priorizada a esta variável, uma vez que o seu comprometimento pode ser um indicativo no decréscimo da capacidade funcional do indivíduo, sendo portanto, importante a intervenção para minimizar as perdas funcionais, evitando que essas perdas afetem as habilidades de execução das atividades básicas (Duarte et al, 2005; Parahyba e Simões, 2006).

2.5 Mobilidade

A mobilidade é um capítulo da CIF-OMS (2004) que define o movimento do corpo em uma determinada situação. A mobilidade está relacionada às mudanças da posição do corpo, buscando compreender sua capacidade de andar, correr, subir, descer, agachar, manusear objetos e outros.

No capítulo de mobilidade presente na CIF, são consideradas manutenção e mudanças da posição do corpo o ato de *deitar-se, agachar-se, ajoelhar-se, sentar-se, pôr-se em pé, curvar-se mudar o centro de gravidade do corpo, permanecer deitado e demais posturas citadas, mover-se de uma superfície para outra.*

O movimento também é analisado pelo *andar*, tal como se passeia, com movimentos suaves e organizados; pelo *deslocar-se*; pelo *uso de transporte*; pelo *conduzir*. O *andar* é analisado em relação a distância cumprida, como andar distâncias menores de 1 Km, andar distâncias maiores que 1Km, andar em superfícies diferentes (areia, grama, neve, cascalho, pedras, etc.), andar contornando obstáculos. O *deslocar-se* é analisado pela aptidão de gatinhar, subir e descer escadas, correr, saltar e nadar, assim como, a movimentação em ambientes diferentes como dentro da própria casa ou a casa de outras pessoas. O *uso de transporte* incluiu atividades do uso de transporte como passageiro, como motorista, utilizando transporte de tração humana, motorizado, privado e público. O *conduzir* significa controlar e mover sob o próprio comando.

Tabela 6. Comparação das questões sobre tarefas pesadas

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	PERGUNTAS	RESPOSTAS	
Censo/IBGE – 2000	___	___	
Censo/IBGE – 2010	___	___	
PNAD – 2008	Normalmente, por problema de saúde, ___ tem dificuldade para correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalho pesados?	2 – Não consegue 4 – Tem grande dificuldade 6 – Tem pequena dificuldade 8 – Não tem dificuldade	
ISA/SP – 2008*	Em quanto dias na <u>última semana</u> o(a) Sr.(a) fez atividades físicas vigorosas no jardim ou quintal por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão?	___ dias Nenhum – 0 NS/NR - 9	
	Em quantos dias da <u>última semana</u> o(a) Sr(a) fez atividades físicas vigorosas no seu tempo livre por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> como correr, fazer exercícios aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer jogging?	___ dias Nenhum - 0 NS/NR – 9	
SABE – 2000**	Tem dificuldade para puxar ou empurrar grandes objetos, como uma poltrona?	1 – Sim 2 – Não 3 – Não Pode 4 – Pode mas não faz 9 – NR	
	Encontra dificuldade em levantar ou carregar pesos maiores que 5Kg, como sacola de compra pesada?	1 – Sim 3 – Não Pode – NR	2 – Não 4 – Pode mas não faz 9
	O(a) senhor(a) tem dificuldade para realizar tarefas domésticas mais pesadas, tais como lavar roupa, limpar o chão, limpar o banheiro, etc.?	Sim – 1 Não consegue – 3 – 8	Não – 2 Não costuma fazer – 4 NS NR - 9
	O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para as tarefas pesadas da casa?	Sim – 1 – 8	Não – 2 NS NR – 9
PMS - 2005	___	___	
Projeto Epidoso – SP***	___	___	
Projeto Bambuí - MG			

Na tabela 7 (sete), foram agregadas as perguntas sobre mobilidade física relacionados a transferência de posturas. Esta variável é importante para a manutenção da vida social dos idosos e a elevação do número de pessoas que não consegue realizar esta atividade podem sugerir perda da autonomia (Giatti e Barreto, 2003; Lima-Costa et al, 2003).

Mantendo a linha da PNAD na formulação de suas perguntas, *normalmente por problema de saúde*, o instrumento buscou identificar os informantes que possuíam *dificuldade para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se* através das respostas semelhantes a todas as anteriores: *Não consegue, tem grande dificuldade, tem pequena dificuldade, não tem dificuldade*. Esta pergunta apresentou três atividades que respondem a uma finalidade, a capacidade de trocar de posturas, logo, difere das demais perguntas que foram elaboradas por este instrumento quando englobava mais de uma atividade em uma única pergunta possibilitando confusões na interpretação do informante.

Similarmente, o Projeto SABE adotou formulação semelhante ao Instrumento da PNAD, englobando as três atividades em uma única pergunta, porém divergindo na resposta: *sim, não, não pode, pode mas não faz, nr*.

Nota-se que na PNAD o instrumento pergunta se o informante possui dificuldade diante de um problema de saúde, quanto que o SABE não estipula uma condição para relatar dificuldade na execução da função.

Além da informação sobre a transferência de postura em *curvar, se ajoelhar ou se agachar*, o Projeto SABE buscou informações sobre a dificuldade na execução de outras posturas como: *Tem dificuldade para deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar da cadeira/cadeira de roda? Tem dificuldade para ir ao banheiro (incluindo sentar e levantar do sanitário)?* Nota-se que na última pergunta o maior objetivo era identificar a dificuldade de utilizar o sanitário (objeto).

Se houvesse identificação de dificuldade de realizar as posturas, era perguntado se *Utilizou alguma vez algum aparelho ou instrumento de apoio* que os auxiliasse a realizar a troca de postura.

O Projeto Epidoso, analisou a capacidade de transferência baseado no questionário *ADL Index* proposto com Katz. Neste instrumento é considerado a transferência *Sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira sem ajuda*. *Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis*, para adquirir pontuação, caso precisasse de ajuda para realizar a troca de postura não seria pontuado. Quanto maior o número de pontos captado neste questionário, melhor é o nível funcional do idoso.

Tabela 7. Comparação das questões sobre Mobilidade/Transferência

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	PERGUNTAS	RESPOSTAS
Censo/IBGE - 2000		
Censo/IBGE - 2010		
PNAD - 2008	Normalmente, por problema de saúde, ___ tem dificuldade para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se?	1 – Não Consegue 3 – Tem grande dificuldade 5 – Tem pequena dificuldade 7 – Não tem dificuldade
ISA/SP – 2008	___	___
	Tem dificuldade em se curvar, se ajoelhar, ou se agachar?	1 – Sim 3 – Não pode – NR 2 – Não 4 – Pode mas não faz 9
	O(a) senhor(a) tem dificuldade para deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar da cadeira/cadeira de roda?	1 – Sim 8 – NS 2 – Não 9 – NR
	<u>Precisa de Supervisão?</u> () sim () não	
	O(a) senhor (a) tem dificuldade para ir ao banheiro (incluindo sentar e levantar do vaso sanitário)?	1 – Sim 8 – NS 2 – Não 9 – NR
SABE – 2000	<u>Precisa de Supervisão?</u> () sim () não	
	O(a) senhor (a) recebe ajuda de alguém para deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar da cadeira/cadeira de roda?	1 – Sim 2 – Não 8 – NS 9 – NR
	O(a) senhor (a) recebe ajuda de alguém para ir ao banheiro e/ou usar o vaso sanitário?	
	SE SIM: O idoso faz mais de 50% da atividade () sim () não Quem faz mais força? () idoso () cuidador	

	O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum aparelho ou instrumento de apoio para deitar ou levantar da cama?	1 – Sim 2 – Não 8 – NS
	O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum aparelho ou instrumento de apoio quando usa o vaso sanitário?	9 – NR
PMS - 2005	_____	_____
Projeto Epidoso – SP***	Transferência: Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis (1 ponto) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira (0 ponto)	1 ponto – sem supervisão, orientação ou assistência pessoal 0 ponto – com supervisão, orientação ou assistência pessoal
Projeto Bambuí – MG		

A tabela 8 (oito) compara os instrumentos conforme as perguntas sobre a locomoção (mobilidade física). Esta variável tem se tornado um bom indicador para identificar o nível da capacidade funcional do idoso, colaborando no desenvolvimento de ações para prevenção e intervenção à saúde do idoso (Parahyba e Simões, 2006).

O CENSO/IBGE 2000 analisou esta variável através da pergunta *Como avalia sua capacidade de caminhar/subir escadas?*, considerando o uso de prótese e órtese para responder a questão. Contudo, em 2010, a questão foi reformulada e a pergunta modificou para: *Tem dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus?*. O termo dificuldade permanente estava inserido na composição das respostas do CENSO 2000 e foi reformulado, passando a compor a pergunta. Houve modificação na formulação das respostas, como de *incapaz para sim, não consegue de modo algum*; grande dificuldade permanente para *sim, grande dificuldade*; *alguma dificuldade permanente* para *sim, alguma dificuldade*; *nenhuma dificuldade* para *não nenhuma dificuldade*.

A PNAD analisou a capacidade de locomoção baseada em três perguntas separadamente, considerando: *Normalmente, por problema de saúde... apresenta dificuldade para subir ladeira ou escada (1); dificuldade para andar mais de um quilômetro (2); dificuldade para andar cerca de 100 metros*. A variável subir ladeira ou escada é um bom indicador para identificar declínio da capacidade funcional do idoso, permitindo intervenções como bom prognóstico (Alves et al, 2010). A variável andar mais de um quilômetro é considerada mais como uma medida de envelhecimento ativo do que capacidade de mobilidade física, uma vez que, em estudos variados os idosos têm apresentado pequena e grande dificuldade na realização desta atividade significativamente (Alves et al, 2008; Parahyba e Simões, 2008; Lima-Costa et al, 2003).

O Projeto SABE aplicou suas perguntas de forma diferente, apesar de o objeto ser o mesmo, identificando se o informante consegue realizar a atividade física normalmente. Dessa forma o instrumento elaborou suas perguntas se o informante *Encontra alguma dificuldade em subir vários lances de escada sem parar para descansar?*, caso apresente dificuldade era perguntado se *tem dificuldade em subir um andar pelas escadas sem descansar?* Esta preocupação em distinguir o nível da dificuldade não foi observada nos três instrumentos anteriores, ou seja, o idoso poderia relatar não ter dificuldade para subir ladeira ou escada, mas baseado na sua realidade de subir um andar somente, porém a resposta não seria a mesma se tivesse que subir mais andares.

A forma minuciosa com que o Projeto Sabe elabora as suas perguntas, nos remete a pensar até que ponto os demais instrumentos estão adequados com a realidade da população idosa. Talvez a PNAD e o CENSO por exemplo poderiam aumentar o número de opções de respostas ou reformular a pergunta de uma forma que engloba outras possibilidades de dificuldade para realizar a atividade em questão.

A terceira pergunta realizada pelo instrumento SABE foi se *tem dificuldade para correr ou trotar um quilômetro e meio ou 15 quadras?* Em seguida pergunta se *tem dificuldade em caminhar várias ruas (quadras)?* Percebe-se que a segunda pergunta induz uma confirmação da primeira, pois o idoso pode não ter noção de quilometragem e dizer que não consegue, porém quando relata que anda muitas ruas, confirmamos a sua capacidade de locomoção a distâncias maiores.

Caso a resposta persista negativa uma terceira pergunta é realizada: *tem alguma dificuldade para caminhar uma rua (quadra)?* Esta pergunta nos remete ao questionamento se o informante possui alguma dificuldade para andar 100m elaborado por outros instrumentos. Assim como os demais instrumentos, o Projeto SABE busca identificar os idosos que utilizam algum aparelho ou instrumento de apoio para andar, porém não agrega esta informação diretamente as perguntas e sim de forma isolada, diferente dos demais instrumentos.

A PMS analisa a utilização de equipamentos que possam auxiliar no desempenho das atividades e qual(is) seria(m) este(s) equipamento(s) que auxilia na execução do movimento. Após esta identificação, questiona se nos últimos 30 dias teve dificuldade para se locomover: *nenhum, leve, moderado, intenso e muito intenso*. Este instrumento busca identificar a mobilidade baseado em um fato recente, fato não apresentado pelos demais instrumentos.

Tabela 8. Comparação das questões sobre Mobilidade/Locomoção

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	PERGUNTAS	RESPOSTAS	
Censo/IBGE – 2000	Como avalia sua capacidade de caminhar/subir escadas? (Se utiliza prótese, bengala ou aparelho auxiliar, faça sua avaliação quando o estiver utilizando)	1 – Incapaz 2 – Grande dificuldade permanente 3 – Alguma dificuldade permanente 4 – Nenhuma dificuldade	
Censo/IBGE – 2010	Tem dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus? (Se utiliza prótese, bengala ou aparelho auxiliar, faça sua avaliação quando o estiver utilizando)	1 – Sim, não consegue de modo algum 2 – Sim, grande dificuldade 3 – Sim, alguma dificuldade 4 – Não, nenhuma dificuldade	
PNAD – 2008	Normalmente, por problema de saúde, ___ tem dificuldade para subir ladeira ou escada?	2 – Não consegue 4 – Tem grande dificuldade 6 – Tem pequena dificuldade 8 – Não tem dificuldade	
	Normalmente, por problema de saúde, ___ tem dificuldade para andar mais do que um quilômetro?	2 – Não consegue 4 – Tem grande dificuldade 6 – Tem pequena dificuldade 8 – Não tem dificuldade (<i>passa ao 10</i>)	
	Normalmente, por problema de saúde, ___ tem dificuldade para andar cerca de 100 metros?	1 – Não consegue 3 – Tem grande dificuldade 5 – Tem pequena dificuldade 7 – Não tem dificuldade	
ISA/SP - 2008	___	___	
SABE – 2000	1. Encontra alguma dificuldade em subir vários lances de escada sem parar para descansar?	1 – Sim 3 – Não pode	2 – Não 4 – Pode mas não faz
	2. Tem dificuldade em subir um andar pelas escadas sem descansar?	9 – NR	
	1. Tem alguma dificuldade em correr ou trotar um quilômetro e meio ou 15 quadras? 2. Tem dificuldade em caminhar várias ruas (quadras)? 3. Tem alguma dificuldade em caminhar uma rua (quadra)?	1 – Sim 3 – Não pode – NR	2 – Não 4 – Pode mas não faz 9

	O(a) senhor(a) tem dificuldade em atravessar um quarto caminhando? <u>PRECISA DE SUPERVISÃO?</u> () sim () não	1 – Sim 2 – Não 8 – NS 9 - NR	
	O(a) senhor(a) costuma usar algum aparelho ou instrumento de apoio para atravessar um quarto, caminhando?	1 – Sim 2 – Não 8 – NS 9 – NR	
	O (a) senhor (a) tem dificuldade para utilizar algum tipo de transporte como ônibus, taxi, etc. para ir a outros lugares sozinho(a), como ir ao médico, à igreja, etc.?	1 – Sim 2 – Não 3 – Não consegue 4 – Não costuma fazer 8 – NS	9 – NR
	Alguém o(a) acompanha para ajudá-lo(a) a subir ou descer de um transporte, lhe oferece transporte ou ajuda a conseguir um transporte (chama um táxi, por exemplo)?	1 – Sim 2 – Não 8 - NS 9 – NR	
PMS – 2005	Você usa algum equipamento ou aparelho para lhe ajudar no desempenho das atividades habituais?	1 – Sim 2 - Não	
	Qual ou quais destes equipamentos você faz uso?	a. Bengala b. Muleta c. Cadeira de rodas d. Andador e. Calçado ortopédico f. Outro _____	1. Sim 2. Não 1. Sim 2. Não 1. Sim 2. Não 1. Sim 2. Não 1. Sim 2. Não
	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para se locomover?	1 – nenhum 2 – Leve 3 – Moderado 4 – Intenso 5 – Muito intenso	
Projeto Epidoso – SP	_____	_____	

Projeto Bambuí - MG

Deslocações:

- Viaja independentemente em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro; 1 ponto
- Desloca-se de taxi, mas não usa transportes públicos; 1 ponto
- Viaja em transportes públicos quando acompanhado por outra pessoa; 1 ponto
- Viaja, limitado a táxi ou automóvel particular com assistência de outros; 0 ponto
- Não viaja de todo 0 ponto

2.6 Comunicação

A comunicação é um capítulo desenvolvido pelo CIF-OMS (2004) para tratar de características específicas e gerais da comunicação. As perguntas relacionadas a comunicação possuem um peso importante para definir a funcionalidade e incapacidade de *atividades e participação*, item importante da CIF.

Somente o Instrumento SABE realizou perguntas sobre a comunicação do idoso. As perguntas realizadas foram:

- O (a) senhor (a) tem dificuldade para telefonar?
 - 1 – Sim
 - 2 – Não
 - 3 – Não consegue
 - 4 – Não tem telefone
 - 8 - NS
 - 9 – NR

- O (a) senhor (a) recebe ajuda de alguém para telefonar?
 - 1 – Sim
 - 2 – Não
 - 8 – NS
 - 9 – NR

O uso de dispositivo e de técnicas de comunicação demonstra que o indivíduo consegue utilizar ou não de meios de comunicação, mantendo ou não contato com outra pessoa. Identificar se a pessoa se comunica, qual a forma e porquê não consegue se comunicar, é importante para a vida do idoso. Assim como a CIF diz que, uma variável não pode ser analisada isoladamente, o caso da comunicação por telefone não pode ser interpretado isoladamente, pois o não uso pode ser relacionada a outros fatores, como ausência de escolaridade, ou deficiências nas mãos, ausência da voz, etc.

Manter qualquer comunicação com o idoso é fundamental, pois permite obter informações diárias sobre sua condição de saúde. Este papel é comum entre amigos e familiares que buscam através de visitas e ligações telefônicas a possibilidade de saber como o idoso está e se o mesmo precisa de cuidados ou auxílio na execução de qualquer tarefa do seu dia a dia.

2.7 Vida Econômica

A vida econômica está relacionada a forma de utilização simples ou complexa do uso do dinheiro pelo idoso. A CIF incorpora esta habilidade às *atividades e participação*. O uso do dinheiro está descrito como sendo uma atividade instrumental de vida diária, ou seja, capacidade de executar tarefas que requerem autonomia. Estudos comprovam que, a primeira atividade instrumental que os idosos tendem a “perder”, é a dificuldade de gerir a sua própria vida financeira, sendo necessário o auxílio de outra pessoa (Costa et al, 2006).

Dois instrumentos utilizaram perguntas relacionadas a vida financeira, o projeto Bambuí e o Projeto SABE.

O projeto Bambuí perguntou:

Capacidade para tratar das finanças:

- Trata de assuntos financeiros independentemente (assina cheques, faz pagamentos, vai ao banco, etc), mantendo-se organizado; 1 ponto
- Trata dos assuntos diários mas necessita de ajuda para ir ao banco, ou tratar de assuntos mais complicados; 1 ponto
- Incapacidade para utilizar o dinheiro 0 ponto

A pontuação gerada em conjunto com outras perguntas ao longo do inquérito, permitiam o avaliador gerar um *score* que determinaria o nível funcional do idoso. Ser independente ou parcial dependente, identificam que o idoso possui competência e autonomia para gerir o seu próprio dinheiro.

O projeto SABE, buscou identificar com suas perguntas se o idoso possui dificuldade para cuidar do seu dinheiro e se precisa do auxílio de alguém para cuidar do seu dinheiro.

Tabela 9. Questão sobre vida econômica elaborada pelo SABE

O (a) senhor (a) tem dificuldade para cuidar do próprio dinheiro?	1 – Sim
	2 – Não
	3 – Não consegue
	4 – Não costuma fazer
	8 - NS
	9 – NR
O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para cuidar do seu próprio dinheiro?	1 – Sim
	2 – Não
	8 - NS
	9 – NR

Há semelhanças entre as perguntas elaboradas pelo Projeto Bambuí e pelo Projeto SABE, as diferenças estão entre capacidade e dificuldade respectivamente perguntadas pelos instrumentos de coleta. Ambas estão em conformidade com a proposta da OMS, perguntando isoladamente sobre uma atividade que pode determinar se o idoso é funcional ou incapaz. Não há na literatura discussões diversificadas sobre a influência da vida econômica na funcionalidade do idoso. Autores tem publicado que, a capacidade de gerir o próprio dinheiro está relacionada a preservação da autonomia do idoso (Fonseca et al, 2010).

De acordo com Alves e colaboradores (2008) a perda funcional possui uma sequência, onde primeiro o idoso terá perdas instrumentais, seguidas das atividades de mobilidade física e finalmente as atividades básicas de vida diária. Esta informação é importante para o aprimoramento na elaboração das perguntas e respostas de inquéritos e Censos, cujo objetivo é alcançar resultados mais fidedignos sobre o declínio funcional da população idosa precocemente.

4.3 Revisão bibliográfica do uso da Informação de funcionalidade nas pesquisas brasileiras

O terceiro capítulo foi desenvolvido de acordo com o objetivo, identificar os principais indicadores de capacidade funcional utilizados e publicados nas produções científicas nacionais e os principais achados e críticas realizadas pelos autores das pesquisas em relação aos instrumentos de coleta analisados.

Para a construção e análise desta etapa do trabalho, foi realizada uma pesquisa de revisão bibliográfica, cujo objetivo era identificar produções científicas que tivessem como desfecho de estudo, a capacidade funcional na pessoa idosa (60 anos ou mais) e que utilizaram os instrumentos de coleta determinados pela metodologia deste estudo (Censo, Suplemento de Saúde da PNAD, SABE, ISA/SP, PMS, Projeto Epidoso e Projeto Bambuí).

A metodologia utilizada para esta etapa do trabalho consistiu em realizar um levantamento bibliográfico das produções científicas nas bases de dados bibliográficas LILACS, Scielo e Pubmed. A estratégia de busca utilizada foi:

- Selecionar as pesquisas que abordassem os termos: capacidade funcional AND idoso AND instrumento de coleta determinado (inquérito e censo populacional) pela metodologia deste estudo;
- Realização da leitura dos resumos/abstract para detectar se a produção científica selecionada aborda os critérios proposto por este estudo;

- Leitura da metodologia das produções científicas e verificar a abordagem de questões sobre a funcionalidade;
- Busca manual das bibliografias dos artigos encontrados e que enquadravam no objetivo deste trabalho;
- As produções científicas deveriam estar publicadas nos idiomas: português, inglês e/ou espanhol;
- Em uma das bases de dados, a busca de informação não filtrava pesquisas feita com animais de laboratório, logo, foi essencial selecionar uma filtragem para realizar busca por pesquisas com humanos.

Não foi estabelecido ano de publicação, uma vez que o instrumento de coleta mais antigo analisado, foi o Projeto Epidoso, que teve seu projeto aprovado e as atividades iniciadas no início da década de 90 no século passado, logo se subentende que, as produções científicas foram publicadas após esta data.

Algumas produções científicas foram **excluídas** da seleção por abordarem: 1) grupo de causa específica com comprometimento da capacidade funcional tais como, cardiopatias, doenças respiratórias agudas e crônicas, alterações neurológicas congênitas, doenças progressivas do sistema locomotor, etc.; 2) atividades correlacionadas a capacidade funcional e qualidade de vida de pequenos grupos de idosos de uma determinada comunidade ou ambulatório; 3) outros instrumentos de coleta não selecionados pela metodologia deste estudo.

Foram identificados 25 artigos em conformidade com a metodologia determinada. Portanto, cada artigo foi analisado individualmente para a separação e comparação das informações disponíveis.

Após levantamento do material para análise, as produções foram fragmentadas para identificar as partes que interessavam a pesquisa, tais informações como:

- a) Autor (es), título da produção científica;
- b) Meio de comunicação da produção científica;
- c) Instrumento de coleta utilizado para desenvolvimento da pesquisa científica;
- d) Localidade abordada pelo instrumento de coleta (abrangência);
- e) Objetivo da pesquisa;
- f) Definição de Capacidade Funcional utilizado pelo(s) autor(es) da produção científica;
- g) As variáveis utilizadas pelo(s) autor(es), principalmente as variáveis de capacidade funcional;
- h) Os achados, críticas e conclusões do(s) autor(es).

Com a fragmentação, foi possível realizar análise das informações disponíveis nas produções científicas e verificar as semelhanças e diferenças existentes entre elas, possibilitando o desenvolvimento da discussão dos resultados encontrados.

As informações “a”, “b”, “c” e “e” foram distribuídas em uma tabela disponível no APÊNDICE A, para fins de conhecimento e comparação. São informações que foram expostas, porém não serão discutidas isoladamente neste trabalho.

As pesquisas após analisadas individualmente, foram tabuladas e descritas em uma tabela em que, cada produção científica será caracterizada por um número, que engloba autor(es), título, meio de comunicação, ano, tipo de instrumento utilizado e objetivo da pesquisa, disponível no APÊNDICE A. Porém, para melhor compreensão das informações a que nos propomos a analisar neste trabalho, as demais informações foram agrupadas em tabelas separadamente, permitindo o entendimento de cada etapa.

Analisando a abrangência dos instrumentos de coleta das informações sobre capacidade funcional do idoso, disposto na tabela 1, percebe-se que, 3 (três) instrumentos são de abrangência nacional, 1 (um) instrumento de abrangência estadual e 3 (três) de abrangência municipal, ressalvo os casos em destaque na tabela.

De acordo com a tabela abaixo, percebe-se que os instrumentos Projeto SABE, Projeto Epidoso e Projeto Bambuí, foram elaborados para uma amostra de pessoas idosas e que os demais foram realizados para uma população de todas as idades.

Tabela 10 – Análise dos instrumentos de coleta quanto ao número de entrevistados e abrangência das entrevistas.

<i>Instrumento de Coleta</i>	<i>Nº entrevistado</i>	<i>Abrangência local</i>
<i>CENSO 2000 e 2010</i>	+ de 100 milhões	Nacional
<i>PNAD (suplemento de saúde) 2008³</i>	391.868 pessoas 41.269 idosos	Nacional
<i>PMS</i>	5000 pessoas	Nacional
<i>ISA/SP</i>	6819 pessoas	Estadual
<i>SABE</i>	2143 idosos	Municipal*

³ Número de pessoas entrevistadas na pesquisa PNAD 2008 (suplemento de saúde), disponível em: <http://www.cbdl.com.br/index.php/noticias/13-pesquisa-faz-radiografia-da-saude-no-brasil> Número de idosos entrevistados na pesquisa PNAD 2008 (suplemento de saúde), disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a06v16n9.pdf>

<i>Projeto Epidoso</i>	1700 idosos	Municipal**
<i>Projeto Bambuí</i>	1606 idosos	Municipal

* O Projeto SABE foi desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) para ser aplicado em sete centros urbanos na América Latina e Caribe. No Brasil a cidade escolhida foi São Paulo, por esta razão, na tabela disposta, a abrangência do Projeto foi colocada como municipal.

** O Projeto Epidoso foi desenvolvido e aplicado na Vila Clementino, um bairro nobre da Cidade de São Paulo, porém em virtude do tamanho da amostra, optou-se manter a abrangência como municipal e destacando sempre esta importante informação.

Instrumentos de coleta de dados como Censos e inquéritos são boas fontes de dados disponíveis na geração de informação para a saúde. Permitem conhecer a saúde e os fatores de risco que permeiam uma população de acordo com período e localização geográfica. O primeiro inquérito serve como ponto inicial para futuras avaliações e comparações da saúde populacional (Malta et al, 2008).

Os estudos de abrangência nacional (Censo/IBGE, PNAD e PMS) são interessantes pois permitem a comparação dos resultados entre as regiões e estados do país e entre resultados de inquéritos e censos de outros países. A comparação realizada permite uma visualização sobre a qualidade da saúde em diversas dimensões (Monte e Pereira, 2009; Lima-Costa et al, 2007).

O estudo de abrangência estadual, ISA/SP, foi um estudo que abrangeu mais de uma cidade do estado de São Paulo, possibilitando agrupar um maior número de dados sobre as condições de vida e saúde e usos de serviços de saúde pela população. Não há estudos que discorrem sobre os pontos positivos e negativos de uma pesquisa desse porte, porém, seus dados são importantes para comparação da saúde da população de São Paulo com a de outros inquéritos, considerando a proporção da população analisada.

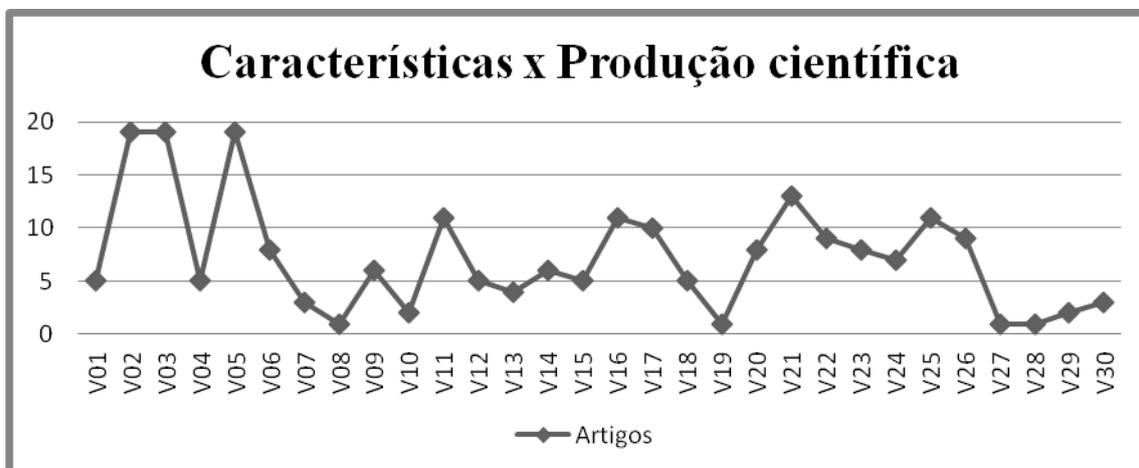
Estudo de abrangência municipal aborda um número menor de pessoas, como o Projeto SABE, Projeto Epidoso e Projeto Bambuí, possibilitando a pesquisa estruturar seus instrumentos de coleta de forma mais específica. Ao investigar a funcionalidade, autores tendem a usufruir de um número maior de perguntas mais específicas do que as elaboradas por instrumentos nacionais. A análise específica para a capacidade funcional pode ser considerada uma vantagem da pesquisa. Outra vantagem é o direcionamento da pesquisa para uma faixa etária específica, para esse caso, pessoas com 60 anos ou mais (Alves et al, 2007). Para análise das características da capacidade funcional, foi estabelecido um código para facilitar a visualização de tabelas, gráficos e interpretação dos resultados, conforme tabela 11.

Tabela 11. Desenvolvimento de códigos para cada característica de capacidade funcional utilizada nas produções acadêmicas.

Código	Características para capacidade funcional
V01	Atravessar um quarto caminhando
V02	Alimentar-se
V03	Ir ao banheiro e/ou usar o vaso sanitário
V04	Vestir e despir
V05	Tomar banho
V06	Praticar esportes
V07	Cuidar do próprio dinheiro
V08	Usar transporte
V09	Fazer compras/comprar comida
V10	Telefonar
V11	Fazer tarefas/consertos domésticos leves e pesados
V12	Tomar medicamentos
V13	Sair sozinho
V14	Deitar e levantar da cama ou cadeira (transferência)
V15	Preparar uma refeição quente
V16	Abaixar-se
V17	Ajoelhar-se
V18	Curvar-se
V19	Transferir-se da cama para uma cadeira
V20	Correr
V21	Subir escadas e/ou ladeira
V22	Levantar peso
V23	Trabalho pesado
V24	Empurrar uma mesa
V25	Caminhar cerca de 100m
V26	Caminhar mais de 1 km
V27	Caminhar 1500 metros sem cansar
V28	Calçar sapatos
V29	Pentear o cabelo
V30	Cortar unhas dos pés

Diante da tabela 11 podemos perceber que existem 30 características relacionadas a capacidade funcional, logo, com esta informação simplificada, podemos identificar quais variáveis são as mais utilizadas pelas produções científicas brasileiras, conforme gráfico 1.

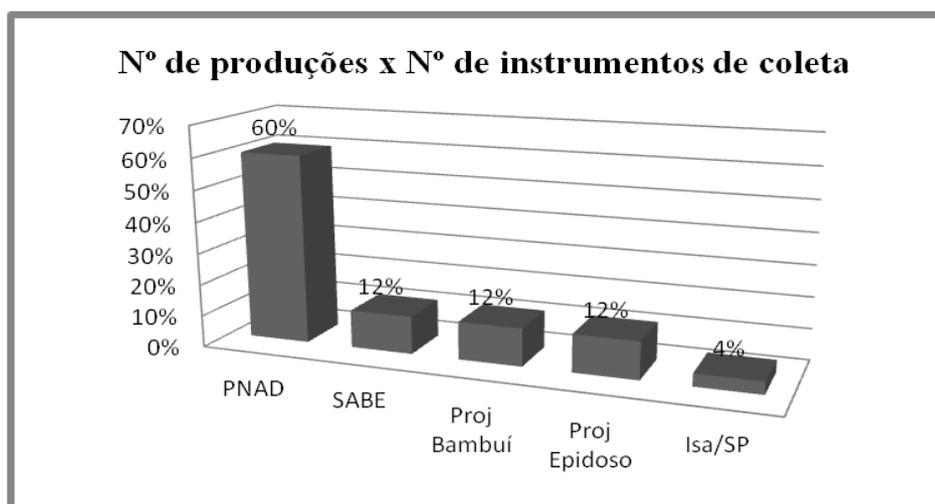
Gráfico 1. Correlação entre as características de capacidade funcional e produção científica.



As principais variáveis utilizadas pelas produções científicas foram V02, V03 e V05, presente em 19 produções das 25 analisadas. A variável V21 foi utilizada em 13 produções científicas e as variáveis V11, V16 e V25 foram utilizadas na análise de 11 produções científicas.

Uma possível explicação para o resultado, pode ser visualizado no gráfico 2, onde explicita que, 60% das produções científicas utilizam a PNAD (suplemento de saúde) como fonte de dados para propagação da informação sobre capacidade funcional. Este instrumento investiga a capacidade funcional do idoso através das variáveis V02, V03, V05, V11, V16, V21 e V25.

Gráfico 2. Número de produções científicas conforme tipo de instrumento de coleta utilizado para analisar a capacidade funcional do idoso.



Somente 12% das produções publicadas utilizaram os instrumentos Projeto SABE, Projeto Bambuí e Projeto Epidoso e 4% utilizaram do instrumento de coleta ISA/SP. Não foram encontrados produções científicas com os instrumentos PMS, CENSO/IBGE (2000 e 2010) que correlacionassem o tema capacidade funcional ou qualquer outro termo associado a este.

A PNAD (suplemento de saúde) ainda é um instrumento muito utilizado pelos pesquisadores para estudar diversas variáveis da saúde, inclusive a capacidade funcional do idoso. A razão deve-se a diversidade de variáveis (condições de saúde, sociais, demográficas, educacionais, etc) que o instrumento utiliza e a possibilidade de correlações entre as variáveis. Outra razão para a utilização deste instrumento é o tamanho da amostra, uma vez que este instrumento é aplicado nacionalmente, possibilitando comparar a realidade de diversas regiões (Lima-Costa et al, 2007; Parahyba e Veras, 2008).

A maioria dos autores que utilizaram das variáveis V02, V03 e V05 na análise de suas pesquisas (60%), questionam a qualidade da pergunta realizada.

Neste estudo, a análise das variáveis foram realizadas separadamente, porém, em instrumentos como a PNAD, as variáveis V02, V03 e V05, são aplicadas em um única pergunta, não possibilitando o informante desagregar as respostas.

Limitações como esta estão sendo discutidas pelos autores brasileiros, pois a acessibilidade das instalações sanitárias é diferente para diferentes grupos, por exemplo. Neste caso a resposta negativa para *ir ao banheiro* irá repercutir na informação gerada para *alimentar-se*, possibilitando uma interpretação de nível de capacidade funcional ruim. De

acordo com autores Parahyba e Veras (2008), “a dificuldade para alimentar-se/tomar banho/ir ao banheiro”, significa um prognóstico grave para indicador de capacidade funcional, ou seja, um estado avançado de perdas funcionais.

A segunda variável utilizada por 52% das produções científicas é a V21. Autores identificaram que esta variável é capaz de mensurar precocemente as perdas funcionais. Esta informação é importante para a intervenção precoce na saúde funcional do idoso, permitindo o desenvolvimento de ações preventivas na comunidade. A variável V21 associada a outros fatores como internação hospitalar e desigualdade econômica, interfere significativamente na saúde do idoso, tornando-o vulnerável ao declínio funcional (Alves et al, 2010).

Em terceiro lugar, as variáveis utilizadas por 44% das produções científicas são V11, V16 e V25. Estas variáveis foram elaboradas e aplicadas separadamente e estão relacionadas com a mobilidade física do idoso. A variável V25 é considerada moderada para incapacidade funcional, sendo considerada uma boa marca prognóstica para perdas funcionais dos idosos (Parahyba et al, 2005). O declínio da variável V16 é comumente relacionado ao aumento da idade (Lima-Costa et al, 2003). A variável V11 é considerada uma atividade instrumental de vida diária, não explorada nas pesquisas de amplitude epidemiológica. Não há contribuições significativas a respeito desta variável em relação aos seus resultados que possam contribuir na atenção ao idoso.

Para analisar e discutir as variáveis de capacidade funcional (CF), os pesquisadores correlacionaram as informações, base da pesquisa, com outras variáveis (socio-demográficas, sócio-econômico, condição de saúde, uso de serviços de saúde, gastos com medicamentos, suporte social e saúde mental/estado cognitivo) a fim de identificar a influência das variáveis no nível funcional do idoso.

As variáveis são subdivididas em características tais como:

1) Sociodemográficas:

- a. Sexo;
- b. Idade;
- c. Arranjo familiar (mora sozinho ou acompanhado);
- d. Educação (escolaridade);
- e. Número de filhos;
- f. Situação do domicílio;
- g. Etnia;
- h. Estado civil;
- i. Religião.

2) Socioeconômicas:

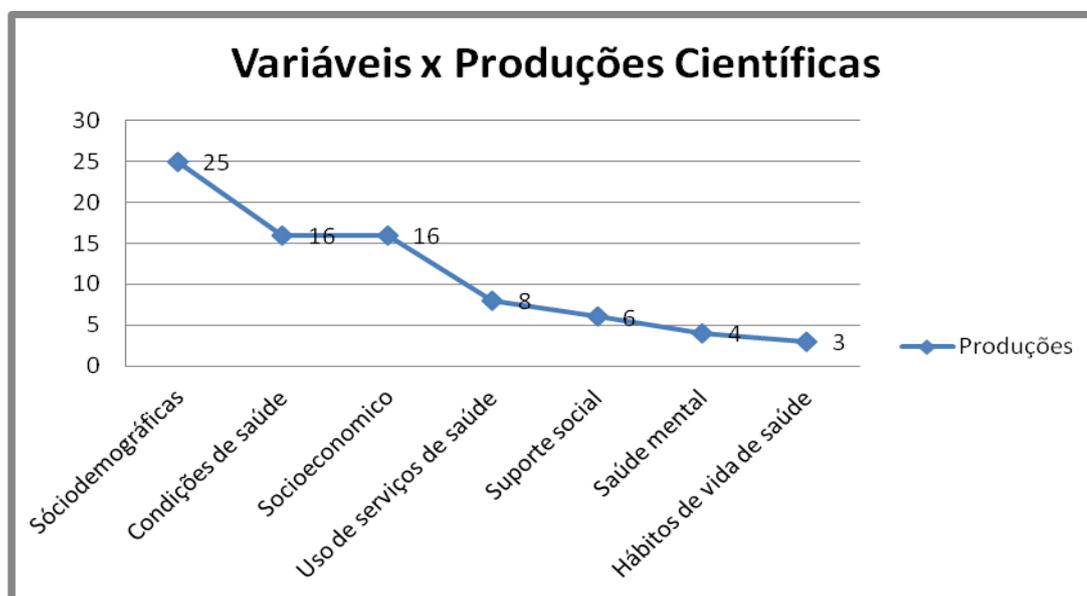
- a. Renda domiciliar;

- b. Fonte de renda.
- 3) Condições de saúde:
- a. Percepção da própria saúde;
 - b. Ter deixado de realizar quaisquer das atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas;
 - c. Ter estado acamado nas duas últimas semanas;
 - d. Presença de doenças crônicas.
- 4) Uso de serviços de saúde:
- a. Procura de atendimento médico nas duas últimas semanas;
 - b. Número de consultas médicas nos últimos 12 meses;
 - c. Tempo decorrido após a última visita ao dentista;
 - d. Número de internações hospitalares nos últimos 12 meses.
- 5) Consumo de medicamentos:
- a. Gasto com os mesmos nos últimos 30 dias.
- 6) O suporte social:
- a. Filiado a associações comunitárias;
 - b. Frequência a cultos religiosos;
 - c. Receber ajuda financeira da família;
 - d. Receber ajuda da família através de moradia;
 - e. Ter a companhia da família;
 - f. Prestar ajuda financeira à família;
 - g. Prestar ajuda à família oferecendo moradia;
 - h. Prestar ajuda à família fazendo companhia.
- 7) Hábito de vida relacionado à saúde:
- a. Fumante atual;
 - b. Consumo de álcool nos últimos 12 meses;
 - c. Atividades físicas durante os períodos de lazer nos últimos 90 dias;
 - d. Consumo de frutas ou vegetais frescos nos últimos 12 meses.
- 8) Estado cognitivo:
- a. Avaliado pelas pesquisas através de um questionário denominado *Mini – Mental State Examination de Folstein* (MMSE).

Em conformidade com o gráfico 3, as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e socioeconômicas são as mais utilizadas para identificar as alterações da capacidade funcional do idoso. A variável sociodemográfica possui diversas características, sendo a idade e o sexo as utilizadas em todos os estudos. A variável condição de saúde possui diversas características, porém as mais utilizadas pelos pesquisadores são a auto-percepção da saúde e a presença de doença crônica. O fator socioeconômico está presente em 16 artigos, devido ao

objetivo dos autores em correlacionar a renda domiciliar *percapita* com os indicadores de capacidade funcional.

Gráfico 3. Variáveis mais utilizadas pelas produções científicas para identificar alterações no nível da capacidade funcional dos idosos.



As características da variável sociodemográfica são comumente utilizadas para identificar a idade e o sexo com maior prevalência de incapacidades. Estudos identificaram que o aumento da idade é um fator para predisposição de incapacidade funcional do idoso, porém não é “regra” (Lima-Costa et al, 2003; Alves et al, 2008; Fiedler e Peres, 2008). Assim como, estudos tem demonstrado que as mulheres são mais suscetíveis às perdas funcionais. Justifica-se que a incapacidade funcional é prevalente em mulheres do que em homens, pois as mulheres atingem idades mais avançadas do que os homens entrevistados (Fiedler e Peres, 2008; Parahyba e Veras, 2008; Oliveira e Lima-Costa, 2011).

A prevalência de incapacidade para as variáveis V02, V03 e V05, são as mais influenciadas pelo fator idade (Lima-Costa et al, 2007).

A auto percepção da saúde é uma característica investigada por entre os autores para avaliar as condições de saúde da população idosa. No Brasil, a Pnad é a principal fonte de informação sobre a condição de saúde da população idosa. “É um instrumento particularmente útil para elaboração de análises descritivas de informações estatísticas” (Parahyba e Veras, 2008).

O nível de funcionalidade está relacionado com a auto percepção de saúde do idoso. Pessoas idosas que avaliam a saúde como ruim, estão mais vulneráveis para a dependência

funcional (Alves et al, 2010). Quanto pior a auto percepção da saúde maior é o comprometimento funcional (d’Orsi et al, 2011).

As doenças crônicas são características utilizadas para avaliar a condição de saúde do idoso. Conforme estudos de Alves e colaboradores (2007), as doenças crônicas influenciam na alteração da capacidade funcional do idoso. O diagnóstico de pelo menos uma doença crônica esteve associado à piora de saúde com o avançar da idade (Lima-Costa et al, 2001). O idoso brasileiro tem referido pelo menos uma doença crônica nas pesquisas nacionais e dificuldades para a realização de pelo menos uma atividade de vida diária (Ramos, 2003; Alves et al, 2010).

Estudos que utilizam do indicador de percepção da saúde em pesquisas com idosos, possuem um indicador consistente de mortalidade (Lima-Costa et al, 2007).

O uso da variável socioeconômica, renda domiciliar *per capita*, tem sido frequentemente utilizado em pesquisas. Autores tem identificado que, o idoso que possui maior renda tem menor prevalência de incapacidade (Parahyba et al, 2009; Parahyba e Veras, 2008). O fator baixa renda influencia na condição precária de saúde, menor uso de serviços de saúde e conseqüentemente alterações da função física (Lima-Costa et al, 2002; Lima-Costa et al, 2003; Alves et al, 2010).

Ainda são poucos os estudos que correlacionam as variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, condições de saúde e outros com as variáveis de funcionalidade. Mas para que haja pesquisas envolvendo variáveis de capacidade funcional, faz-se necessário entender o que é capacidade funcional.

Diante deste questionamento, foi realizada uma busca manual do conceito/definição de capacidade/incapacidade funcional utilizado pelos autores das produções científicas nacionais selecionadas nesta metodologia.

Das 25 produções selecionadas inicialmente por este estudo, somente 15 produções utilizaram algum conceito de capacidade/incapacidade funcional ao longo do seu texto. Na tabela 12, podemos observar as definições de capacidade/incapacidade funcional na elaboração dos textos das respectivas pesquisas.

Tabela 12. Definição/Conceito de Capacidade/Incapacidade funcional presente nas produções científicas nacionais

PROD. CIENTÍFICA	DEFINIÇÃO DE CAPACIDADE FUNCIONAL
------------------	-----------------------------------

1	<i>“A incapacidade funcional pode ser definida como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade. Por sua vez, a capacidade funcional se refere à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda imprescindível para proporcionar uma melhor qualidade de vida”.</i>
2	<i>“A capacidade funcional, em estudo da população idosa, é geralmente dimensionada em termos de habilidade e independência para realizar determinadas atividades”.</i>
3	Neste trabalho a capacidade funcional foi considerada como o grau de dificuldade para realizar pelo menos uma das três atividades da vida diária (alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro), que caracterizam a dependência extrema.
4	<i>Definição ausente</i>
5	<i>Definição ausente</i>
6	Definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) – <i>Incapacidade funcional como dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade.</i>
7	<i>Definição ausente</i>
8	Capacidade funcional é a aptidão de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma ⁴
9	Incapacidade funcional é a incapacidade em realizar atividades diárias de forma independente e a consequente perda da autonomia pessoal são consequências indesejáveis de prejuízo funcional a nível individual. A função física é a capacidade de uma pessoa para realizar as atividades físicas normais da vida diária (AVD). Deficiência ocorre quando uma pessoa tem problemas com a função física e tem enormes implicações sociais pessoais.
10	A capacidade funcional está condicionada a capacidade que o idoso possui de gerir a própria vida, podendo determinar e executar seus próprios designos. Uma pessoa que detém de autonomia e independência ⁵
11	A incapacidade funcional passa a ser então definida como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejada na sociedade. ⁶
12	A incapacidade funcional pode ser definida pela dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para uma vida independente na comunidade, como por exemplo, tarefas relacionadas à mobilidade. ⁷
13	A incapacidade funcional pode ser definida pelo grau de dificuldade no desempenho de atividades da vida diária.
14	A incapacidade funcional foi definida pelo relato de muita dificuldade ou total incapacidade para realizar três atividades da vida diária (AVD): alimentar-se, tomar banho ou usar o toailete.

⁴ Referência: Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública 2009; 43:548-554.

⁵ A definição de capacidade funcional descrita foi baseada na interpretação do texto desenvolvido pelo autor.

⁶ Definição de capacidade funcional retirada da referência: Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. Soc. Sci Med 1934; 38:1-14.

⁷ Definição da referência: Alves LC, Leite IC, Machado CI. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. Ciênc. Saude Coletiva, 2008; 13(4): 1199-207. ⁶

Definição da referência: Rosa TE, Benício MHD'A, Latorre MRDO, Ramos, LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública, 2003; 37(1): 40-48.

15	A capacidade funcional é a capacidade do idoso manter-se na comunidade, desfrutando de sua independência e manter suas relações sociais e atividades ⁸ .
16	<i>Definição ausente</i>
17	<i>Definição ausente</i>
18	<i>Definição ausente</i>
19	A incapacidade funcional tem sido definida como as dificuldades, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade ⁹ .
20	<i>Definição ausente</i>
21	<i>Definição Ausente</i>
22	<i>Definição ausente</i>
23	A incapacidade é definida como qualquer restrição ou falta de habilidade que um indivíduo sofra para desenvolver suas funções, dentro do que se considera normal para um ser humano. As incapacidades são as consequências das deficiências, exteriorizadas no plano do desempenho das atividades e do rendimento funcional.
24	<i>Definição Ausente</i>
25	Incapacidade é a dificuldade em realizar as tarefas diárias.

Conforme a tabela 12, relacionada a definição de capacidade funcional, percebe-se que as definições foram extraídas de outros autores e que mesmo ao longo das pesquisas dos autores, os mesmos não contrapuseram esta definição com nenhuma outra. Esta tabela é interessante por suas “falhas”, pois algumas pesquisas, mesmo abordando o tema capacidade funcional, não mencionaram a definição deste item ao longo de seus textos.

Definir capacidade funcional tem sido, ainda, um desafio entre os pesquisadores. Diversos autores utilizam uma definição baseada em pesquisas e livros de gerontologia. Poucos autores utilizam a definição universal desenvolvida pela OMS.

A definição da capacidade funcional do idoso, entre as pesquisas analisadas, foi semelhante entre si, portanto, os autores concordam que, a capacidade funcional pode ser definida como a habilidade que o idoso possui para realizar as atividades do dia a dia com independência e autonomia, sem precisar da ajuda de outro para executá-la, de acordo com as competências físicas e mentais. Logo, a incapacidade funcional será a dificuldade para realizar as tarefas do cotidiano de forma independente. As definições dispostas nos textos

⁸ Definição da referência: Ramos LR. A mudança do paradigma da saúde e o conceito da capacidade funcional, In: Ramos LR, Toniolo-Neto J, organizadores. Guia de Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Editora Manole, 2005. P.1-7.

⁹ Definição da referência: World Health Organization [WHO]. Disability prevention and rehabilitation. Geneva; 1981.

sempre correlacionam capacidade funcional com a habilidade, independência e autonomia de execução de tarefas diárias.

Alguns autores definiram a capacidade funcional direcionada ao objetivo do trabalho, como Lima-Costa e colaboradores (2007) que definiu a incapacidade funcional como uma dificuldade apresentada para realizar pelo menos uma das três tarefas apresentadas (alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro), limitando o conceito.

Autores como Parahyba e Simões (2006) utilizaram a definição de incapacidade funcional descrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em que é a dificuldade apresentada devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejada na sociedade. Assim como Parahyba e Veras (2008) e Parahyba e colaboradores (2005), que relacionaram a incapacidade funcional condicionada a uma deficiência, que dificulta na realização das atividades cotidianas.

Os demais autores não relacionaram a incapacidade funcional à presença de uma deficiência, como mencionado pelos autores que utilizaram o conceito da OMS. É importante ressaltar que a deficiência é definida pela CIF/OMS como problemas nas funções ou estruturas do corpo associados ao estado de saúde como um desvio importante ou perda (OMS, 2004).

A CIF-OMS (2004) não define o termo *capacidade funcional* ou *incapacidade funcional*, mas sim trabalha com os termos *Funcionalidade* e *Incapacidade*. O termo *capacidade* é considerado um qualificador para execução de tarefas em um ambiente padrão de atividades e participação. Há de ressaltar que, a *Funcionalidade* depende da integridade funcional e estrutural e das atividades e participações, caso haja deficiência ou limitação da atividade ou restrição de participação, isso será considerado *Incapacidade*.

Quando a autora Parahyba menciona em suas produções (6, 11 e 19) que a incapacidade está relacionada a uma deficiência, a autora está correta, pois de acordo com a CIF-OMS (2004) a deficiência é um aspecto negativo (quando afeta funções e estruturas) que pode gerar a incapacidade no indivíduo para executar alguma ação.

Aspecto interessante que foi observado é a ausência de definição da capacidade funcional para 10 dos artigos analisados, porém uma justificativa pode ser considerada para tal fato. Os artigos que não dispuseram definição da capacidade funcional não objetivaram analisar especificamente a funcionalidade do idoso e sim a condição de saúde correlacionada a outros fatores. Mas, por estarem de acordo com a metodologia desenvolvida, foram abordados na análise desta pesquisa.

O desenvolvimento de um estudo em capacidade funcional não é simples, ao contrário, tende a complexidade, principalmente quando a avaliação é feita por meio de um estudo epidemiológico. Alguns autores usufruíram do espaço de seus textos para publicar críticas, limitações encontradas em relação ao instrumento avaliado em suas pesquisas. Outros autores buscaram ater-se aos resultados e discussões, concluindo suas pesquisas ao objetivo principal.

A tabela 13 expõe as críticas, limitações e conclusões dos autores a respeito dos instrumentos e de suas pesquisas.

Tabela 13. Achados, críticas e conclusões das pesquisas nacionais sobre capacidade funcional do idoso

PCN*	Achados/Críticas/Conclusão
1	1) A Hipertensão arterial é a doenças crônica mais frequente entre os idosos. 2) Doenças com significativa influencia na dependência funcional dos idosos: Doença cardíaca; artropatia; doença pulmonar e hipertensão arterial. 3) A gravidade das doenças estudadas e o tratamento adotado podem ter influenciado as associações encontradas entre capacidade funcional e doenças crônicas. Dados que o Projeto SABE não contempla 4) Agrupamento de diferentes patologias sob a mesma denominação implica diferentes chances de desenvolver incapacidade. 6) Achados sugerem que a prevenção e o controle das doenças crônicas podem melhorar as atividades e, conseqüentemente, promover o bem-estar desta população.
2	1) Somente uma pequena parcela da população idosa teve alguma de suas atividades rotineiras interrompidas por problemas de saúde. 2) Hipertensão e artrite foram as doenças crônicas mais frequentemente relatadas. 3) Estudos de morbidade auto-referida, como a PNAD, podem subestimar as prevalências de doenças ou condições crônicas, devido a problemas de memória e/ou ausência de diagnóstico. 4) A prevalência de incapacidade para diversas atividades (exceto alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro) pode estar subestimada na PNAD 1998 em virtude de problemas metodológicos. 5) Razoável supor que aqueles com grande dificuldade ou incapacidade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro tenham sido excluídos do cômputo das demais incapacidades, levando a uma subestimativa destas.
3	1) A percepção da saúde, ou auto-avaliação da saúde, é um dos indicadores mais utilizados em pesquisas gerontológicas. O seu uso é justificado porque a pior percepção da saúde é um preditor robusto e consistente da mortalidade. 2) A proporção de entrevistas respondidas por outra pessoa nessa entrevista corresponde a 1/3 na faixa etária de sessenta anos ou mais. Porém, diante de uma pesquisa utilizando PNAD 1998 e 2003, mostrou que o uso de outro respondente não modifica a distribuição da auto-avaliação da saúde entre idosos. 3) A manutenção da capacidade funcional é um dos indicadores mais importantes do envelhecimento bem-sucedido. 4) Neste trabalho, outros dados de capacidade funcional mensurados pela PNAD (abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se, caminhar por certa distância, subir ladeira ou escada e atividades que requerem maior esforço) não foram considerados, pois há indícios de que as prevalências de incapacidades para essas atividades estejam subestimadas na referida pesquisa.

	<p>5) A prevalência de incapacidade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro foi a mais influenciada pela idade.</p> <p>6) Prevalência de Hipertensão arterial entre as idosas.</p> <p>7) A PNAD apresenta limitações como a insuficiência da informação sobre capacidade funcional. Limita-se a somente três das diversas atividades da vida diária, não incluindo, por exemplo, a capacidade para vestir-se, para transferir-se da cama para uma cadeira ou caminhar pela casa, entre outras.</p> <p>8) LIMITAÇÃO: as informações sobre as três atividades são obtidas por meio de uma única pergunta. Isso dificulta a comparação dos resultados brasileiros com os de outras populações.</p> <p>9) LIMITAÇÃO: a possível subestimativa das prevalências referentes aos demais indicadores de função física e/ou mobilidade, pela forma com a qual a pergunta é feita no questionário da PNAD.</p> <p>10) VANTAGEM: abrangência nacional da pesquisa; periodicidade; qualidade da informação; delineamento amostral; inclusão de vários assuntos que permitem investigar as condições de saúde da população brasileira e seus determinantes sob diversos prismas.</p> <p>11) O suplemento de saúde da PNAD é o primeiro inquérito com abrangência nacional que permite inferência para a população idosa brasileira (exceto interior da Região Norte) e as diversas faixas etárias que compõem esse segmento populacional.</p> <p>12) A PNAD pode ser útil no monitoramento e/ou vigilância das condições de saúde da população idosa brasileira.</p>
4	<p>1) Todos os indicadores utilizados mostraram uma piora do estado de saúde com aumento da idade.</p> <p>2) A capacidade de caminhar 1500 metros sem se cansar diminui significativamente com a idade e os homens de toda as faixas etárias apresentaram maior capacidade para caminhar em comparação às mulheres.</p> <p>3) O prejuízo das atividades habituais por problemas de saúde nas duas últimas semanas e maior nas faixas etárias superiores.</p> <p>4) Estudos seccionais com base populacional estão sujeitas a duas limitações:</p> <p>4.1) Os participantes mais velhos são sobreviventes (ou seja, aqueles expostos a fatores de risco têm maior probabilidade de morrer prematuramente);</p> <p>4.2) Os participantes são idosos não institucionalizados (ou seja, aqueles que vivem na comunidade tendem a ser mais saudáveis).</p> <p>5) Um viés de sobrevivência reduziria a magnitude das associações, favorecendo as associações encontradas no presente trabalho.</p>
5	<p>1) Não houve uma discussão específica para a variável <u>função física</u>.</p> <p>2) Foi destacado as dificuldades encontradas para a realização de investigações sobre a estrutura da auto-avaliação da saúde – a necessidade de informações abrangentes que permitam um controle adequado de potenciais variáveis de confusão.</p>
6	<p>1) Não foi utilizada uma escala de incapacidade funcional, elaborada com medidas levantadas no questionário da PNAD, por considerar que, embora muito frequentes nos estudos sobre avaliação funcional, as escalas nem sempre são eficientes indicadores do declínio funcional.</p> <p>2) A medida de mobilidade física é uma boa Proxy de incapacidade funcional.</p> <p>3) Seria importante poder avaliar, também, dificuldade em atividades instrumentais de vida diária, medidas que não foram ainda levantadas pela PNAD.</p> <p>4) Outro ponto importante a ser debatido é a separação das atividades básicas que, na forma atual do questionário PNAD, estão agregadas numa única pergunta, podendo dificultar a avaliação dessa limitação.</p>

7	<ol style="list-style-type: none"> 1) Necessário mais pesquisas correlacionando AIVD e renda. 2) Sexo, idade renda, escolaridade, raça e etnia foram fatores sócio-demográficos condicionados para as chances de dificuldades em AIVD.
8	<ol style="list-style-type: none"> 1) O acréscimo de questões relativas ao uso e indicação de aparelho auditivo, no Estudo SABE de 2006, permitiu maior precisão de possíveis deficiências auditivas referidas. 2) Houve pequenas variações devido às não respostas. Uma provável explicação pelas “não respostas” seria a dificuldade comunicativa que a deficiência pode provocar, ou pelo não entendimento da pergunta devido a dificuldade auditiva. Uma segunda hipótese seria a dificuldade do entrevistador no entendimento da resposta atribuída. 3) Por ser um questionário com informações autorreferidas, os achados sobre deficiência auditiva bem como sobre os fatores associados, podem estar superestimados ou subestimados. 4) Necessidade da compreensão auditiva para a realização dos testes específicos, como GDS e MEEM, fato que pode ter prejudicado o desempenho de idosos com deficiência auditiva nos referidos instrumentos.
9	<ol style="list-style-type: none"> 1) Os autores consideram como vantagem do estudo ser de natureza de base populacional, com elevadas taxas de resposta, tanto a linha de base e na 11ª onda de coorte, o uso das mesmas medidas em ambos os tempos e período de tempo entre as duas comparações (10 anos). 2) LIMITAÇÃO: viés de sobrevivência. 3) LIMITAÇÃO: autorelato.
10	<ol style="list-style-type: none"> 1) O fator renda interfere na composição familiar do idoso, uma vez que, quanto menor a renda maior a relação multigeracional e quanto maior a renda, opta-se pela moradia independente. 2) Os estudos longitudinais são bons para acompanhar os idosos por estudo de coorte, controlando os possíveis fatores de risco. 3) Prioridade do Sistema de Saúde deve ser a manutenção da capacidade funcional, para mantê-lo na comunidade por um tempo maior.
11	<ol style="list-style-type: none"> 1) Os Autores identificarem correlações significativas entre as variáveis de capacidade funcional, sociodemográfica e socioeconômica, permitindo identificar que em grandes regiões brasileiras (Sul e Sudeste) a taxa de incapacidade funcional é menor do que nas demais regiões e a baixa renda está relacionada a maior predisposição a perdas funcionais. 2) LIMITAÇÃO: a amostra não abrange a região rural Norte, somente sendo incluída a partir de 2004. 3) LIMITAÇÃO: não incluiu questões de Atividades instrumentais, cognição ou de saúde mental. 4) Em relação a variável “dificuldade para alimentar-se, ir ao banheiro ou tomar banho”, pode conter viés, uma vez que a acessibilidade a instalações sanitárias é diferente para diversos grupos em um país heterogêneo como o Brasil. E a inclusão de três atividades em uma única pergunta pode gerar distorção afetando a qualidade da resposta. 5) Apesar das limitações, o estudo possui robustez, devido ao amplo tamanho da amostra e sua cobertura ser nacional.

12	<p>1) A incapacidade funcional está associada ao sexo feminino, a maior idade, morar acompanhado, pior nível educacional, pior renda, avaliar a própria saúde como ruim, presença de doenças crônicas, internações, estados de regiões com desigualdade de renda e estado de saúde.</p> <p>2) LIMITAÇÃO: Poucos trabalhos sobre análise multinível e incapacidade funcional na literatura internacional;</p> <p>3) LIMITAÇÃO: Ausência de estudos no Brasil; 4) LIMITAÇÃO: Diferenças quanto às variáveis.</p> <p>5) Organização do sistema de saúde para promover a manutenção da saúde do idoso e uma vida livre de incapacidade.</p>
13	<p>1) Aumento da idade, comprometimento cognitivo e doenças crônicas são fatores de risco para a capacidade funcional.</p> <p>2) A manutenção do trabalho remunerado, relacionamento mensal com amigos, assistir TV e participar de atividades manuais foram fatores independentes de proteção à incapacidade funcional.</p> <p>3) Autopercepção de saúde e vida sexual são importantes preditores de incapacidade funcional.</p> <p>4) A padronização de escala para medir capacidade funcional por meio das ABD é necessária para uniformizar os estudos na área.</p> <p>5) Primeiro estudo longitudinal realizado para avaliar a perda funcional – determinando os fatores que relacionados a perda da capacidade funcional dos idosos.</p> <p>6) LIMITAÇÃO: Erros de classificação do desfecho devido a medida auto-referida de capacidade funcional e perdas de acompanhamento da coorte.</p>
14	<p>1) Durante a década estudada apresentou melhora significativa na autoavaliação da saúde e diminuição na prevalência de algumas doenças ou condições crônicas (aumento na hipertensão arterial e diabetes).</p> <p>2) A prevalência de incapacidade funcional permaneceu estável.</p> <p>3) A autoavaliação da saúde tem sido amplamente recomendada como um dos indicadores mais importantes para o monitoramento das condições de saúde da população. Melhora consistente na autoavaliação de saúde do brasileiro.</p> <p>4) A capacidade funcional é provavelmente a dimensão mais estudada da saúde dos idosos. 5) LIMITAÇÃO: O inquérito PNAD infere somente uma pergunta sobre AVD – <i>alimentar-se, tomar banho e ir ao banheiro</i>. Esta pergunta não permitiu investigar as tendências para cada atividade.</p> <p>6) Mudanças realizadas nas perguntas e respostas do inquérito, podem influenciar na mudança abrupta nas estimativas de prevalência das variáveis.</p> <p>7) O número de consultas médicas aumentou e o número de internações reduziu em todo o país.</p>
15	<p>1) LIMITAÇÃO: A estimativa de utilizar a tabela de vida para vários níveis de incapacidade funcional, considerando-se que a mortalidade que se comportam de forma igual para os mesmos níveis, que pode não necessariamente acontecer.</p> <p>2) LIMITAÇÃO: A utilização do período de dados específicos não incorporar possíveis mudanças em relação a melhorias nas condições de saúde e taxas de mortalidade na população.</p> <p>3) Atuar na prevenção para expandir a expectativa de vida sem restrições funcionais.</p> <p>4) Implementar políticas e medidas capazes de auxiliar tanto na prevenção quanto na reabilitação do idoso.</p>

16	<p>1) O exame de audiometria é tido como Padrão Ouro para estimar prevalência de deficiência auditiva. A escassez de dados de prevalência da deficiência auditiva na população brasileira poder ser atribuída às dificuldades e/ou impossibilidade para realização de exames de audiometria em estudo de base populacional.</p> <p>2) A prevalência de morbidades referidas pode ser subestimada, mediante problemas de memória e/ou ausência de diagnóstico.</p> <p>3) Não é possível saber se os idosos participam das atividades de lazer, pois os relatos são relacionados às dificuldades para realização das mesmas.</p> <p>4) A deficiência auditiva é maior entre os homens, indicando sobre a necessidade de aumentar as informações quanto a prevenção e fatores potencializador da presbiacusia.</p>
17	<p>1) Mulheres mais velhas são os consumidores de serviços ambulatoriais e homens mais velhos de cuidados hospitalares.</p> <p>2) Incapacidades temporárias e estabelecidas foram associados com o relatório de doenças crônicas e maior uso de serviços de saúde entre homens mais velhos e mulheres.</p> <p>3) Gênero e sexo influenciam nos cuidados com a saúde.</p>
18	<p>1) Aqueles que relataram saúde como ruim ou muito ruim foram semelhantes para alto grau de dependência na vida diária.</p> <p>2) Associação de incapacidade para realizar sem ajuda das atividades de vida diária para mulheres, viúvas, vivendo em domicílios multigeracionais, alta prevalência de doenças crônicas, distúrbios psiquiátricos e deficiência física.</p>
19	<p>1) O estudo pôde comprovar que o envelhecimento não é sinônimo de incapacidade funcional.</p> <p>2) O conhecimento sobre doenças crônicas seriam úteis para o entendimento de patologias e lesões que levam ao desenvolvimento de limitações funcionais, porém, as informações sobre doenças levantadas são autodeclaradas, o que é provavelmente de acurácia limitada.</p> <p>3) LIMITAÇÃO: Na questão “dificuldade para alimentar-se, ir ao banheiro ou tomar banho” pode introduzir um viés, devido as diferenças na acessibilidade das instalações sanitárias para diferentes grupos.</p> <p>4) LIMITAÇÃO: A extrema concentração de renda no Brasil dificultou a mensuração do risco de incapacidade funcional entre os grupos que se situavam abaixo do valor da mediana de renda.</p> <p>5) Estudos internacionais (países desenvolvidos) excluem idosos institucionalizados, o que é uma alta proporção, diferente do Brasil, em que a parcela idosa é menos de 1% institucionalizados.</p> <p>6) Em relação a prevalência de dificuldade para subir escadas, não houve destaque para o número de degraus e no Brasil, pode não ser uma tarefa familiar para muitos idosos.</p> <p>7) Ações preventivas voltadas para melhora a funcionalidade da população idosa.</p>
20	<p>1) A renda <i>per capita</i> possui relação com a função física do idoso, pois quanto menor a renda domiciliar, mais frequente é identificada a saúde como pior (relato dos idosos). 2) Idosos mais pobres relataram pior qualidade de vida.</p> <p>3) LIMITAÇÃO: Viés de sobrevivência</p> <p>4) LIMITAÇÃO: Estudos seccionais é a incapacidade de separar a causa do seu efeito (se a situação sócio-econômica levou a uma pior condição de saúde ou vice-versa).</p> <p>5) A prevalência dos indicadores de função física (exceto alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro), pode estar subestimada na PNAD 1998 em virtude de problemas metodológicos.</p> <p>6) Alto o número de casos sem informação entre aquele com renda familiar</p>

	menor.
21	<ol style="list-style-type: none"> 1) A saúde da população idosa pode ser descrita por meio de três perfis conforme método GoM: “idosos saudáveis”, “idosos com incapacidade funcional leve” e “idosos com incapacidade funcional grave”. 2) A capacidade funcional foi a grande definidora dos perfis de saúde dos idosos no Brasil. 3) O prejuízo da capacidade funcional segue uma sequência na qual o indivíduo passa, em primeiro lugar, pelo comprometimento nas atividades instrumentais de vida diária, seguido da perda na mobilidade e, por fim, nas atividades de vida diária. 4) A doença crônica não foi tão relevante para a caracterização dos perfis dos idosos. 5) Mulheres e os com idade mais avançada exibiram os piores perfis de saúde. 6) LIMITAÇÃO: Prevalências dos indicadores de doenças crônicas e capacidade funcional podem estar subestimadas ou sobre-estimadas, pois as informações foram obtidas por meio de auto-relato. 7) Imprescindível elaborar estratégias específicas voltadas para a manutenção ou recuperação da capacidade funcional dos idosos.
22	<ol style="list-style-type: none"> 1) Situação socioeconômica influencia igualmente a saúde dos idosos e adultos mais jovens do Brasil. 2) Piores condições de saúde, função física e menor uso de serviços de saúde, estão associados com menor renda domiciliar. 3) Piores condições socioeconômicas então relacionadas a percepção de saúde ruim assim como comprometimento das atividades cotidianas e pior qualidade de vida e menor uso de serviços de saúde pelos idosos. 4) LIMITAÇÃO: A renda domiciliar com base nos dados da PNAD/98 pode estar subestimada. Isso pode estar relacionado ao fato de se considerar na referida pesquisa apenas a renda proveniente do trabalho da aposentadoria e pensão, desconsiderando-se informações relativas a patrimônio e outros rendimentos. 5) LIMITAÇÃO: Uso de outro respondente na entrevista. 6) LIMITAÇÃO: Viés de sobrevivência (indivíduos com pior renda apresentam menor sobrevida) pode ter contribuído para diminuir as forças das associações entre nível socioeconômico e saúde, sobretudo entre os idosos.
23	<ol style="list-style-type: none"> 1) Diferentes indicadores e medidas para avaliação dos níveis de limitação e restrição da atividade física são utilizados nos inquéritos populacionais. 2) A idade avançada é um fator predisponente para incapacidade funcional. 3) A PNAD tem possibilitado a análise dos padrões de limitação das atividades habituais na população brasileira. 4) Mulheres e os indivíduos com mais idade apresentaram limitações com maior frequência e em maior grau. 5) A confiabilidade e a validade das escalas de funcionalidade no que se refere à caracterização do declínio funcional, deve ser alvo de investigação específica. 6) LIMITAÇÃO: viés do informante – terceiros respondiam ao questionário. A realização de inquéritos de base populacional, como os suplementos saúde da PNAD, é de grande importância.

24	<p>1) A dificuldade em andar mais de 1 quilômetro, em andar mais de 100 metros e a dificuldade com a alimentação/ tomar um banho ou ir ao banheiro, foram selecionados como sendo os melhores marcadores de incapacidade leve, moderada e grave respectivamente. 2) Baixa renda e menor escolaridade são fortes fatores de risco para o aumento da deficiência.</p> <p>3) A educação é um marcador dominante na diferença da deficiência.</p> <p>4) LIMITAÇÃO: A amostra rural não é completa.</p> <p>5) LIMITAÇÃO: A cobertura sobre a incapacidade funcional é somente a nível de funcionamento físico e nenhuma medida cognitiva e mental.</p> <p>6) LIMITAÇÃO: Resultado obtido por auto-relato, limitando a totalidade de um dado.</p> <p>7) LIMITAÇÃO: A resposta para incapacidade na alimentação, ir ao banheiro e tomar banho, pode ser influenciada pela diversidade das instalações para diferentes grupos.</p> <p>8) LIMITAÇÃO: Para a variável renda, pode haver uma tendência para trabalhadores com baixos salários, uma vez que são registrados valores menores que o valor real.</p> <p>9) VANTAGEM: É a amostra muito grande e de cobertura nacional, podendo fornecer dados sobre a deficiência de pessoas idosas no Brasil.</p>
25	<p>1) Quanto maior a renda, menor a prevalência de deficiência.</p> <p>2) LIMITAÇÃO: O auto-relato da renda é um valor aproximado.</p> <p>3) VANTAGEM: Amostra muito grande, cobertura quase nacional, o conjunto de dados inclui as principais variáveis demográficas e socioeconômicas, além de informações sobre deficiência.</p>

Os idosos em sua maioria podem apresentar pelo menos uma doença crônica, mas não necessariamente está associado a incapacidade funcional.

A idade foi mencionada em muitos estudos, confirmando que, o aumento da idade é um fator influente no declínio funcional; assim como a percepção da saúde, pois quanto melhor o idoso perceber sua saúde, melhor será a capacidade funcional relatada.

Diversos autores discorrem sobre a necessidade de ações de prevenção e manutenção da capacidade funcional, para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

O uso de outro informante não é o mais adequado para pesquisas de nível epidemiológico.

As principais limitações encontradas entre as pesquisas são relacionadas ao instrumento PNAD (Suplemento de Saúde), Projeto Epidoso e Projeto Bambuí. Dentre as limitações mais citadas estão:

- 1) Insuficiências de informação sobre capacidade funcional;
- 2) Uso de três atividades em uma mesma pergunta;
- 3) Ausência de perguntas sobre atividades instrumentais de vida diária;
- 4) Ausência de perguntas sobre o estado cognitivo/mental;
- 5) Subestimativa de prevalência dos indicadores de função física e/ou mobilidade;
- 6) Idosos sobreviventes;

- 7) Idosos não institucionalizados;
- 8) Divulgação escassa na literatura nacional e internacional sobre capacidade funcional;
- 9) Autorrelato;
- 10) Mudanças nas perguntas interferem nas estimativas de prevalência; 11) Renda domiciliar pode estar subestimado.

Os idosos mais velhos são considerados sobreviventes, ou seja, resistiram aos fatores de risco e os idosos não institucionalizados possuem chances maiores de sobreviver, pois vivem em comunidades e tendem a serem mais saudáveis.

Entre as vantagens destacadas nos instrumentos PNAD (Suplemento de Saúde), Projeto Epidoso e Projeto Bambuí, podemos citar:

- 1) PNAD – Abrangência nacional;
- 2) Projeto Bambuí – Estudo de Base Populacional com altas taxas de respostas;
- 3) Projeto Epidoso – Primeiro estudo longitudinal para perdas funcionais;
- 4) PNAD – Periodicidade;
- 5) PNAD – Qualidade da informação;
- 6) PNAD – Inclusão de assuntos diversos que permitem investigações em vários prismas;
- 7) PNAD – Útil no monitoramento das condições de saúde da população idosa brasileira;
- 8) PNAD – Auto avaliação da saúde – indicador importante para monitoramento das condições de saúde

Percebe-se que a discussão envolvendo funcionalidade e incapacidade é ampla e complexa. Ao longo deste capítulo foi possível perceber que duas produções, presente no APÊNDICE A e na tabela 12, não foram discutidas. As duas produções citadas estão identificadas pelos números 8 e 16. Ambas as produções tratam da deficiência auditiva e foram investigadas pelos instrumentos Projeto Sabe e Projeto Isa-Capital. O projeto ISA/Capital foi realizado dois anos após o ISA-SP e seu instrumento de coleta pouco se diferencia do primeiro, portanto, a produção desenvolvida foi aceita para análise desta pesquisa.

A deficiência auditiva é uma incapacidade que pode interferir na vida do idoso, afetando sua independência e autonomia. O risco de adquirir uma deficiência auditiva é comprovadamente presente com o aumento da idade. Estudos tem identificado a prevalência de perda auditiva na população idosa.

A função auditiva é abordada pela CIF-OMS (2004) no capítulo de funções do corpo, em que as funções sensoriais é que são responsáveis pela detecção e discriminação do som. Logo, a alteração da integridade funcional gera uma deficiência, portanto, uma incapacidade da função.

A coleta de dados sobre a prevalência de deficiência auditiva através de pesquisa de base populacional ainda é um desafio, uma vez que é necessária a realização de exames de audiometria. Quando não é possível a realização do exame, a coleta de dados é realizada através da percepção do entrevistado, ou seja, a resposta poderá sofrer interferência conforme a cultura e contexto de vida do entrevistado (Paiva et al, 2011).

Mesmo diante das dificuldades apresentadas para a pesquisa epidemiológica na detecção da prevalência de deficiência auditiva, a informação referida pode ser um bom indicador populacional para elaboração de estratégias preventivas e curativas (Paiva et al, 2011; Cruz et al, 2012).

As duas produções relacionadas a deficiência auditiva, somente uma (produção 8) utilizou a definição de capacidade funcional na elaboração do seu texto introdutivo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos sobre a capacidade funcional a nível epidemiológico é consideravelmente recente. Porém, tem sido considerada uma ferramenta necessária para a elaboração de programas de prevenção e atenção à saúde do idoso. A capacidade funcional tem demonstrado ser um excelente indicador do estado de saúde do idoso. Contudo, não há um protocolo padrão para a avaliação funcional.

Os primeiros resultados apontam o quanto é complicado definir capacidade funcional. Não há definição direta para o termo capacidade funcional e sim estudos constantes para definir o que é incapacidade, funcionalidade, deficiência e desvantagem. O termo capacidade será um qualificador da funcionalidade, assim como o termo desempenho.

Desde a década de 40, as pesquisas envolviam detectar a dificuldade apresentada pelo paciente para realização de uma determinada tarefa, pois a partir da dificuldade era traçado um plano para recuperação da função prejudicada. Somente na década de 60, com o pesquisador Nagi é que foram publicados os primeiros conceitos para definir o nível das funções do indivíduo considerando seus limites individuais fisiológicos e ambientais. Logo, para designar se uma pessoa é incapaz, a pergunta realizada deveria ser “*incapaz de que...*”.

Na busca de uma padronização de conceitos, a OMS desenvolve a partir da CID, já elaborada, o desenvolvimento do ICIDH, voltado para as morbidades não transmissíveis e após consecutivas revisões, surge a CIF, utilizada atualmente para definir incapacidade, funcionalidade e deficiência.

A CIF foi aceita por aproximadamente 191 países, buscando padronizar o entendimento do conceito e possibilitando que as pesquisas sobre o assunto trabalhem de maneira similar, ou seja, sobre a mesma ótica.

Concomitantemente às pesquisas, observava-se que o número de pessoas com doenças crônicas aumentava significativamente principalmente entre os mais velhos. Mas as avaliações clínicas não eram suficientes para detectar as alterações que as morbidades causavam na população. Percebeu-se que outros fatores, além das morbidades, comprometiam a execução das atividades básicas.

Diante da necessidade apresentada, buscou-se na epidemiologia uma alternativa de identificar os fatores externos que afetavam a capacidade funcional das pessoas. Então, desenvolveram inquéritos de saúde como ferramentas para propagar dados e informação sobre a vida funcional da população. A PNAD – Suplemento de Saúde foi o primeiro inquérito brasileiro de abrangência nacional a captar informações domiciliares sobre a vida funcional dos idosos. Assim, facilitou a possibilidade de conhecer o perfil de saúde da população.

Os instrumentos analisados por esta pesquisa possuem semelhanças e discrepâncias ao mesmo tempo quando a avaliação é a capacidade funcional. As perguntas tendem a identificar a incapacidade e não a capacidade de realização de uma determinada tarefa. No Censo/IBGE e inquéritos como PNAD, ISA/SP e PMS, a busca da informação sobre funcionalidade é sempre direcionada a incapacidade de realização da tarefa. Somente o Projeto SABE avaliar a funcionalidade de forma mais ampla, ou seja, a pessoa pode considerar que consegue ou não realizar determinada atividade.

Nesta pesquisa, as perguntas que envolviam audição e visão foram englobadas na análise por serem itens fundamentais para auxiliar na execução de tarefas, uma vez que, autores identificaram que o prejuízo dos sentidos sensoriais pode afetar na execução de tarefas mais simples do dia a dia.

Durante a análise do **cuidado pessoal, atividades domésticas, tarefas pesadas, mobilidade (transferência)**, percebe-se que a maioria dos inquéritos, com exceção do Projeto SABE e Projeto Epidoso, utilizam mais de uma tarefa em uma única pergunta, contradizendo o que foi definido pela OMS em 2004. As atividades devem ser analisadas individualmente para detecção exata das atividades que estão em declínio e qual a interferência que pode causar na vida geral do idoso.

Analisando a **mobilidade (locomção)**, identificou-se que as perguntas foram realizadas separadamente. Alguns instrumentos consideraram o uso de prótese como auxiliar

na execução da tarefa, corroborando com o proposto pela CIF – OMS de 2004, como o CENSO/IBGE, SABE e PMS.

Além das atividades básicas de vida diária e das atividades de mobilidade, perguntas sobre a comunicação (uso do telefone) e vida econômica (capacidade de gerir o próprio dinheiro) foi realizada por dois instrumentos: Projeto SABE e Projeto Bambuí. Estas perguntas estão relacionadas às atividades instrumentais de vida diária, abordada somente em inquéritos regionais. Observou-se que perguntas sobre as atividades instrumentais não são comumente realizadas, o que pode desfavorecer ao identificar perdas gradativas da função em uma população de idosos.

Os idosos tendem a perder primeiramente as funções de mobilidade e as funções instrumentais, logo, a identificação destas perdas precocemente, podem ser bons indicadores para elaboração de ações preventivas a esta população.

Quando analisamos as pesquisas que abordaram a capacidade funcional, identificou-se que as variáveis mais utilizadas na análise foram as atividades de *alimentar-se, tomar banho e ir ao banheiro*. Estas três atividades são fundamentais para identificar as atividades básicas de vida diária. São atividades presentes em todos os inquéritos analisados.

As variáveis *subir escadas e ladeiras* foi a segunda variável mais utilizada nas pesquisas nacionais. Esta atividade requer maior esforço físico e coordenação para sua realização, assim como caminhar cerca de 100m, analisados por 11 produções nacionais.

Pouco tem sido explorada as variáveis de atividade instrumental de vida diária, pois as perdas destas atividades estão socialmente associada a normalidade da velhice. Porém, atenção especial também deve ser dada a este indicador, uma vez que, percebida o declínio destas atividades, ações preventivas podem estar sendo implantadas na vida cotidiana do idoso, inibindo a evolução das perdas funcionais instrumentais.

O instrumento de avaliação mais utilizado pelos pesquisadores brasileiros é a PNAD. Acredita-se que o alto índice seja por ser um instrumento de abrangência nacional, pelo tamanho da amostra e abordagem de outros fatores que podem ser correlacionados com a capacidade funcional para detectar quais fatores influenciam na funcionalidade.

As variáveis mais analisadas na correlação com a capacidade funcional foram sócio demográficas, condições de saúde e socioeconômicas, pois a idade é um fator de forte influência no declínio da capacidade funcional, assim como, o sexo, as doenças crônicas, renda *per-capita* e a auto percepção da saúde pelos idosos.

Nas produções brasileiras analisadas, percebe-se que 40% das publicações não mencionaram a definição de capacidade funcional. Os demais autores descreveram os conceitos de outros autores referência. Somente três autores utilizaram o conceito da OMS-1981. Nenhum autor utilizou conceitos da CIF-OMS, 2004. Apesar de os autores não utilizarem o conceito de funcionalidade e incapacidade estabelecido oficialmente para uso internacional, eles descrevem definições de capacidade como a habilidade para a execução de uma tarefa e a incapacidade como a dificuldade de realização de uma tarefa.

Os autores utilizaram de termos semelhantes (capacidade = habilidade física e/ou mental) mas não possuem consenso entre si. Por esta razão, o uso dos conceitos determinados pela CIF é o mais adequado e confiável para pesquisas que envolvam a avaliação e análise da capacidade funcional do idoso, ou como a CIF determina FUNCIONALIDADE.

Esta pesquisa foi importante principalmente quando detectamos que há poucas publicações sobre o uso da capacidade funcional nas pesquisas epidemiológicas e o quanto se devem aprimorar os questionários. A ausência de um padrão ouro nas pesquisas epidemiológicas pode ser uma justificativa para a diversidade das perguntas elaboradas. Muitas perguntas diferentes, porém com o mesmo objetivo são elaboradas dificultando a comparação entre elas e entre seus respectivos resultados.

Considerando que o termo funcionalidade e incapacidade ainda são recente na saúde pública, deve-se ater comprometimento em pesquisas sobre o assunto com a finalidade de futuramente elaborarmos um padrão-ouro para avaliação da capacidade funcional.

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Alves LC et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8): 1924-1930. 2007.

Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(4): 1199-1207. 2008.

Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Pública**. 44(3): 1-11. 2010.

Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método *Grade of Membership*. **Cad. Saúde Pública**, 24(3): 535-546. 2008.

Amiralian MLT, Pinto EB, Ghirardi MIG, Lichtig I, Masini EFS, Pasqualin L. The concept of disability. **Rev. Saúde Pública**, 34(1): 97-103. 2000.

Barreto SM, Kalache A, Giatti L. Does Health status explain gender dissimilarity in healthcare use among older adults? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2): 347-355. 2006.

Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidade e desafios. **Rev Bras Epidemiol**, 11(sup11): 6-19. 2008.

Berkman CS, Gurland BJ. The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. **J Aging Health**, 10(1): 81-98. 1998.

BIRREN, J.E., E SCHROOTS, J.J.F. History, concepts and theory in the psychology

Bittar, Olímpio J.Nogueira V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**, vol.3, nº 12 – Jul - Set. 2001.

Blay SL, Ramos LR, Mari JdeJ. Validity of a Brazilian version of the older americans resources and services (OARS) mental health screening questionnaire. **J Am Geriatric Soc**, 36(8): 687-692. 1988.

Branco MAF. Informação e Saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 222p, 2006.

Brasil^a. Ministério da Saúde. Apresentação VIGITEL. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30845. Acessado em 25.05.2012.

Brasil^b. Ministério da Educação e Cultura – MEC. Informações Gerais sobre a PNAD. Disponível em: [HTTP://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12521:inf](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12521:inf).

Brito FC, Litvoc J. Conceitos Básicos. In: Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde. São Paulo: **Editora Atheneu**, Pg 1-16. 2004.

Camargos MCS, Machado CJ, Rodrigues RN. Life expectancy among elderly Brazilians in 2003 according to different levels of functional disability. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(4): 845-852. 2008.

Carvalho JAM. "O tamanho da população brasileira e sua distribuição etária: uma visão prospectiva", São Paulo : **ABEP**, Anais V Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 1988.

Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RCB, Organizador. Condições de Vida e Saúde. Rio de Janeiro: **Abrasco**; PP. 31-75, 1997.

César CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região Sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, 12(Supl 2): 59-70. 1996.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde pública**, 31(2): 184-200. 1997.

Charlson ME, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. **J Clin Epidemiol**, 47(11):1245-51. 1994.

Cinoto RW et al. Comparação entre qualidade de visão auto-relatada e acuidade visual em população idosa de baixa renda na cidade de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, 69(1): 17-22. 2006.

Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: Resultados de inquérito domiciliar. **Rev. de Saúde Pública**, 33: 445-453. 1993.

COMMISSION on Chronic Illness. **Am J Public Health Nations Health**, 39(10): 1343-1344. 1949. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1528338/?page=1>. Acesso em: 15.01.2013.

Costa AJL. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasil, 2003. **Ciências & Saúde Coletiva**, 11(4): 927-940. 2006.

Costa EC, Nakatani AY, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. **Acta Paul Enferm**, 19(1):43-35. 2006

Cruz MS et al. Deficiência auditiva referida por idosos no Município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE, 2006). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(8): 1479-1492. 2012. d'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. **Rev. Saúde Pública**, 45(4): 685-92. 2011.

Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev. Bras Epidemiol**, 11(2): 324-35. 2008.

Diogo MJD. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Rev. Latino-am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.1, p.59-64. 1997.

- Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2): 409-415. 2008.
- Fletcher CM. Epidemiologist and clinical investigator. **Proc. roy. Soc. Med**, 56:851-8. 1963.
- Frank S, Santos MA dos, Assmann A, Alves KL, Ferreira N. Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na saúde comunitária. **Estud. Interdiscip. Envelhecimento**, 11: 123-134. 2007.
- Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. **Arthritis Rheum**, 23(2): 137-145. 1980.
- Gomes GC, Diogo MJD. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: Diogo, MJD (org.). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, p.107-132. 2004.
- Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, Maia R, Veras R, Karsch U. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso**. UNATI: Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati1.pdf. Acessado em 10.04.2012.
- Gordilho, A; Sérgio J; Silvestre J; Ramos LR; Freire MPA; Espindola N; Maia R; Veras R; Karsch U. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Unati, 2000. 92p. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/15.pdf. Acessado em: 20/12/2012.
- Grimley-Evans J. Prevention of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches. **J Chronic Dis** 37(5): 353-63. 1984.
- Guralnik JM, Fried LP, Salive ME. Disability as a public health outcome in the aging population. **Anu Rev Public Health**, 17:25-46. 1996.
- Guralnik JM, Kaplan GA. Predictors of healthy aging: Prospective evidence from the Alameda County study. **Am J Public Health**, 79(6): 703-8. 1989.
- Guralnik JM, LaCroix AZ, Abbott RD, Berkman LF, Satterfield S, Evans DA, Wallace RB. Maintaining Mobility in late life. I. Demographic characteristic and chronic conditions. **Am J Epidemiol**, 137(8): 845-57. 1993.
- Hogstel, MO; Gaul, AL; Safety or autonomy – and ethical issue for clinical gerontological nurses. **J. Gerontol. Nurs**, Thorofare, v. 17, n. 3, p 6-11. 1991.
- Howell SC. Assessing the function of the aging adult. **Gerontologist**, 8, 60-62. 1958.
- IBGE^a, 2012. A história do Censo no Brasil. Disponível em: WWW.ibge.gov.br/censo/censobrasil.shtm. Acessado em 20.05.2012.
- IBGE^b, 2012. Os motivos para responder ao Censo. Disponível em: WWW.IBGE.gov.br/censo/motivos.shtm. Acessado em 20.05.2012
- Jannuzzi PM. **Indicadores sociais no Brasil**. 4^a ed. – Campinas, SP: Editora Alínea, 2009.

- Junior CMP, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Caderno Saúde Pública**, 21(1): 7-19. 2005.
- Katz S, Downs TD, Cares HR. Progress in the development of the Index of ADL. **Gerontologist**. 10:20-30. 1970.
- Katz S, et al. Multidisciplinary studies of illness in aged persons II: a new classification of functional status in Activities of Daily Living. **J Chronic Dis**. 9(1) 55-62. 1959.
- 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 function. **JAMA**, 185(21): 914-919. 1963.
- Katz S, Stroud III MW. Functional Assessment in geriatrics: a review of progress and directions. **J Am Geriatr Soc**, 37(3): 267-71. 1989.
- Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. **J Am Geriatric Soc**, 31(12): 721-727. 1983.
- Katz S. et al. Multidisciplinary Study of illness in aged persons: I. Methods and preliminary results. The staff of the Benjamin Rose Hospital. **Journal of Chronic Diseases**. 7(4): 332-345. 1958.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, 9(3): 179-186. 1969. Disponível em: http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_19691502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf
- Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas EV et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap.107. 2002.
- Lima-Costa et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3): 745-757. 2003
- Lima-Costa MF 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.
- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/98. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4): 813-824, 2002.
- Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 19(3): 735-743. 2003.
- Lima-Costa MF, Filho AIL, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 23(10): 2467-2478. 2007.
- Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, 38(6): 827-834. 2004.

- Lima-Costa MF, Veras R. Saúde Pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, 19(3): 700701. 2003.
- Lima-Costa MF, et al. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. **Informe Epidemiológico do SUS**, 10(4): 147-161. 2001.
- Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. **Southern Medical Journal**. 51(5): 605-609. 1958.
- Mahoney FI; Barthel D. Functional Evaluation: The Barthel Index. Rehabilitation Notes. Rehabilitation Section. Maryland State Medical Journal, 14:56-61. 1965.
- Malta DC; LEAL MC; Costa-Lima MF; Neto OLM. Inquéritos Nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Rev. Bras. Epidemiol.** 11(11): 159-167. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11s1/16.pdf>. Acesso em: 20.12.2012
- McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press; 1996. Disponível em: www.a4ebm.org/sites/default/files/Measuring%20Health.pdf. Acesso em 21.05.2012.
- Melzer D, Parahyba MI. Socio-Demographic correlates of mobility disability in older Brazilians: results of the first national survey. **Age and Ageing**, 33: 253-259. 2004.
- Monte PA, Pereira ANS. Um estudo regional dos determinantes da geração de renda e construção da cidadania nos projetos de assentamentos. **Revista de Economia e Sociologia Rural**. 4(47): 1023-1040.2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010320032009000400010&script=sci_arttext. Acesso em 04.02.2013
- Nagi SZ. A study in the evaluation of disability and rehabilitation potential. Concepts, methods and procedures. **AJPH**. Vol. 54, nº 9 pg: 1568-1579. 1964.
- Nagi SZ. An epidemiology of disability among adults in the United States. Milbank of aging. In J.E. Birren e K.W. Schaie (Eds.), *Handook of The Psychology of* .
- Omran, Abdel R. The Epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of Population Change. The milbank Memorial Fund Quarterly, vol 49, nº 4, part 1 (Oct, 1971), pp 509-538. Disponível em: file:///C:/Users/Bruniele/Downloads/Omran_epidemiological_transition_1971.pdf. Acessado em 02.02.2013.
- Oliveira CM, Lima-Costa MF. Birth cohort differences in Physical functioning levels among elderly Brazilians: findings from the Bambuí cohort study of aging. **Cad. Saúde Pública**, vol. 27 Supl. 3. 2011.
- Olshansky SJ, Rudberg MA, Carnes BA, Cassel CK, Brody JA. Trading off longer life for worsening health: The expansion of morbidity hypothesis. **J.Aging Health**, 3:194-216. 1991.
- Organização das Nações Unidas [ONU]. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**, 2002; Tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha;

revisão técnica de Jurilza MB de Mendonça e Vitória Gois – Brasília; Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003. 82pg.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde – CIF. Lisboa. 2004. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf. Acessado em 13.05.2012.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. World Health Organization. *Disability prevention and rehabilitation*. Geneva: WHO; 1981.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. CID-XI – Revisão da Classificação Internacional de Doenças. Disponível em: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Classifica%C3%A7%C3%A3o_Estat%C3%ADstica_Internacional_de_Doen%C3%A7as,_Traumatismos_e_Causas_de_Morte,_9%C2%AA_Revis%C3%A3o,_1975_\(CID-9\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Classifica%C3%A7%C3%A3o_Estat%C3%ADstica_Internacional_de_Doen%C3%A7as,_Traumatismos_e_Causas_de_Morte,_9%C2%AA_Revis%C3%A3o,_1975_(CID-9)). Acessado em: 10.04.2012

Organização Mundial de Saúde [OMS]. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps): um manual de classificação das consequências das doenças. Lisboa; 1989

Organização Mundial de Saúde [OMS]. Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF. Comunicado de Imprensa da OMS. 2001. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/PessoascomDeficiencia/ClassificacaoInternacionaldeFuncionalidades.pdf. Acessado em 01.02.2013.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. **Os homens, envelhecimento e saúde alcançar a saúde em todo o ciclo de vida**. Genebra: OMS, Prevenção de Doenças Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Departamento; 2001. (WHO/NMH/NPH/01.2).

Organização Mundial de Saúde [OMS]. World Health Organization. International classification of impairment, disability and handicap. Geneva; 1980.

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. Maria Lúcia Lebrão. SABE – Saúde, Bem estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília:2003.

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. REDE interagencial de Informações para a saúde. Indicadores Básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações – Rede interagencial de informações para a saúde - RIPSA – Brasília, 299 p.:Il. ISBN 85-87943-10-3. 2002.

Paiva KM et al. Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(7): 1292-1300. 2011.

Paixão Jr CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1):7-19, jan-fev, 2005.

Papaléo-Netto M, organizador. Gerontologia: Avelhice e o envelhecimento em visão globalização. São Paulo: Atheneu; P. 311-323. 2002.

Parahyba MI et al. Reductions in disability prevalence among the highest income groups of older Brazilians. **Am J Health Public**, 99(1): 81-86. 2009.

Parahyba MI, Simoes CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(4): 967-974. 2006.

- Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 39(3): 383-391. 2005.
- Parahyba MI, Veras R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(4): 1257-1264. 2008.
- Pedrazzi EC, Rodrigues RAP, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. **Cienc Cuid Saude**, 6(4): 407-413. 2007.
- Pereira LSM, Gomes GC. Avaliação Funcional. In: Guimaraes RM, Cunha UGV. **Sinais e Sintomas em Geriatria**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atheneu; Pg. 17-30. 2004.
- Porell FW, Milcíades HB. Regional differences in functional status among the aged. *Soc Sci Med*, Apr; 54(8): 1181-98. 2002.
- Projeto de Planejamento da Pesquisa Nacional de Saúde [PNS]. Apresentação. Histórico. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=hist>. Acessado em 05.04.2012.
- Quart, Fall;54(4):439-68. 1976
- Ramos LR et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. **Revista de Saúde Pública**. 32(5): 397-407. 1998.
- Ramos LR, Goihman S. Geographic Stratification by socio-economic status: Methodology from a household survey with elderly people in São Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, 23: 478-492. 1989.
- Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, 21(3): 211-224. 1987.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3): 793-798. 2003.
- Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community, London, 1987. (PhD Thesis, University of London).
- Ramos LR. La salud de las personas de edad em Brasil. IN: Encuentro Latinoamericano Y Caribeño sobre las personas de Edad: Seminario Técnico, 1999, Santiago de Chile. ANAIS. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE, P 215-221. (Seminarios y conferencias, n.2). 2000.
- Ramos, LR; Rosa TEC; Oliveira, ZM; Medina, MCG; Santos, FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de Inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, 27(2): 87-94. 1993.
- Ribeiro M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência funcional. **Acta Fisiatr**, 8(1): 45-52. 2001.
- Rice DP. Health Statistic: past, present and future, pp. 7-30. Apresentado em National Research Council: toward a health statistic system for the 21st century: summary of a workshop. National Academy Press, Washington DC, 2001.
- Rogers A, Rogers RG, Belanger A. Longer life but worse health? Measurement and dynamics. **The Gerontologist**, 30:640-9. 1990.

Rosa TEC, Benício MHD'A, Latorre MRD de, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, 37(1): 40-48. 2003.

Sanchez MAA. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. Textos sobre envelhecimento, Rio de Janeiro, 3(3):01-17. 2000.

Santos JLF et al. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, 24(4): 879-886. 2008.

Schneider RH, Marcolin D, Dalacorte RR. Avaliação funcional de idosos. **Scientia Medica**. 18(1): 4-9. 2008.

Scliar M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, 17(1): 29-41. 2007.

Secretariado Nacional de Reabilitação [SNR]. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Classificação internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens. Lisboa; 1989.

Seel RT; Kreutzer JS; Sander AM. Concordance of patients' and family members' ratings of neurobehavioral functioning after traumatic brain injury. **Arch Phys Med Rehabil**, 78(11):1254-9. 1997. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999397903403>. Acessado em 10.04.2012.

Sousa-Pedro AS. Caracterização de adultos com lesão medular em regime de internamento. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Educação; Universidade de Aveiro, 2011. Disponível em: <http://ria.ua.pt/handle/10773/7319>. Acesso em 10.02.2013.

Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. **Soc Sci Med**, 1999; 48(4):471-2.

Sturgis P, Thomas R, Purdon S, Bridgwood A, Dodd T. Comparative review and assessment of key health state measures of the general population. Department of Health, Londres; 2001.

Szwarcwald CL, Leal MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5 (Supl. 1): S11-S22, dez. 2005.

Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa Mundial de saúde no Brasil, 2003. Editorial. **Cad. Saúde Pública**, 21 Sup:S4-S5. 2005.

Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, 11(Supl. 1): 5866. 2008.

Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os suplementos saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, 11(supl. 1): 98-112, 2008.

Verbrugge LM, Jette AM. The disablement Process. **Soc. Sci Med**, 38(1): 1-14. 1994.

Viacava F, Dachs N, Travassos C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11(4): 863-869. 2006.

Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4): 607-621. 2002.

Visoni TC, et al. Prevalência de incapacidades funcionais em adultos do Bairro Vila Sabiá – Sorocaba. **Rev. Fac. Cienc. Méd. Sorocaba**, 13(3): 9-15. 2011. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/4759>. Acesso em 01.02.2013.

Wellisch, H. From information Science to Informatics: a terminological investigation. **Journal of Librarianship**. 4(3): 157-187, jul. 1972.

Wikipédia. Censo Demográfico. 2012. Disponível em: pt.wikipedia.org/wiki/Censo_demogr%C3%A1fico. Acessado em 20.05.2012

Wylie CM. Measuring end results of rehabilitation of patients with stroke. V. 82 n° 10; 1967. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1920081/pdf/pubhealthreporig000340051.pdf>

APÊNDICE A

Autor/Título/Revista	Objetivo do estudo	Definição de Capacidade Funcional	Variáveis CF	Achados/Críticas/Conclusão
<p>1) Alves, et al</p> <p>A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil.</p> <p>Cad, Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930, ago, 2007</p> <p>Estudo: SABE - OPAS</p>	<p>Investigar a influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos residentes no Município de São Paulo nos anos de 2000/2001, controlando por idade, sexo, arranjo familiar, educação e presença de outras comorbidades. Avaliar o efeito independente de cada uma das seis doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cardíaca, doença pulmonar, câncer e artropatia).</p>	<p><i>“A incapacidade funcional pode ser definida como a incapacidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade. Por sua vez, a capacidade funcional se refere à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda imprescindível para proporcionar uma melhor qualidade de vida.</i></p>	<p>Variáveis independentes: Sócio-demográficas e enfermidades crônicas.</p> <p>Variável dependente: capacidade funcional do idoso.</p> <p>Para mensurar as informações de AVDs:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Atravessar um quarto caminhando; * Alimentar-se, deitar e levantar da cama; * Usar o vaso sanitário; * Vestir e despir; * Tomar Banho; * Preparar uma refeição quente; * Cuidar do próprio dinheiro; * Usar transporte; * Fazer compras; * Telefonar; * Fazer tarefas domésticas leves e pesadas; * Tomar medicamento. 	<p>1) A Hipertensão arterial é a doença crônica mais frequente entre os idosos.</p> <p>2) Doenças com significativa influência na dependência funcional dos idosos: Doença cardíaca; artropatia; doença pulmonar e hipertensão arterial.</p> <p>3) Utilizaram a <i>regressão logística multinomial</i>, para obter resultados mais detalhados dos níveis de dependência funcional do idoso, ao invés de limitar-se a dependente e independente.</p> <p>4) A gravidade das doenças estudadas e o tratamento adotado podem ter influenciado as associações encontradas entre capacidade funcional e doenças crônicas. Dados que o Projeto SABE não contempla</p> <p>5) Agrupamento de diferentes patologias sob a mesma denominação implica diferentes chances de desenvolver incapacidade.</p> <p>6) Achados sugerem que a prevenção e o controle das doenças crônicas podem melhorar as atividades e, conseqüentemente, promover o bem-estar desta população.</p>

<p>2) Lima-Costa, et al</p> <p>Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.</p> <p>Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 735-743, mai-jun, 2003.</p> <p>Estudo: PNAD</p>	<p>Descrever, utilizando dados da PNAD 1998, a situação de saúde da população idosa brasileira no que se refere a indicadores gerais e específicos da condição de saúde, à capacidade funcional, à utilização de serviços de saúde e gastos com medicamentos.</p>	<p><i>“A capacidade funcional, em estudo da população idosa, é geralmente dimensionada em termos de habilidade e independência para realizar determinadas atividades.</i></p>	<p>Variáveis: Sócio-demográficas; Indicadores da condição de saúde; Indicadores da capacidade funcional; Indicadores de uso de serviços de saúde e filiação a plano privado de saúde; Gastos com medicamentos.</p> <p>Variáveis dos indicadores de capacidade funcional: * Alimenta-se, tomar banho ou ir ao banheiro; * abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; * Caminhar mais de um quilômetro.</p>	<p>- Somente uma pequena parcela da população idosa teve alguma de suas atividades rotineiras interrompidas por problemas de saúde. - Hipertensão e artrite foram as doenças crônicas mais frequentemente relatadas. - Estudos de morbidade auto-referida, como a PNAD 1998, podem subestimar as prevalências de doenças ou condições crônicas, devido a problemas de memória e/ou ausência de diagnóstico. - A prevalência de incapacidade para diversas atividades (exceto alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro) pode estar subestimada na PNAD 1998 em virtude de problemas metodológicos. - Razoável supor que aqueles com grande dificuldade ou incapacidade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro tenham sido excluídos do cômputo das demais incapacidades, levando a uma subestimativa destas.</p>
<p>3) Lima-Costa, et al</p> <p>Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998-</p>	<p>Verificar as tendências – entre 1998 e 2003 – das condições de saúde e do uso de serviços de saúde pela população idosa brasileira.</p>	<p><i>Neste trabalho a capacidade funcional foi considerada como o grau de dificuldade para realizar pelo menos uma das três atividades da vida diária (alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro), que caracterizam a dependência extrema.</i></p>	<p>Indicadores de condição de saúde; uso de serviços de saúde e cobertura por plano de saúde; sexo e idade.</p> <p>Variáveis de capacidade funcional: * Alimentar-se; * Tomar Banho;</p>	<p>A percepção da saúde, ou auto-avaliação da saúde, é um dos indicadores mais utilizados em pesquisas gerontológicas. O seu uso é justificado porque a pior percepção da saúde é um preditor robusto e consistente da mortalidade.</p>

2003)

Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10): 2467-2478, out, 2007

Estudo: PNAD

* Ir ao banheiro.

A proporção de entrevistas respondidas por outra pessoa nessa entrevista corresponde a 1/3 na faixa etária de sessenta anos ou mais. Porém, diante de uma pesquisa utilizando PNAD 1998 e 2003, mostrou que o uso de outro respondente não modifica a distribuição da auto-avaliação da saúde entre idosos.

A manutenção da capacidade funcional é um dos indicadores mais importantes do envelhecimento bem-sucedido.

Neste trabalho, outros dados de capacidade funcional mensurados pela PNAD (abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se, caminhar por certa distancia, subir ladeira ou escada e atividades que requerem maior esforço) não foram considerados, pois há indícios de que as prevalências de incapacidades para essas atividades estejam subestimadas na referida pesquisa.

A prevalência de incapacidade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro foi a mais influenciada pela idade.

Prevalência de Hipertensão arterial entre as idosas.

A PNAD apresenta limitações

como a insuficiência da informação sobre capacidade funcional. Limita-se a somente três das diversas atividades da vida diária, não incluindo, por exemplo, a capacidade para vestir-se, para transferir-se da cama para uma cadeira ou caminhar pela casa, entre outras.

Outra limitação é a informação sobre as três atividades são obtidas por meio de uma única pergunta. Isso dificulta a comparação dos resultados brasileiros com os de outras populações.

Outra limitação é a possível subestimativa das prevalências referentes aos demais indicadores de função física e/ou mobilidade, pela forma com a qual a pergunta é feita no questionário da PNAD.

As vantagens são: sua abrangência nacional da pesquisa; periodicidade; qualidade da informação; delineamento amostral; inclusão de vários assuntos que permitem investigar as condições de saúde da população brasileira e seus determinantes sob diversos prismas.

				<p>O suplemento de saúde da PNAD é o primeiro inquérito com abrangência nacional que permite inferência para a população idosa brasileira (exceto interior da Região Norte) e as diversas faixas etárias que compõem esse segmento populacional.</p> <p>A PNAD pode ser útil no monitoramento e/ou vigilância das condições de saúde da população idosa brasileira.</p>
<p>4) Lima-Costa, et al</p> <p>Projeto Bambuí: Um estudo Epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens</p> <p>Informa Epidemiológico do SUS, 10(4): 147-161, out-dez., 2001</p> <p>Bambuí</p>	<p>Descrever a distribuição de características sociodemográficas, de indicadores de suporte social e de indicadores da condição de saúde da população idosa; Comparar essas características com as da população mais jovem.</p>	<p><i>Definição ausente</i></p>	<p>Variáveis sociodemográficas, indicadores selecionados de suporte social e de condição de saúde.</p> <p>Condição de saúde: -Capacidade para caminhar 1500 metros sem se cansar; - Ter deixado de realizar alguma das atividades habituais nas duas últimas semanas por problemas de saúde (sim e não)</p>	<p>Todos os indicadores utilizados mostraram uma piora do estado de saúde com aumento da idade.</p> <p>A capacidade de caminhar 1500 metros sem se cansar diminui significativamente com a idade e os homens de toda as faixas etárias apresentaram maior capacidade para caminhar em comparação às mulheres.</p> <p>O prejuízo das atividades habituais por problemas de saúde nas duas últimas semanas e maior nas faixas etárias superiores.</p> <p>Estudos seccionais com base populacional estão sujeitas a duas limitações: 1) Os participantes mais velhos são sobreviventes (ou seja, aqueles expostos a fatores de risco têm maior probabilidade</p>

				de morrer prematuramente); 2) Os participantes são idosos não institucionalizados (ou seja, aqueles que vivem na comunidade tendem a ser mais saudáveis).
				Um viés de sobrevivência reduziria a magnitude das associações, favorecendo as associações encontradas no presente trabalho.
<p>5) Lima-Costa, et al</p> <p>A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí</p> <p>Rev. Saúde Pública 2004; 38(6): 827-34.</p> <p>Bambuí</p>	<p>Determinar os fatores associados à auto-avaliação da saúde na população idosa, considerando-se cinco dimensões: (a) sociodemográfica, (b) suporte social, (c) Hábitos de vida relacionadas à saúde, (d) condições de saúde e, (e) acesso e uso de serviços de saúde.</p>	<p><i>Definição ausente</i></p>	<p>Variáveis sociodemográficas, auto-avaliação da saúde, indicadores de rede social de apoio, hábitos de vida, condição de saúde, acesso e uso de serviços de saúde e função física.</p> <p>Variável <i>função física</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Incapacidade para realizar uma ou mais das seguintes atividades da vida diária: tomar banho, vestir-se, transferir-se da cama para uma cadeira, ir ao banheiro ou alimentar-se. 	<p>Não houve uma discussão específica para a variável <u>função física</u>.</p> <p>Foi destacado as dificuldades encontradas para a realização de investigações sobre a estrutura da auto-avaliação da saúde – a necessidade de informações abrangentes que permitam um controle adequado de potenciais variáveis de confusão.</p>
<p>6) Parahyba & Simões</p> <p>A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil</p> <p>Ciência & Saúde Coletiva, 11(4): 967-974, 2006</p> <p>PNAD</p>	<p>Estimar as taxas de prevalência de incapacidade em mobilidade física, entre os idosos, no Brasil, nacional e regionalmente, segundo o sexo, os grupos de idade e a renda familiar <i>per capita</i>, nos anos de 1998 e 2003.</p>	<p>Definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) – Incapacidade funcional como dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade.</p>	<p>Varáveis de incapacidade funcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; - Correr, levantar peso, fazer esportes ou realizar trabalhos pesados; - Empurrar uma mesa ou fazer trabalho doméstico; - Subir escadas; - Abaixar-se ou ajoelhar-se; - caminhar cerca de 1 km; - caminhar cerca de 100m. 	<p>Não foi utilizada uma escala de incapacidade funcional, elaborada com medidas levantadas no questionário da PNAD, por considerar que, embora muito frequentes nos estudos sobre avaliação funcional, as escalas nem sempre são eficientes indicadores do declínio funcional.</p> <p>A medida de mobilidade física é</p>

				<p>uma boa <i>Proxy</i> de incapacidade funcional.</p> <p>Porém, seria importante poder avaliar, também, dificuldade em atividades instrumentais de vida diária, medidas que não foram ainda levantadas pela PNAD.</p> <p>Outro ponto importante a ser debatido é a separação das atividades básicas que, na forma atual do questionário PNAD, estão agregadas numa única pergunta, podendo dificultar a avaliação dessa limitação.</p>
<p>7) Santos et al</p> <p>Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: na analysis in the municipality of São Paulo, Brazil</p> <p>Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(4): 879-886, abr, 2008.</p> <p>SABE</p>	<p>O objetivo foi investigar as condições de vida, saúde e bem-estar de idosos na Região – São Paulo/Brasil.</p>	<p><i>Definição ausente</i></p>	<p>Variáveis sócio demográficas, condição de saúde.</p> <p>Variáveis de capacidade funcional:</p> <p>a. Você tem dificuldade de cuidar do próprio dinheiro;</p> <p>b. Você tem dificuldade para sair sozinho, como ir ao médico, à igreja, etc?</p> <p>c. Você tem dificuldade para comprar comida?</p> <p>d. Você tem dificuldade para usar o telefone?</p> <p>e. Você tem dificuldade em tomar seus medicamentos?</p>	<p>Necessário mais pesquisas correlacionando AIVD e renda, pois há uma relação entre a renda e as dificuldades em executar as atividades básicas de vida diária.</p> <p>Sexo, idade renda, escolaridade, raça e etnia foram fatores sócio-demográficos condicionados para as chances de dificuldades em AIVD.</p>
<p>8) Cruz et al</p> <p>Deficiência auditiva referida</p>	<p>Estimar a prevalência de deficiência auditiva referida por idosos do Município de São</p>	<p>Capacidade funcional é a aptidão de manter as habilidades físicas e mentais</p>	<p>Variáveis socioeconômicas, condição de saúde, rede social, hábitos de vida.</p>	<p>Realizadas análises multivariadas: idade sexo, situação conjugal, alfabetização,</p>

<p>por idosos no Município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE, 2006)</p>	<p>Paulo no ano de 2006 e analisar seus possíveis fatores associados. necessárias para uma vida independente e autônoma¹</p>	<p>Foram consideradas as pessoas com deficiência auditiva referida, os que preencheram os seguintes critérios:</p> <p>1) Declararam sua audição como regular, ruim ou muito ruim para a questão “<i>Em geral, como o(a) Sr(a) diria que é a sua audição (com ou sem aparelho de audição)</i>”?;</p> <p>2) Referiram ser usuários (as) de aparelho auditivo e/ou tiveram indicação prévia de aparelho de amplificação sonora individual.</p>	<p>grupo ocupacional, posição na ocupação, autopercepção da saúde, uso de tabaco, doenças osteoarticulares, doença pulmonar obstrutiva crônica, tontura/vertigem, sintomas depressivos, provável demência, deficiência visual referida, morbidades resultantes da ocupação, atividades básicas de vida diária, dificuldade para caminhar, atividades instrumentais de vida diária, preparar refeição quente, cuidar do dinheiro, realizar tarefas domésticas, utilizar transporte público, usar o telefone, tomar remédios.</p>
<p>Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(8): 1479-1492, ago, 2012.</p>			<p>O acréscimo de questões relativas ao uso e indicação de aparelho auditivo, no Estudo SABE de 2006, permitiu maior precisão de possíveis deficiências auditivas referidas.</p>
			<p>Houve pequenas variações devido às não respostas. Uma provável explicação pelas “não respostas” seria a dificuldade comunicativa que a deficiência pode provocar, ou pelo não entendimento da pergunta devido a dificuldade auditiva. Uma segunda hipótese seria a dificuldade do entrevistador no</p>

¹ Trecho retirado do artigo do autor Renato Veras. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública 2009; 43:548-554.

				entendimento da resposta atribuída.
				Por ser um questionário com informações autorreferidas, os achados sobre deficiência auditiva bem como sobre os fatores associados, podem estar superestimados ou subestimados.
				Necessidade da compreensão auditiva para a realização dos testes específicos, como GDS e MEEM, fato que pode ter prejudicado o desempenho de idosos com deficiência auditiva nos referidos instrumentos.
<p>9) Oliveira e Lima-Costa</p> <p>Birth cohort differences in physical functioning levels among elderly Brazilians: findings from the Bambuí Cohort Study of Aging (1997-2008)</p> <p>Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 Sup.3: S444-S453, 2011.</p> <p>Bambuí</p>	<p>Investigar as diferenças de coorte em níveis de funcionamento físico entre os mais velhos (membros da coorte nascida em 1916-1926 e em 1927-1937) participantes do estudo de envelhecimento do Projeto de coorte de Bambuí.</p>	<p>Incapacidade funcional é a incapacidade em realizar atividades diárias de forma independente e a consequente perda da autonomia pessoal são consequências indesejáveis de prejuízo funcional a nível individual.</p> <p>A função física é a capacidade de uma pessoa para realizar as atividades físicas normais da vida diária (AVD).</p> <p>Deficiência ocorre quando uma pessoa tem problemas com a função física e tem enormes implicações sociais pessoais.</p>	<p>Variável demográfica: idade e sexo.</p> <p>Medidas de realização de AVD, AIVD e mobilidade.</p> <p>Apresentaram dificuldades em:</p> <p>AVD – preparação, incluindo calçar sapatos e meias, andando em uma sala; banho ou duche; comer; entrar e sair da cama e usar o banheiro, incluindo levantar-se ou abaixar-se.</p> <p>AIVD – preparar uma refeição quente, administrar o dinheiro e fazer compras.</p> <p>MOBILIDADE – dificuldade em se levantar de uma cadeira,</p>	<p>Os autores consideram como vantagem do estudo ser de natureza de base populacional, com elevadas taxas de resposta, tanto a linha de base e na 11ª onde de coorte, o uso das mesmas medidas em ambos os tempos e período de tempo entre as duas comparações (10 anos).</p> <p>Uma possível limitação do estudo é viés de sobrevivência.</p> <p>Outra possível limitação do estudo é o autorelato.</p>

			caminhar 100 metros, subir escadas, inclinar-se, ajoelhar e agachar e levantar ou carregar pesos.	
<p>10) Ramos</p> <p>Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo.</p> <p>Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 793-798, mai-jun, 2003.</p> <p>Epidoso</p>	<p>Discutir as características sócio-demográficas, clínicas e funcionais de uma coorte de idosos, com análise de risco para morte e incapacidade e considerações sobre as implicações para o planejamento em saúde.</p>	<p>A capacidade funcional está condicionada a capacidade que o idoso possui de gerir a própria vida, podendo determinar e executar seus próprios designos. Uma pessoa que detém de autonomia e independência²</p>	<p>Utiliza o questionário OARS – BOMFAQ (tradução do OARS em português).</p> <p>Dados sócio-demográficos, percepção subjetiva do idoso, saúde física e mental, independência no dia-a-dia, suporte social e familiar e utilização de serviços.</p>	<p>O fator renda interfere na composição familiar do idoso, uma vez que, quanto menor a renda maior a relação multigeracional e quanto maior a renda, opta-se pela moradia independente.</p> <p>Os estudos longitudinais são bons para acompanharem os idosos por estudo de coorte, controlando os possíveis fatores de risco.</p> <p>Prioridade do Sistema de Saúde deve ser a manutenção da capacidade funcional, para mantê-lo na comunidade por um tempo maior.</p>
<p>11) Parahyba e Veras</p> <p>Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil</p> <p>Ciência & Saúde Coletiva, 13(4): 1257-1264, 2008.</p> <p>PNAD</p>	<p>Analisar os diferenciais nas taxas de prevalência de incapacidade funcional em mobilidade física, entre os idosos no Brasil, segundo o sexo, os grupos de idade, a região de residência e a renda familiar <i>per capita</i>, nos anos de 1998 e 2003.</p>	<p>A incapacidade funcional passa a ser então definida como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejada na sociedade.³</p>	<p>Análise das variáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; - Correr, levantar peso, fazer esportes ou realizar trabalhos pesados; - Empurrar uma mesa ou fazer trabalho doméstico; - Subir escadas; - Abaixar-se ou ajoelhar-se; - Caminhar mais de um quilômetro; 	<p>Os Autores identificarem correlações significativas entre as variáveis de capacidade funcional, sociodemográfica e socioeconômica, permitindo identificar que em grandes regiões brasileiras (Sul e Sudeste) a taxa de incapacidade funcional é menor do que nas demais regiões e a baixa renda está relacionada a maior predisposição a perdas</p>

² A definição de capacidade funcional descrita foi baseada na interpretação do texto desenvolvido pelo autor.

³ Definição de capacidade funcional retirada da referência: Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. **Soc. Sci Med** 1934; 38:1-14.

			<p>- Caminhar mais de cem metros.</p> <p>Outras variáveis como sociodemográficos e socioeconômicos foram consideradas na análise.</p>	<p>funcionais.</p> <p>Limitações dos dados: a amostra não abrange a região rural Norte, somente sendo incluída a partir de 2004.</p> <p>Limitação da pesquisa: não incluiu questões de Atividades instrumentais, cognição ou de saúde mental.</p> <p>Em relação a variável “dificuldade para alimentar-se, ir ao banheiro ou tomar banho”, pode conter viés, uma vez que a acessibilidade a instalações sanitárias é diferente para diversos grupos em um país heterogêneo como o Brasil. E a inclusão de três atividades em uma única pergunta pode gerar distorção afetando a qualidade da resposta.</p> <p>Apesar das limitações, o estudo possui robustez, devido ao amplo tamanho da amostra e sua cobertura ser nacional.</p>
<p>12) Alves et al</p> <p>Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível</p> <p>Rev Saúde Pública, 44(3),</p>	<p>Analisar a influência dos fatores demográficos, socioeconômicos, de condições de saúde e do contexto das unidades da federação na incapacidade funcional dos idosos.</p>	<p>A incapacidade funcional pode ser definida pela dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para uma vida independente na comunidade, como por exemplo, tarefas relacionadas à</p>	<p>Variável analisada para incapacidade funcional ou “habilidade para subir ladeira e escada”.</p> <p>Outras variáveis foram analisadas e correlacionadas como sociodemográficas, socioeconômicas e de saúde.</p>	<p>A incapacidade funcional está associada ao sexo feminino, a maior idade, morar acompanhado, pior nível educacional, pior renda, avaliar a própria saúde como ruim, presença de doenças crônicas, internações, estados de regiões com desigualdade de renda e</p>

<p>2010.</p> <p>PNAD</p>		<p>mobilidade.⁴</p>		<p>estado de saúde. Organização do sistema de saúde para promover a manutenção da saúde do idoso e uma vida livre de incapacidade.</p>
<p>13) d’Orsi et al</p> <p>Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso</p> <p>Rev Saúde Pública, 45(4): 685-692, 2011.</p> <p>Epidoso</p>	<p>Identificar fatores de risco para perda da capacidade funcional de idosos.</p>	<p>A incapacidade funcional pode ser definida pelo grau de dificuldade no desempenho de atividades da vida diária⁵.</p>	<p>Nas entrevistas foram utilizado o Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional (Bomfaq⁶) – Tradução do OARS – para coletar informações sobre a capacidade funcional e outras questões sobre características socioeconômicas, demográficas, suporte informal, grau de independência nas AVD, doenças crônicas, saúde mental, cognição e autopercepção de saúde.</p>	<p>Aumento da idade, comprometimento cognitivo e doenças crônicas são fatores de risco para a capacidade funcional</p> <p>A manutenção do trabalho remunerado, relacionamento mensal com amigos, assistir TV e participar de atividades manuais foram fatores independentes de proteção à incapacidade funcional.</p> <p>Autopercepção de saúde e vida sexual são importantes preditores de incapacidade funcional.</p> <p>A padronização de escala para medir capacidade funcional por meio das ABD é necessária para uniformizar os estudos na área.</p> <p>Primeiro estudo longitudinal realizado para avaliar a perda</p>

⁴ Definição retirada da referência: Alves LC, Leite IC, Machado CI. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. Ciênc. Saude Coletiva, 2008; 13(4): 1199-207.

⁵ Definição retirada da referência: Rosa TE, Benício MHD’A, Latorre MRDO, Ramos, LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública, 2003; 37(1): 40-48.

⁶ Incluem as atividades de AVD (deitar/levantar da cama, comer, pentear o cabelo, andar no plano, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro em tempo e subir um lance de escadas) e AIVD (medicar-se na hora, andar perto de casa, fazer compras, preparar refeições, cortar unhas dos pés, sair de condução e fazer limpeza de casa).

				<p>funcional – determinando os fatores que relacionados a perda da capacidade funcional dos idosos.</p> <p>Limitações: Erros de classificação do desfecho devido a medida auto-referida de capacidade funcional e perdas de acompanhamento da coorte.</p>
<p>14) Lima-Costa et al</p> <p>Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008)</p> <p>Ciência & Saúde Coletiva, 16(9): 3689-3696, 2011</p> <p>PNAD</p>	<p>Investigar as tendências no longo prazo das condições de saúde da população idosa brasileira, considerando-se a autoavaliação da saúde, a prevalência de doenças e de condições crônicas auto referidas, a capacidade funcional e o uso de serviços de saúde.</p>	<p><u>A incapacidade funcional foi definida pelo relato de muita dificuldade ou total incapacidade para realizar três atividades da vida diária (AVD): alimentar-se, tomar banho ou usar o toalete.</u></p>	<p>Sexo e idade.</p> <p>Variáveis dependentes: auto avaliação da saúde, capacidade funcional, doenças e condições crônicas auto referidas e indicadores de uso de serviços de saúde (SUS).</p> <p>Na capacidade funcional foi avaliada a dificuldade ou total incapacidade para realizar três atividades da vida diária: alimentar-se, tomar banho ou usar o toalete</p>	<p>Durante a década estudada apresentou melhora significativa na autoavaliação da saúde e diminuição da saúde e diminuição na prevalência de algumas doenças ou condições crônicas (aumento na hipertensão arterial e diabetes).</p> <p>A prevalência de incapacidade funcional permaneceu estável.</p> <p>A autoavaliação da saúde tem sido amplamente recomendada como um dos indicadores mais importantes para o monitoramento das condições de saúde da população. Melhora consistente na autoavaliação de saúde do brasileiro.</p> <p>A capacidade funcional é provavelmente a dimensão mais estudada da saúde dos idosos.</p> <p>O inquérito PNAD infere somente uma pergunta sobre</p>

				<p>AVD – <i>alimentar-se, tomar banho e ir ao banheiro</i>. Esta pergunta não permite investigar as tendências para cada atividade.</p> <p>Mudanças realizadas nas perguntas e respostas do inquérito, podem influenciar na mudança abrupta nas estimativas de prevalência das variáveis.</p> <p>O número de consultas médicas aumentou e o número de internações reduziu em todo o país.</p>
<p>15) Camargos et al</p> <p>Life expectancy among elderly Brazilians in 2003 according to different levels of functional disability</p> <p>Cad. Saúde Pública, 24(4): 845-852, 2008.</p> <p>PNAD</p>	<p>Medir a expectativa de vida livre de incapacidade funcional em idosos no Brasil, por sexo, idade, para o ano de 2003, utilizando diferentes níveis de incapacidade funcional.</p>	<p>A capacidade funcional é a capacidade do idoso manter-se na comunidade, desfrutando de sua independência e manter suas relações sociais e atividades⁷.</p>	<p>Foram avaliadas as sete perguntas elaboradas pela PNAD para identificar a incapacidade funcional, sendo somente uma pergunta para atividade básica de vida diária e seis para mobilidade.</p> <p>O grau de gravidade da incapacidade funcional foi classificado em leve (dificuldade de andar cerca de um quilometro), moderado (dificuldade em andar 100 metros) e grave (dificuldade em comer, tomar banho ou ir ao banheiro).</p>	<p>Limitação 1: A estimativa de utilizar a tabela de vida para vários níveis de incapacidade funcional, considerando-se que a mortalidade que se comportam de forma igual para os mesmos níveis, que pode não necessariamente acontecer.</p> <p>Limitação 2: A utilização do período de dados específicos não incorporar possíveis mudanças em relação a melhorias nas condições de saúde e taxas de mortalidade na população.</p> <p>Atuar na prevenção para</p>

⁷ Definição retirada da referência: Ramos LR. A mudança do paradigma da saúde e o conceito da capacidade funcional, In: Ramos LR, Toniolo-Neto J, organizadores. Guia de Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Editora Manole, 2005. P.1-7.

				expandir a expectativa de vida sem restrições funcionais.
				Implementar políticas e medidas capazes de auxiliar tanto na prevenção quanto na reabilitação do idoso.
16) Paiva et al	Estimar a prevalência da deficiência auditiva referida em idosos do Município de São Paulo segundo características sociodemográficas e descrever as características atribuídas a essa deficiência	<i>Definição ausente</i>	Questões relacionadas à dificuldade em ouvir, surdez em um dos ouvidos e nos dois ouvidos, tendo sido criada a variável “deficiência auditiva referida” a partir do agrupamento das respostas positivas a estes questionamentos	O exame de audiometria é tido como Padrão Ouro para estimar prevalência de deficiência auditiva. A escassez de dados de prevalência da deficiência auditiva na população brasileira poder ser atribuída às dificuldades e/ou impossibilidade para realização de exames de audiometria em estudo de base populacional.
Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional			Características sociodemográficas	A prevalência de morbidades referidas pode ser subestimada, mediante problemas de memória e/ou ausência de diagnóstico.
Cad. Saúde Pública, 27(7): 1292-1300, 2011			Bloco de perguntas específicas para quem referiu deficiência auditiva.	Não é possível saber se os idosos participam das atividades de lazer, pois os relatos são relacionados às dificuldades para realização das mesmas.
ISA - CAPITAL				A deficiência auditiva é maior entre os homens, indicando sobre a necessidade de aumentar as informações quanto a prevenção e fatores potencializador da presbiacusia.
17) Barreto et al	Explorar as diferenças de gênero ainda mais possíveis no	<i>Definição ausente</i>	Variáveis sociodemográficas, doenças crônicas, dificuldade	Mulheres mais velhas são os consumidores de serviços

<p>Does health status explain gender dissimilarity in healthcare use among older adults?</p> <p>Cad. Saúde Pública, 22(2): 347-355, 2006.</p> <p>PNAD</p>	<p>estado de saúde em uma amostra representativa de brasileiros mais velhos e para examinar a medida em que as diferenças de saúde e uso entre homens e mulheres idosos são explicadas pelas diferenças na saúde e status socioeconômico.</p>		<p>para realização de atividade de vida diária e mobilidade.</p> <p>Indivíduos com grandes dificuldades ou não foram capazes de realizar uma ou mais atividades:</p> <p>-Tomas banho, comer, usar WC;</p> <p>- Caminhar pelo menos 100m (deficiência estabelecido);</p> <p>- interromper suas atividades de rotina nos últimos 15 dias por problema de saúde (temporariamente desativada);</p> <p>Todos os demais foram considerados saudáveis.</p>	<p>ambulatoriais e homens mais velhos de cuidados hospitalares.</p> <p>Incapacidades temporárias e estabelecidas foram associados com o relatório de doenças crônicas e maior uso de serviços de saúde entre homens mais velhos e mulheres.</p> <p>Gênero e sexo influenciam nos cuidados com a saúde.</p>
<p>18) Ramos et al</p> <p>Two-Year Follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: Methodology and preliminary results</p> <p>Rev. Saúde Pública 32(5): 397-407, 1998</p> <p>Epidoso</p>	<p>O presente artigo apresenta a metodologia do estudo de acompanhamento primeiro de idosos residente no Brasil. O perfil da coorte inicial serão comparados com os de anteriores estudos transversais e uma análise em profundidade de não resposta será realizado a fim de avaliar a validade das futuras análises longitudinais.</p>	<p><i>Definição ausente</i></p>	<p>Aplicado questionário estruturado – BOMFAQ. Questões sociodemográficas, suporte informal, independência na vida diária, doenças crônicas, estado de saúde mental, estado cognitivo e auto-percepção de saúde.</p> <p>- Independência na vida diária – baseada em 15 AVD: Deitar/levantar da cama, comer, cuidar da aparência, andar no plano, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro em tempo, subir escada, medicar-se na hora, andar perto de casa, fazer compras, preparar refeições, cortar unhas dos pés, sair de condução e fazer limpeza de casa.</p>	<p>Aqueles que relataram saúde como ruim ou muito ruim foram semelhantes para alto grau de dependência na vida diária.</p> <p>Associação de incapacidade para realizar sem ajuda das atividades de vida diária para mulheres, viúvas, vivendo em domicílios multigeracionais, alta prevalência de doenças crônicas, distúrbios psiquiátricos e deficiência física.</p>
<p>19) Parahyba et al</p>	<p>Estimar as taxas de incapacidade funcional entre as</p>	<p>A incapacidade funcional tem sido definida como as</p>	<p>Variáveis sociodemográficos. Variáveis de capacidade</p>	<p>O estudo pôde comprovar que o envelhecimento não é sinônimo</p>

<p>Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil</p> <p>Rev Saúde Pública, 39(3): 383-391, 2005.</p>	<p>mulheres de 60 anos ou mais de idade e identificar os fatores sociodemográficos associados com a prevalência de incapacidade funcional em mobilidade física.</p>	<p>dificuldades, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade⁸.</p>	<p>funcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; - Correr, levantar peso, fazer esportes ou realizar trabalhos pesados; - Empurrar uma mesa ou fazer trabalho doméstico; - Subir escadas; - Abaixar-se ou ajoelhar-se; - Caminhar mais de um quilômetro; - Caminhar cerca de 100 metros. 	<p>de incapacidade funcional. O conhecimento sobre doenças crônicas seriam úteis para o entendimento de patologias e lesões que levam ao desenvolvimento de limitações funcionais, porém, as informações sobre doenças levantadas são autodeclaradas, o que é provavelmente de acurácia limitada.</p> <p>Limitação 1) na questão “dificuldade para alimentar-se, ir ao banheiro ou tomar banho” pode introduzir um viés, devido as diferenças na acessibilidade das instalações sanitárias para diferentes grupos.</p> <p>Limitação 2) A extrema concentração de renda no Brasil dificultou a mensuração do risco de incapacidade funcional entre os grupos que se situavam abaixo do valor da mediana de renda.</p> <p>Estudos internacionais (países desenvolvidos) excluem idosos institucionalizados, o que é uma alta proporção, diferente do Brasil, em que a parcela idosa é menos de 1% institucionalizados.</p> <p>Em relação a prevalência de</p>
---	---	--	--	---

⁸ Definição retirada da referência: World Health Organization [WHO]. Disability prevention and rehabilitation. Geneva; 1981.

				<p>dificuldade para subir escadas, não houve destaque para o número de degraus e no Brasil, pode não ser uma tarefa familiar para muitos idosos.</p> <p>Ações preventivas voltadas para melhora a funcionalidade da população idosa.</p>
<p>20) Lima-Costa et al</p> <p>Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios</p> <p>Cad. Saúde Pública, 19(3): 745-757, 2003</p> <p>PNAD</p>	<p>Examinar as associações existentes entre a situação socioeconômica dos idosos brasileiros e alguns indicadores das condições de saúde, mobilidade física e do uso de serviços de saúde.</p>	<p><i>Definição ausente</i></p>	<p>Variáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renda domiciliar <i>per capita</i>; - Características sócio-demográficas; - Indicadores da condição de saúde; - Indicadores de função física; - Indicadores de uso de serviços de saúde e filiação a plano privado de saúde. <p>Indicadores de função física:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; - caminhar cerca de cem metros; - caminhar mais de um quilômetro; - subir ladeira ou escada; - abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; - Correr, levantar objetos ou realizar trabalhos pesados. 	<p>A renda <i>per capita</i> possui relação com a função física do idoso, pois quanto menor a renda domiciliar, mais frequente é identificada a saúde como pior (relato dos idosos).</p> <p>Idosos mais pobres relataram pior qualidade de vida.</p> <p>Limitação - viés de sobrevivência</p> <p>Limitação – Estudos seccionais é a incapacidade de separar a causa do seu efeito (se a situação sócio-econômica levou a uma pior condição de saúde ou vice-versa).</p> <p>A prevalência dos indicadores de função física (exceto alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro), pode estar subestimada na PNAD 1998 em virtude de problemas metodológicos.</p> <p>Alto o número de casos sem informação entre aquele com</p>

<p>21) Alves, et al</p> <p>Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership.</p> <p>Cad. Saúde Pública, 24(3): 535-546, 2008.</p> <p>PNAD</p>	<p>Identificar os perfis de capacidade funcional e saúde dos idosos no Brasil, bem como a prevalência destes perfis, no ano de 2003.</p>	<p><i>Definição ausente</i></p>	<p>Variável de capacidade funcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; - Correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados; - Empurrar mesa ou realizar consertos domésticos; - Subir ladeiras ou escadas; - Abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; - Andar mais do que um quilômetro; - Andar 100 metros. <p>Variáveis relativas a dez doenças crônicas auto-referidas.</p> <p>Outras variáveis foram consideradas como autopercepção de saúde, utilização de serviços de saúde e indicadores relacionados aos aspectos demográficos e socioeconômicos dos idosos.</p>	<p>renda familiar menor.</p> <p>A saúde da população idosa pode ser descrita por meio de três perfis conforme método GoM: “idosos saudáveis”, “idosos com incapacidade funcional leve” e “idosos com incapacidade funcional grave”.</p> <p>A capacidade funcional foi a grande definidora dos perfis de saúde dos idosos no Brasil.</p> <p>O prejuízo da capacidade funcional segue uma sequência na qual o indivíduo passa, em primeiro lugar, pelo comprometimento nas atividades instrumentais de vida diária, seguido da perda na mobilidade e, por fim, nas ABVDs.</p> <p>A doença crônica não foi tão relevante para a caracterização dos perfis dos idosos.</p> <p>Mulheres e os com idade mais avançada exibiram os piores perfis de saúde.</p> <p>Limitação do estudo: prevalências dos indicadores de doenças crônicas e capacidade funcional podem estar subestimadas ou sobre estimadas, pois as informações foram obtidas por meio de autorelato.</p>
---	--	---------------------------------	---	--

				Imprescindível elaborar estratégias específicas voltadas para a manutenção ou recuperação da capacidade funcional dos idosos.
<p>22) Lima-Costa et al</p> <p>A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD -98</p> <p>Ciência & Saúde Coletiva, 7(4): 813-824, 2002</p> <p>PNAD</p>	<p>Baseado na base de dados PNAD/1998 – Verificar se diferenças na situação socioeconômica afetam igualmente a saúde de idosos e a de adultos mais jovens no Brasil.</p>	<p><i>Definição ausente</i></p>	<p>Variável:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renda domiciliar <i>per capita</i>; - Características sociodemográficas; - Indicadores da condição de saúde; - Indicadores de uso de serviços e filiação a plano privado de saúde. - Indicadores de função física: <ol style="list-style-type: none"> 1. alimentar-se, tomar banho ou ir a o banheiro; 2. caminhar cerca de 100 metros; 3. caminhar mais de 1 quilômetro; 4. subir ladeira ou escada; 5. abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; 6. correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados. 	<p>Situação socioeconômica influencia igualmente a saúde dos idosos e adultos mais jovens do Brasil.</p> <p>Piores condições de saúde, função física e menor uso de serviços de saúde, estão associados com menor renda domiciliar.</p> <p>Piores condições socioeconômicas então relacionadas a percepção de saúde ruim assim como comprometimento das atividades cotidianas e pior qualidade de vida e menor uso de serviços de saúde pelos idosos.</p> <p>Limitação: a renda domiciliar com base nos dados da PNAD/98 pode estar subestimada. Isso pode estar relacionado ao fato de se considerar na referida pesquisa apenas a renda proveniente do trabalho da aposentadoria e pensão, desconsiderando-se informações relativas a patrimônio e outros rendimentos.</p>

				<p>Limitação: uso de outro respondente na entrevista.</p> <p>Limitação: viés de sobrevivência (indivíduos com pior renda apresentam menor sobrevivência) pode ter contribuído para diminuir as forças das associações entre nível socioeconômico e saúde, sobretudo entre os idosos.</p>
<p>23) Costa</p> <p>Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasil, 2003.</p> <p>Ciência & Saúde Coletiva, 11(4):927-940, 2006.</p> <p>PNAD</p>	<p>Investigar a prevalência de limitação das atividades na população brasileira, com idade igual ou superior a 14 anos, em 2003.</p>	<p>A incapacidade é definida como qualquer restrição ou falta de habilidade que um indivíduo sofra para desenvolver suas funções, dentro do que se considera normal para um ser humano. As incapacidades são as consequências das deficiências, exteriorizadas no plano do desempenho das atividades e do rendimento funcional.</p>	<p>Variáveis socio-demográficas e socio-econômicas foram correlacionadas com variáveis da funcionalidade.</p> <p>Questionário com pergunta sobre o grau de dificuldade para realização das atividades, de acordo com o tipo do informante.</p> <p><i>Normalmente, por problema de saúde, ... tem dificuldade de:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; 2) Correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados; 3) Empurrar mesa ou realizar consertos domésticos; 4) Subir ladeira ou escadas; 5) Abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; 6) Andar mais do que um quilômetro; 7) Andar cerca de 100 metros. 	
<p>24) Melzer e Parahyba</p>	<p>Estimar as taxas de</p>	<p>Definição Ausente</p>	<p>Questões de demografia,</p>	<p>A dificuldade em andar mais de</p>

<p>Socio-demographic correlates of mobility disability in older Brazilians: results of the first national survey</p> <p>Age and Ageing, 33:253-259, 2004.</p>	<p>incapacidade e explorar associações, identificar os mais significantes marcador socioeconômico associados a prevalência de incapacidade da mobilidade na velhice no Brasil.</p>	<p>emprego e saúde, trabalho e mobilidade física, educação, migração, renda e condição no domicílio.</p>	<p>quilômetro, em andar mais de 100 metros e a dificuldade com a alimentação/ tomar um banho ou ir ao banheiro, foram selecionados como sendo os melhores marcadores de incapacidade leve, moderada e grave respectivamente.</p>
<p>PNAD</p>		<p>Para deficiência foram questionados se, <i>normalmente por problema de saúde, possui incapacidade para realizar</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Alimentação, tomar um banho ou ir ao banheiro; 2) correr, levantar peso, fazer esportes? Ou fazer trabalho pesado? 3) empurrar uma mesa ou fazer tarefas domésticas? 4) subir escadas? 5) ajoelhar-se ou dobrar para baixo? 6) andar mais de um quilometro? 7) andando cerca de 100m 	<p>Baixa renda e menor escolaridade são fortes fatores de risco para o aumento da deficiência.</p> <p>A educação é um marcador dominante na diferença da deficiência.</p> <p>Limitações:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) A amostra rural não é completa. 2) A cobertura sobre a incapacidade funcional é somente a nível de funcionamento físico e nenhuma medida cognitiva e mental. 3) Resultado obtido por auto-relato, limitando a totalidade de um dado. 4) A resposta para incapacidade na alimentação, ir ao banheiro e tomar banho, pode ser influenciada pela diversidade das instalações para diferentes grupos. 5) Para a variável renda, pode haver uma tendência para

				trabalhadores com baixos salários, uma vez que são registrados valores menores que o valor real. 6) Vantagem do estudo é a amostra muito grande e de cobertura nacional, podendo fornecer dados sobre a deficiência de pessoas idosas no Brasil.
25) Parahyba et al	Estimar o efeito de aumentar a renda sobre a frequência de deficiência em uma amostra de mais de 63 mil pessoas idosas em todo o Brasil	Incapacidade é a dificuldade em realizar as tarefas diárias	Variáveis demográficas e socioeconômicas. Variáveis utilizadas para capacidade funcional foram: 1) Alimentação, tomar um banho ou ir ao banheiro; 2) Correr, levantar peso, fazer esportes? Ou fazer Trabalho pesado? 3) empurrar uma mesa ou fazer tarefas domésticas? 4) subir escadas? 5) ajoelhar-se ou dobrar para baixo? 6) andar mais de um quilometro? 7) andando cerca de 100m	Quanto maior a renda, menor a prevalência de deficiência. Limitação: o auto-relato da renda é um valor aproximado. Ponto forte: Amostra muito grande, cobertura quase nacional, o conjunto de dados inclui as principais variáveis demográficas e socioeconômicas, além de informações sobre deficiência.
Reductions in disability prevalence among the highest income groups o folder brasilians.				
American Journal of Public Health, 99(1): 81-86, 2009.				
PNAD				