



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

LARISSA RENATA DE OLIVEIRA MAZÉPAS

**Fatores associados à capacidade funcional de idosos em condições
socioeconômicas desfavoráveis residentes na Região Administrativa da
Estrutural- Distrito Federal**

BRASÍLIA
2012

LARISSA RENATA DE OLIVEIRA MAZÉPAS

Fatores associados à capacidade funcional de idosos em condições socioeconômicas desfavoráveis residentes na Região Administrativa da Estrutural- Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof.^a Dra. Kátia Vanessa Pinto de Meneses.

Co-orientador: Prof. Ms. Vagner Dos Santos

BRASÍLIA

2012

Mazépas, Larissa Renata de Oliveira.

Fatores associados à capacidade funcional de idosos em condições socioeconômicas desfavoráveis residentes na Vila Estrutural- Distrito Federal/ Larissa Renata de Oliveira Mazépas. – Brasília: Universidade de Brasília, 2012.

58f. : il.

Monografia (Bacharelado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Orientador: Prof^a. Dra. Kátia Vanessa Pinto de Meneses

Co-orientador: Prof.Ms. Vagner Dos Santos

1. Capacidade Funcional, 2. Idosos, 3. Vulnerabilidade Social.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FS-UnB

Protocolo nº: 017/12

Data: 8 de maio de 2012

LARISSA RENATA DE OLIVEIRA MAZÉPAS

Fatores associados à capacidade funcional de idosos em condições socioeconômicas desfavoráveis residentes na Região Administrativa da Estrutural- Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Ms. Vagner Dos Santos
Universidade de Brasília

Prof.^aDra. Andrea Donatti Gallassi
Universidade de Brasília

Prof.^aMs. Carolina Becker Bueno de Abreu
Universidade de Brasília

Brasília, _____ de outubro de 2012.

Dedico este trabalho de conclusão de curso primeiramente aos idosos que passaram pela minha vida deixando lembranças, experiências, alegrias e desejos.

A minha mãe Marlúcia e seu esposo Charles pelo apoio e suporte que me favoreceram a lograr o sucesso almejado.

Ao meu pai Fidelito e sua esposa Kátia por sempre acreditarem em mim, até mesmo quando eu não acreditava. Vocês são fonte da minha inspiração e luz.

Aos meus irmãos Erick, Arthur, Andrey em especial Jean, pelo apoio físico e suporte emocional. Vocês são a alegria e o sentido da minha vida.

A minha tia Marli que sempre me apoiou e celebrou comigo todos os grandes momentos;

Ao meu tio Miguel e sua equipe profissional que tão gentilmente me ajudaram em minha jornada acadêmica;

Aos meus primos, em especial Carolyna por enxugar cada lágrima nos momentos de desespero;

As minhas Grandes Amigas que completam minha Felicidade, são verdadeiras Ternuras, e dão sentido à UnB, vocês são grandes irmãs;

Ao meu namorado Rangel, amigo e companheiro, pelo amor e paciência em mais esta etapa, e a toda sua família;

Aos meus avós Maria Ferreira e Antônio Juvino, sem os quais não estaria aqui hoje.

A todos familiares que são a essência dessa vida, no qual não existe acaso ou destino;

Muito Obrigada por cada um existir e fazer a diferença em minha vida, vocês são essenciais!

Amo todos vocês!

AGRADECIMENTOS

O caminho foi longo, cansativo, cheio de imprevistos e muitas vezes desanimador, mas graças a Deus tive pessoas maravilhosas ao meu lado durante esta jornada, tornou-a mais agradável.

Agradeço a Deus primeiramente, por me iluminar, guiar meus passos e me presentear com essa oportunidade de evolução única,

A minha família e meu namorado que são o meu suporte e o verdadeiro sentido da palavra amor,

A todos os professores que colaboraram para meu engrandecimento científico; em especial a Ana Rita Lobo, Nazareth Malcher, Tatiana Ponte, Flávia Mazitelli, Kátia Meneses e Vagner Dos Santos;

Aos meus amigos e colegas da 1ª turma de graduação em Terapia Ocupacional-UnB/FCE, em especial: Emilianna, Thaiene, Bárbara, Raianne, Vanessa, Helena, Ana Luiza, Ana Carolina Sucupira, Dalilla, Daiane, Jeanine, Kamylla, Thamires, Tássia e Kelly. Também as amigas Shaidra, Jéssica e Natália. Agradeço pelo apoio, carinho, momentos de luta e pelos sorrisos que todas vocês proporcionaram.

As minhas supervisoras de estágio, em especial a Thaís Fonseca, que me fortaleceu, ensinou e deu sentido ao que muitas vezes eu nem queria mais acreditar;

Aos meus pacientes que muito me ensinaram e pela confiança em mim depositada;

Ao Programa Providência pelo apoio físico sem o qual não teria conseguido realizar a minha pesquisa, em especial a Maria de Mello e Rafaella que muito me ajudaram no desenvolvimento da mesma;

Ao professor e estatístico Leonel que muito me auxiliou, sendo essencial para conclusão de mais uma etapa;

A Andrea Gallassi e Carolina Becker, por terem aceitado o convite para a avaliação deste trabalho.

Aos funcionários da FCE em especial a Zilma e Jesus.

Sem vocês não chegaria até aqui. Muito Obrigada!

Aquele que envelhece e que segue atentamente esse processo poderá observar como, apesar de as forças falharem e as potencialidades deixarem de ser as que eram, a vida pode, até bastante tarde, ano após ano e até ao fim, ainda ser capaz de aumentar e multiplicar a interminável rede das suas relações e interdependências e como, desde que a memória se mantenha desperta, nada daquilo que é transitório e já se passou se perde.

Hermann Hesse

RESUMO

MAZÉPAS, L. R. de O. **Fatores associados à capacidade funcional de idosos em condições socioeconômicas desfavoráveis residentes na Região Administrativa Estrutural-Distrito Federal.** 2012. 58f. Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, Graduação em Terapia Ocupacional, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2012.

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios a serem enfrentados nas próximas décadas, devido ao decréscimo da capacidade funcional e as consequências na qualidade de vida, independência e autonomia dos idosos. O presente trabalho trata-se de um estudo transversal, seccional, quantitativo e descritivo, cujo objetivo foi identificar se os fatores rendimento mensal do idoso, gênero, idade, escolaridade e estado civil estão relacionados à capacidade funcional de idosos em condições socioeconômicas desfavoráveis e residentes na Região Administrativa da Estrutural, Brasília - DF. A capacidade funcional foi medida usando uma versão adaptada do instrumento OARS/BOMFAQ, no qual os participantes indicaram suas dificuldades em realizar 15 atividades de vida diária. Foram realizadas análises descritivas utilizando-se o Microsoft Office Excel para caracterizar o comportamento das variáveis estudadas e compará-las com pesquisas equivalentes. Foram analisados 534 questionários e os resultados do estudo mostraram que há relações entre a Capacidade Funcional reduzida e os seguintes fatores: gênero (feminino), estado conjugal (solteiro), escolaridade (não estudar ou baixo nível educacional), idade (de 59 a 69 anos) e rendimento mensal do idoso (não possuir renda). Conclui-se que a maioria dos idosos apresentou um nível de capacidade funcional mais próximo da categoria -sem comprometimento-, em sua maior parte, idosos capazes de realizar de forma independente suas atividades cotidianas apesar de viverem em uma situação de vulnerabilidade social.

Palavras-chave: Capacidade Funcional. Idosos. Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

MAZÉPAS, L. R. de O. **ability of elderly residents in unfavorable socioeconomic conditions in Estrutural Administrative Region - Distrito Federal.** 2012. 58f. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, Undergraduate Occupational Therapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2012.

Population ageing is one of the major challenges for the next decades, due to the elders decrease of functional capacity and the impact on quality of life, independence and autonomy. The present research is a cross-sectional, descriptive study. It aimed to identify in how factors such as personal income, gender, age, education and marital status are related with elder's functional ability living under unfavorable socioeconomic conditions at Administrative Region Estrutural-DF. The Functional Capacity was measured using an adapted version of the OARS/BOMFAQ instrument. Participants indicated their difficulties to perform 15 daily activities. Descriptive analysis was made using the Microsoft Office Excel in order to characterize patterns of answers and compare them with similar studies. A total of 534 questionnaires were analyzed, and the results indicated that there are relations among low function capacity and the following factors: gender (female), marital status (being single), education (illiteracy or low education level), age (59-69 years) and income of the elderly (with no income). Finally, it is possible to conclude that most of the elderly presented a function capacity close to the category -no impairment-, being able to perform their daily activities, despite living in a situation of social vulnerability.

Keywords: Functional Capacity. Elderly. Social Vulnerability.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Pirâmide populacional brasileira no ano de 2010.....	21
Figura 2 - Projeções da pirâmide populacional brasileira nos anos de 2030 e 2050.....	21
Gráfico 1- Evolução do índice envelhecimento população. Brasil – 1980/2050.....	15
Gráfico 2- Capacidade Funcional de acordo com as características do OARS....	36
Gráfico 3- Comparação entre os resultados do OARS e Gênero.....	37
Gráfico 4- Comparação entre os resultados do OARS e Faixa Etária.....	37
Gráfico 5- Comparação entre os resultados do OARS e Estado Civil.....	38
Gráfico 6- Comparação entre os resultados do OARS e Escolaridade.....	39
Gráfico 7- Comparação entre os resultados do OARS e Rendimento Mensal do Idoso.....	40
Quadro 1- Síntese do estudo. Vila Estrutural, Brasília, 2010.....	30
Quadro 2- Composição do questionário domiciliar. Vila Estrutural, Brasília, 2010.....	31
Quadro 3- Valores para o tamanho da amostra em função do N da população.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficos predisponentes significativamente associadas à Capacidade Funcional de idosos.....	35
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVDs - Atividades Avançadas de Vida Diária

AIVD- Atividade Instrumental de Vida Diária

AIVDs- Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD- Atividade de Vida Diária

AVDs- Atividades de Vida Diária

AVDI- Atividades básicas para o convívio independente na comunidade ou instrumentais

BELACAP- Serviço de ajardinamento e limpeza urbana do Distrito Federal

BOMFAQ- Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CF- Capacidade Funcional

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CL- Comprometimento Leve

CM- Comprometimento Moderado

CODEPLAN- Companhia de Planejamento do Distrito Federal

CS- Comprometimento Severo

DF- Distrito Federal

EPCL- Estrada Parque Ceilândia

EUA- Estados Unidos da América

FAPDF- Fundo de Apoio a Pesquisa do Distrito Federal

FCE- Faculdade de Ceilândia

FS- Faculdade de Saúde

GDF- Governo do Distrito Federal

HAQ- Health Assessment Questionnaire

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IF- Incapacidade Funcional

Km²- Quilômetro Quadrado

MAI- Multilevel Assessment Instrument

MEEM- Mini Exame de Estado Mental

MIF- Medida de Independência funcional

OARS- Older Americans Resources and Services

OASIS- Outcome and Assessment Information Set
OMS- Organização Mundial de Saúde
OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PIVE- Projeto Integrado Vila Estrutural
QV- Qualidade de Vida
RA- Região Administrativa
SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe
SC- Sem Comprometimento
SCIA- Setor Complementar de Indústria e Abastecimento
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB- Universidade de Brasília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
1 ENVELHECIMENTO	18
1.1 ENVELHECIMENTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	18
1.1.1 <i>O processo de envelhecimento populacional no Mundo</i>	19
1.1.2 <i>O processo de envelhecimento populacional no Brasil</i>	20
1.1.3 <i>O processo de envelhecimento na Região Administrativa da Estrutural</i>	22
1.2 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA.....	23
1.3 SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL.....	24
1.3.1 <i>Atividades da Vida Diária (AVDs), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs)</i>	25
1.3.2 <i>Avaliação da Capacidade Funcional</i>	256
1.3.3 <i>Incapacidade Funcional</i>	26
2JUSTIFICATIVA	278
3 OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GERAL	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4 METODOLOGIA	30
4.1 PESQUISA BASE - “REVELANDO AS CONDIÇÕES DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NA VILA ESTRUTURAL – DF”	30
4.2 PRESENTE ESTUDO	31
4.3 DELINEAMENTO DO PRESENTE ESTUDO.....	32
4.3.1 <i>Instrumento OARS/BOMFAQ</i>	333
4.4 ANÁLISE DOS DADOS DO PRESENTE ESTUDO	34
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DO PRESENTE ESTUDO	34
5 RESULTADOS	35
5.1 CAPACIDADE FUNCIONAL	36
5.2 GÊNERO E CAPACIDADE FUNCIONAL.....	36
5.3 FAIXA ETÁRIA E CAPACIDADE FUNCIONAL.....	37
5.4 ESTADO CIVIL E CAPACIDADE FUNCIONAL	38
5.5 ESCOLARIDADE E CAPACIDADE FUNCIONAL	39

5.6 RENDIMENTO MENSAL DO IDOSO E CAPACIDADE FUNCIONAL	39
6 DISCUSSÃO	41
7 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	51
ANEXO A - INSTRUMENTO UTILIZADO PARA A COLETA DE DADOS	52
ANEXO B- OLDER AMERICANS RESOURCES AND SERVICES PROGRAM - OARS/BOMFAQ.....	56
ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DA PESQUISA BASE	57
ANEXO D- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE SAÚDE	58

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno de âmbito nacional e mundial que repercute na esfera social, econômica, política e cultural das sociedades, particularmente no que diz respeito à saúde, uma vez que os “idosos possuem demandas específicas para a obtenção de adequadas condições de vida” (HAMAD, 2008, p. 19). Desse modo, discutem-se as mudanças nos padrões de vida, apresentando novos conceitos como a autonomia visando avaliar o bem-estar através de mudanças nas condições sociais (FRANK et al., 2007; KALACHE et al., 1987).

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE(2008), para cada 100 crianças (0-14 anos) o número de idosos passará de 24,7 em 2008 para 172,7 em 2050 (Gráfico 1). Um dos indicadores do envelhecimento populacional no País é o aumento da expectativa de vida ao nascer que passará de 72,2 anos em 2008 para 81,29 em 2050. Porém, esse quadro é diferenciado para homens e mulheres, seguindo a tendência internacionalmente observada que elas apresentam a maior expectativa de vida.

Gráfico 1 - Evolução do índice envelhecimento da população – Brasil – 1980/2050.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

Nota: $\{[\text{POP} (65+) / \text{POP} (0 \text{ a } 14)] * 100\}$: 1980 / 2050.

Com a diminuição das crianças e adolescentes e aumento das demais camadas há o que é comumente conhecido como transição demográfica. Essa ocorre de forma desigual, justificada em grande parte, pelas mudanças nas

condições sociais e de atenção em saúde. Vários fatores são relevantes para esse quadro, como: taxa de fecundidade, número de nascimentos, taxa de mortalidade, nível educacional, renda familiar, dentre outros aspectos sociodemográficos (IBGE, 2011; SIMOES, 2006).

Sabe-se que no envelhecimento ocorrem mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas, que afetam diretamente todos os componentes de desempenho, reduzindo muitas vezes a capacidade funcional, comprometendo a realização de atividades de vida diária, dificultando o autocuidado e a participação social (GUIMARÃES et al., 2004; RAMOS, 2003).

Idosos com algum grau de dependência podem sofrer estigma, e conseqüentemente limitar sua participação na vida familiar e no meio social. Nesse sentido são importantes ações e políticas que visam uma mudança na perspectiva do processo de envelhecimento como um aspecto negativo, associado a uma fase da vida de grande dependência, deterioração e declínios na capacidade funcional (CF) (SILVA, 2011; TOÉ, 2009).

O conceito de Capacidade Funcional, apresentado anteriormente “abrange a capacidade de o indivíduo manter competência, habilidades físicas e mentais para um viver independente e autônomo” (ROSA, 2003, p.125). Assim, reconhece-se que os sistemas de saúde deveriam priorizar as intervenções de promoção de independência e prevenção de déficits cognitivos e físicos, por meio de ações multiprofissionais para a manutenção da CF das populações idosas (RAMOS, 2003).

Destaca-se ainda, que “a investigação da capacidade funcional é um dos grandes marcadores da saúde do idoso, e vem emergindo como componente-chave para a avaliação da saúde dessa população” (NUNES et al., 2010, p.2888). “É através dela que conseguimos diagnosticar, tratar, reabilitar e evitar complicações secundárias das doenças crônico-degenerativas que tão frequentemente acometem os idosos” (WANDERLEY e DINIZ, 2012, p.1).

Com o aumento da população idosa no Brasil, aumentam também os desafios a serem enfrentados por eles e pela sociedade, a fim de se obter um envelhecimento digno e com qualidade de vida. Nessa perspectiva, o presente trabalho de conclusão de curso em Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília–UnB buscou analisar a influência dos efeitos socioeconômicos e

demográficos na Capacidade Funcional de idosos residentes em uma região considerada economicamente desfavorável, em Brasília-DF.

Como o enfoque do presente estudo é a Capacidade Funcional, apresenta-se uma revisão dos conceitos de envelhecimento populacional, as alterações biológicas do envelhecimento, o processo de envelhecimento no mundo e no Brasil e sobre a Capacidade Funcional. Ainda, uma breve apresentação da Região Administrativa da Estrutural, onde foi realizada a pesquisa.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 ENVELHECIMENTO

1.1 ENVELHECIMENTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

O envelhecimento é definido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e referendado pelo Ministério da Saúde como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie...” (MORAIS, RODRIGUES e GERHARDT, 2008, p.2). É um processo natural, progressivo e multifatorial com influências intrínsecas e extrínsecas onde pode haver declínios das capacidades físicas, perdas no plano biológico, sócio afetivo, psicológico e comportamental (VERAS, 2009; CAMARANO, 2004).

Com o avanço da idade, são naturais as mudanças morfológicas, funcionais, bioquímicas e musculares. Como consequência tem-se a diminuição da flexibilidade, mobilidade e elasticidade corporal, lentificação dos movimentos, fraqueza óssea, deterioração do aparelho bronco pulmonar e cardiovascular, dentre outros, afetando diretamente a capacidade de realizar tarefas do dia a dia (LACOURT e MARINI, 2006; GUIMARÃES et al., 2004).

O processo de envelhecimento humano é um fenômeno heterogêneo, no qual se deve levar em consideração o gênero, a idade, o grupo social, as condições sociais e econômicas, a região geográfica em que ocorre, a localização e condições de moradia, a história de vida e da inserção na sociedade, família e no mercado de trabalho (FRANK et al., 2007).

Embora esse processo de envelhecimento populacional tenha sido desejado pela sociedade, de ter sido resultado de políticas de incentivos promovidos pela sociedade e pelo Estado e do progresso tecnológico, as suas consequências têm sido, em geral, vistas com preocupações por acarretarem pressões para a transferência de recursos na sociedade. Várias questões têm sido levantadas pelos vários campos do conhecimento. A principal questão colocada pela Demografia é sobre a existência de uma associação entre o envelhecimento populacional e dependência e se essa relação é dinâmica, ou seja, varia no tempo, no espaço, entre os diversos grupos sociais e étnicos, etc (FREITAS, 2006, p. 88).

1.1.1 O Envelhecimento Populacional no Mundo

A Organização Mundial de Saúde – OMS define como idoso quem tem 65 anos de idade nos países desenvolvidos e 60 para os países em desenvolvimento, como no caso brasileiro. Os que apresentam 80 anos ou mais são considerados anciões, sendo a população que apresenta o maior crescimento atualmente (SILVA, 2010), fato denominado por Nasri (2008) como “envelhecimento da população idosa”.

Apesar de o envelhecimento populacional ser um fenômeno dos países desenvolvidos e especialmente dos em desenvolvimento, há ainda notáveis diferenças entre esses, já que diferentes mecanismos levam a esse fenômeno (KALACHE et al., 1987). Nos países em desenvolvimento observa-se o aumento na expectativa de vida a partir de 1960,

Desde então até o ano 2020, as estimativas são de um crescimento bastante acentuado; a expectativa média de vida ao nascimento no Terceiro Mundo nesses sessenta anos terá aumentado mais de 23 anos, atingindo 68,9 anos em 2020. No mesmo período, no entanto, o aumento na expectativa de vida para pessoas nascidas em países desenvolvidos será comparativamente muito menor, passando de 69,8 anos em 1960 para 77,2 em 2020 (KALACHE et al., 2007, p. 3).

O processo de envelhecimento populacional dá-se por meio do declínio da fecundidade e da mortalidade. Dessa forma, com a diminuição de jovens e aumento das demais camadas, resulta-se no fenômeno conhecido por transição demográfica. (SILVA, 2010; NASRI, 2008; CAMARANO, 2004; CARVALHO e GARCIA, 2003).

A transição demográfica iniciou-se na Europa com a redução da fecundidade, fato anterior ao uso de pílulas anticoncepcionais (NASRI, 2008). Concomitante a esse fato houve o declínio das taxas de mortalidade com a elevação do nível de vida da população, trazidos com o progresso da agricultura e da medicina através das vacinas e antibióticos, da descoberta de novas tecnologias, das melhorias sociais como saneamento e urbanização, sendo fatos essenciais para o aumento da expectativa de vida em âmbito mundial (WERLE, 2009; NASRI, 2008). Esses avanços repercutiram em outros países como, por exemplo, os Estados Unidos, onde uma das principais causas de morte era atribuída à tuberculose, e quando comparada aos dias atuais apresenta redução de 99% (NASRI, 2008).

Na América Latina, os países em desenvolvimento apresentam um desenvolvimento social semelhante ao Europeu no que diz respeito ao processo de urbanização, entretanto, não houve alteração na distribuição de renda (CARVALHO e WONG, 2008). Atualmente a transição demográfica encontra-se em diferentes fases ao redor do mundo e vinculada à transição epidemiológica resultam no envelhecimento populacional (WERLE, 2009).

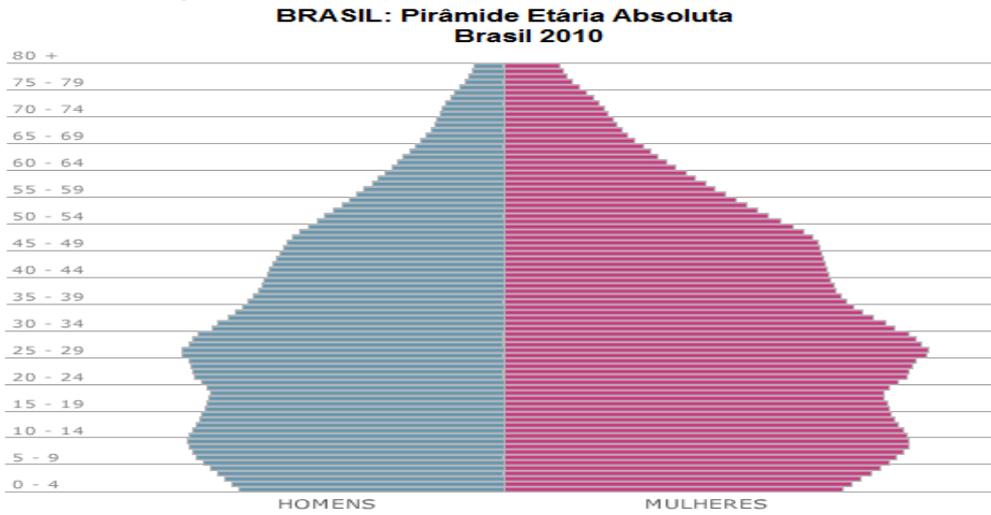
Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas [...] O processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (SCHRAMM et al., 2004, p. 2).

1.1.2 O Envelhecimento Populacional no Brasil

A partir da década de 40 o Brasil começou a apresentar oscilações nas taxas de fecundidade e mortalidade. No início desta década, existiam 1,7 milhão de indivíduos com mais de 60 anos, 4,1% do total da população. A partir de 1960 há declínios em ambas as taxas, quadro acentuado no final do século passado, quando a população idosa passa para 14,5 milhões que representa 8,5% do total da população. Projeta-se para 2020 um contingente de 30,9 milhões de idosos que representará 14% do total da população brasileira (FREITAS, 2006). Dessa forma “quando comparado a outros países, o Brasil realizou uma das transições demográficas mais rápidas do mundo: em países como a França, por exemplo, essa transição levou quase dois séculos” (IBGE, 2009, p. 1).

É importante destacar que a expectativa para 2030 é que o número de idosos ultrapassará cerca de 4 milhões o de crianças e adolescentes, no país. Em 2050 essa diferença passará para 35,8 milhões, quando os idosos representarão 28,8% no total da população (IBGE, 2008). Dentro dessa realidade, não é difícil imaginar as projeções das futuras pirâmides etárias brasileiras, com a diminuição populacional de sua base e aumento das demais camadas (NASRI, 2008; WONG e CARVALHO, 2006; CARVALHO e GARCIA, 2003), como pode ser observado a seguir (Figuras 1 e 2).

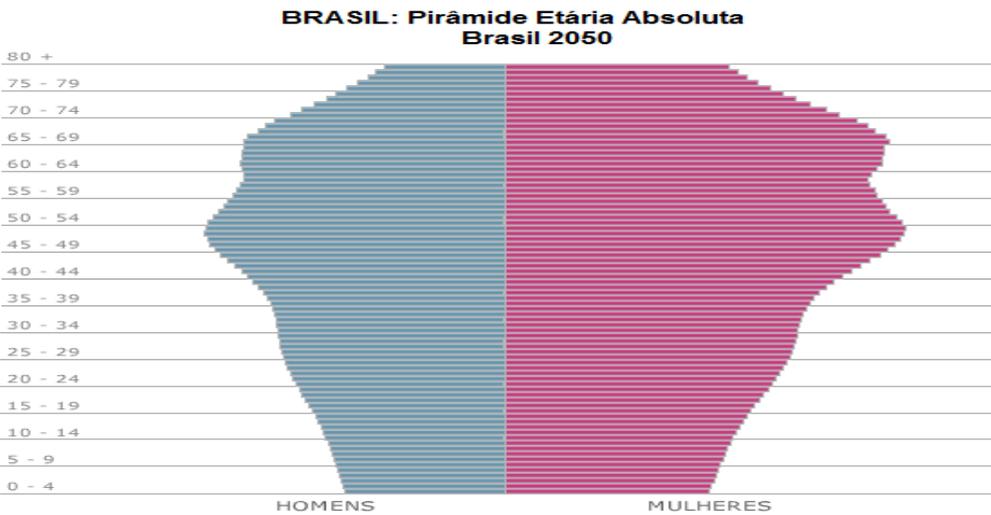
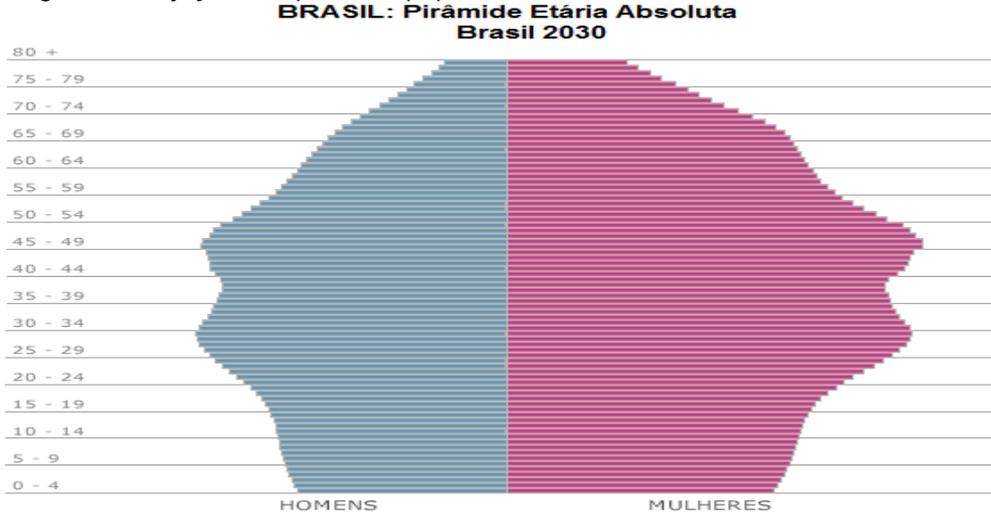
Figura 1- Pirâmide populacional brasileira no ano de 2010.



Fonte: IBGE – Projeção da População do Brasil: 1980-2050.

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm

Figura 2- Projeções da pirâmide populacional brasileira nos anos de 2030 e 2050.



Fonte: IBGE – Projeção da População do Brasil: 1980-2050.

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio- PNAD, atualmente 21,7 milhões de pessoas idosas vivem no Brasil (11,3%), sendo que 327 mil estão na capital Brasília, que tem em sua população 3.270.564 habitantes (IBGE, 2010). Essa população é constituída tanto por pessoas em situação de dependência que vivenciam taxas elevadas de pobreza e miséria, quanto por provedores que dispõem de casa própria e emprego formal (MELLO et al., 2011). É notória a heterogeneidade desse segmento em termos sociodemográficos e socioeconômicos, fato associado às desigualdades observadas no País e na região. Nesse sentido, torna-se necessário pensar na formulação, reformulação ou efetivação de políticas públicas, considerando as especificidades de cada região (MELLO et al., 2011; IBGE, 2009; FREITAS, 2006).

A preocupação com essa realidade é recente e caso não haja melhorias, muitos idosos terão impactos em sua autonomia, envelhecendo sem qualidade de vida. Nesse sentido é importante desenvolver conhecimento sobre o processo de ocupação do centro-oeste, em especial o Distrito Federal e suas regiões administrativas, que correspondem a municípios em outras unidades da federação.

1.1.3 O processo de Envelhecimento Populacional na Região Administrativa Estrutural.

Após a inauguração de Brasília, observa-se o elevado e desordenado crescimento populacional, e como consequência o surgimento de um processo de exclusão social, além de problemas habitacionais. Surge assim a busca por condições de moradia, que normalmente são abordadas no contexto local como ocupações irregulares, e ainda comumente referidas como 'invasões'. No entanto, há algumas contradições no próprio conceito de invasão, pois implica no não reconhecimento da necessidade habitacional de diferentes grupos populacionais na região. Alguns autores descrevem esse fenômeno de uma maneira limitada do ponto de vista da análise social, por exemplo, segundo Mello et al. (2011, p. 8) "a invasão surge com a construção de um, dois, ou mais barracos isolados. O seu crescimento ocorre por meio de ações das relações de amizade e de parentesco e/ou familiares e na sua maioria são organizadas".

Nessa perspectiva, a questão social em torno desse fenômeno se reduz a responsabilidade e culpabilização daqueles que sofrem com falta de recursos econômicos e de acesso a bens e serviços. Isso resulta em um processo de exclusão social, produção de estigma, que se reproduz em diferentes meios:

[...] uma dessas invasões de Brasília é denominada como “Invasão da Estrutural” ou “Vila Estrutural” [...] Trata-se da segunda maior área originária do processo de “invasões” do espaço público do DF (só perde para a comunidade do Itapuã). É considerada, porém, a invasão em condições mais críticas do DF, com sérios problemas nas áreas de saúde, educação, segurança e transporte (MELLO et al., 2011, p. 9).

Essas condições tem impacto direto na qualidade de vida, desenvolvimento e no processo de envelhecimento de sua população. Alguns avanços têm sido realizados com o seu reconhecimento como unidade administrativa local. A anteriormente “Vila da Estrutural”, hoje em dia é reconhecida pela Lei Distrital nº 3.315, de 27 de janeiro de 2004, a qual a transformou na Região Administrativa-RA XXV SCIA Estrutural (CODEPLAN 2007). Sendo assim, consiste em RA que ocupa área de aproximadamente 29 Km² e tem cerca de 35.000 habitantes (GDF – Brasília Sustentável Projeto Integrado Vila Estrutural – PIVE 2008).

1.2 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

São inúmeros os impactos que a nova realidade demográfica brasileira pode causar (IBGE, 2009). O perfil de saúde é modificado, também, pelo envelhecimento da população, tornando-se alvo de questionamentos e preocupações, no sentido de que esse prolongamento seja vivido com qualidade e vitalidade. Portanto, tem-se priorizado cada vez mais a importância do envelhecimento bem sucedido - vida longa e livre de doenças - (BARROS JUNIOR, 2009).

Na prática esse é um conceito distante da nossa realidade, pois sabe que a maioria dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica (RAMOS et al., 1993). Assim, o foco passa a ser a qualidade de vida (QV), que segundo Silva (2010, p. 9):

Está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos, como: a capacidade funcional; o nível socioeconômico; o estado emocional; a interação social; a atividade intelectual; o autocuidado; o suporte familiar; o próprio estado de saúde; os valores culturais; éticos; a religiosidade; o estilo de vida; a satisfação com o emprego e/ou com

atividades diárias e o ambiente em que se vive. É um conceito subjetivo, que varia de autor para autor, pois é influenciado pelo nível sociocultural, a faixa etária e as aspirações pessoais do indivíduo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) corrobora esse conceito, trazendo que a qualidade de vida depende da saúde física e psicológica, da autonomia, das relações sociais e ambientais, devendo sempre ser levado em conta às dimensões do ser humano e as individualidades de cada um (SOUZA e CARVALHO, 2003). Vai além das necessidades fisiológicas, precisa-se de condições que causem bem-estar subjetivo e social aos seres humano, tais como: afeto, trabalho, família, segurança e conforto. São várias dimensões que devem estar harmônicas, podendo uma influenciar na outra.

Um modo de analisar a qualidade de vida dos idosos é através da estimativa do grau de dependência e independência na realização das atividades cotidianas. Quando não há dificuldades na realização dessas, pode-se dizer que o idoso apresenta maior capacidade funcional ou que a CF está preservada. Já quando ocorre o oposto, diz-se que eles apresentam um decréscimo funcional ou incapacidade funcional, o que os tornam integralmente ou parcialmente dependentes (ALENCAR et al., 2008; GUIMARÃES et al., 2004; RAMOS, 2003; KALACHE et al., 1987).

1.3 SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL

A saúde, dentro de uma ótica da capacidade funcional, “é resultante da interação multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica” (RAMOS, 2003, p. 794). Quando alguma dessas esferas está comprometida, a capacidade funcional do idoso pode ser afetada.

Embora o conceito de capacidade funcional seja bastante complexo abrangendo outros como: deficiência, incapacidade, desvantagem, autonomia e independência, na prática trabalha-se com o conceito de capacidade/incapacidade (ROSA, 2003, p. 41).

Capacidade funcional, segundo Fielder e Peres (2008), é o “potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar de forma independente em suas vidas, e em seu cotidiano”. Esse conceito abrange a capacidade de o indivíduo manter competência, habilidades físicas e mentais para viver de forma independente e

autônomo, sendo a capacidade básica do indivíduo em realizar suas atividades cotidianas: as Atividades da Vida Diária (AVDs) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) (BISPO, 2012; ALENCAR et al., 2008; GUIMARÃES et al., 2004; ROSA, 2003).

1.3.1 Atividades da Vida Diária (AVDs), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs).

O conceito de AVDs e AIVDs foi inicialmente apresentado por Lawton e Brody em 1969. Esses autores classificaram as atividades cotidianas em duas categorias de acordo com seu nível de complexidade (SILVA NETO, 2011).

A primeira categoria é das AVDs. Essa se refere às atividades básicas cotidianas, exigidas para sobrevivência tais como: autocuidado, mobilidade, alimentar-se, vestir-se, fazer higiene pessoal, banhar-se, controle de esfíncteres, etc.

A segunda categoria é das AIVDs, que abarca atividades mais complexas de funções sociais, participação e gerenciamento e requerem adaptação do indivíduo ao meio, tais como: participação na comunidade, fazer limpeza de casa, utilizar o telefone, cuidar da roupa e da comida, fazer o uso de equipamentos domésticos, fazer compras, ir ao banco, usar transporte pessoal ou público, gerir medicações e finanças, etc (SILVA NETO, 2011; OLIVEIRA, 2005).

Além das AVDs (atividades básicas) e das AIVDs (atividades intermediárias), em 1989 foi proposto por Reuben e Solomon o uso de outro nível de atividade, as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs) que englobam as atividades sociais, produtivas, físicas e de lazer (DIAS et al., 2011; DIAS et al., 2010).

As AAVDs foram inicialmente definidas como atividades voluntárias, específicas para cada indivíduo e influenciadas por fatores socioculturais e motivacionais. Os autores defenderam a necessidade de aprofundamento no estudo destas atividades, sugerindo sua correlação com a qualidade de vida e saúde mental dos idosos, além de dificuldades nas AAVDs serem preditoras de declínio funcional progressivo em fase inicial (DIAS et al., 2011, p. 46).

Apesar de serem atividades que estão ganhando destaque nos últimos anos, ainda não há "instrumentos validados específicos para a avaliação das AAVDs" (DIAS et al., 2011, p. 48).

1.3.2 Avaliação da Capacidade Funcional

Por meio das escalas de AVD e AIVD foram desenvolvidas avaliações funcionais. O objetivo dessas escalas é avaliar os níveis de funcionalidade para desempenhar atividades (físicas, sociais, lazer, etc.), visando obter, promover ou manter capacidades físicas e cognitivas para um envelhecimento bem sucedido, com redução ou minimização de doenças e incapacidades, refletindo assim, em uma melhor QV e um viver independente mesmo em idades avançadas (LAW, 2005; MELLO et al., 2004; GUIMARÃES et al., 2004; ROSA et al., 2003).

Dentre as avaliações funcionais temos diversos instrumentos tais como: o Índice de Katz, Índice de Barthel, OARS, OASIS, Escala de AIVD de Lawton, MIF, MAI, HAQ, dentre outros (CARVALHO, 2012; RICCI et al., 2005; GUIMARÃES et al., 2004; DIOGO, 2003; ROSA, 2003).

Os resultados dessas avaliações podem detectar precocemente os parâmetros funcionais e perfil do idoso de acordo com seu contexto físico, mental e social, já que esses influenciam diretamente na CF (GUIMARÃES et al., 2004; DIOGO, 2003; ROSA, 2003). São essências para elaboração de políticas, visando retardar, prevenir ou eliminar os fatores de risco para a incapacidade funcional (ALVES et al., 2007; OLIVEIRA, 2005; XAVIER et al., 2000; LEE, 2000).

1.3.3 Incapacidade Funcional

“Chamam-se limitações funcionais as restrições em realizar ações físicas e mentais fundamentais para a vida diária do indivíduo, em comparação às pessoas de mesmo sexo e faixa etária” (GIACOMIN, 2005, p. 80). Na maioria das vezes essas limitações estão associadas com “fragilidade, institucionalização e dependência, trazendo complicações ao longo do tempo e gerando cuidados de longa permanência e alto custo” (MARTINS e MEDEIROS, 2006, p. 1) além de aumentar o risco de quedas, hospitalização, morbidade, podendo levar a morte (GUIMARÃES et al., 2004).

As limitações funcionais no desempenho das AVDs e AIVDs são fatores de risco para a incapacidade funcional (RAMOS, 2003), que segundo a Organização Mundial de Saúde, refere-se: “à dificuldade para realizar as atividades típicas e

pessoalmente desejadas na sociedade devido a uma deficiência” (CIF, 2003). Já Rosa (2003,p. 41) define como “a presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las”. Ou ainda por Giacomini (2005) como:

Dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida (autocuidado, cuidado com a casa e trabalho) devido a um problema físico ou de saúde [...] pode ter origem em pelo menos um componente, que pode coexistir ou não com outros – físico e/ou cognitivo e/ou social (GIACOMINI et al., 2005, p. 81).

Segundo a CIF (2003, p.5) “a 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”. Assim, a incapacidade funcional (IF) é um somatório de declínio físico e/ou psicológico, dependência total ou parcial na realização de atividades e fatores socioambientais aos quais os idosos estão inseridos, os impedindo de viverem independentemente em sua comunidade (SILVA, 2011; SANTOS; 2007).

2JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional é hoje uma realidade mundial. No Brasil, observa-se o crescimento da população idosa a partir de 1940. Desde então, esse número aumenta a cada dia, bem como a expectativa de vida e sobrevivência dos idosos. As projeções futuras já mostram um crescimento mais elevado dessa população em relação aos demais grupos etários.

Atualmente os idosos brasileiros vivem distintas realidades. Enquanto uns possuem condições de vida e apoio adequados, outros vivem em um elevado grau de pobreza e negligência. Essas contradições apontam a necessidade de estudar o processo de envelhecimento em suas diversidades, pois influenciam diretamente a vida dos idosos ao se pensar nos efeitos naturais do envelhecimento, onde o acesso a uma saúde de qualidade, a boas condições de alimentação, saneamento e moradia serão determinantes na qualidade de vida dos mesmos.

Ao se falar em qualidade de vida a capacidade funcional tem um valor crucial sendo um importante indicador de saúde, ao mensurar competências e habilidades para um viver independente e autônomo. “O número de pessoas idosas dependentes nas AVDs dobrará na segunda ou terceira década deste século” (COSTA, NAKATANI E BACHION, 2006, p. 44) assim, aumentam-se o número de estudos sobre o assunto.

No Brasil existem poucos estudos sobre fatores relacionados com capacidade funcional de idosos residentes em situações de vulnerabilidade, sendo esses essenciais ao se levar em conta a expectativa do crescimento da população idosa e os problemas que advirão desse fenômeno. Nessa perspectiva, este estudo visa analisar fatores associados à capacidade funcional em uma região administrativa do Distrito Federal, caracterizada pela pobreza, violência e exclusão social. Necessitando ser pesquisada a partir de suas singularidades locais, para que seja possível implementar estratégias que atendam as demandas reais desse grupo populacional.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar se há relação entre fatores sociodemográficos e socioeconômicos e capacidade funcional em idosos residentes na Região Administrativa da Estrutural, Distrito Federal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar e descrever se os fatores sociodemográficos/socioeconômicos gênero, idade, escolaridade, estado civil e renda mensal do idoso, apresentam associações com a capacidade funcional dos idosos.
- Identificar o grau de capacidade funcional dos idosos.
- Identificar padrões no processo de envelhecimento dentro dessa população.

4 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma análise de dados secundários obtidos através de um estudo realizado na Vila Estrutural. Nesse sentido, inicialmente apresenta-se a pesquisa base e posteriormente o delineamento do presente estudo.

4.1 PESQUISA BASE- “REVELANDO AS CONDIÇÕES DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NA VILA ESTRUTURAL – DF”

O estudo “*Revelando as Condições de vida das Pessoas Idosas Residente na Vila Estrutural – Distrito Federal*” trata-se de uma pesquisa que foi realizada, entre 2010 e 2011, por meio de entrevista domiciliar e fóruns comunitários para identificar o perfil social, demográfico, econômico e de saúde dos idosos daquela região (Quadro 1).

Quadro 1 - Síntese do estudo. Vila Estrutural, Brasília, 2010.

Síntese do Estudo:	
Universo:	População Idosa moradores da Vila Estrutural, Brasília, DF.
Amostragem:	Por conveniência, foram incluídos todos os idosos encontrados nos domicílios na época da entrevista, foram entrevistados 633 idosos.
Abordagem:	Domiciliar, com aplicação de questionário estruturado, contendo 212 perguntas, e realização de fóruns comunitários (grupos focais).
Confiabilidade:	Os cálculos foram realizados para um intervalo de confiança de 95%.
Período das Visitas domiciliares:	Maior a Novembro de 2010.
Período dos Fóruns:	Junho de 2010 a Maio de 2011.

Fonte: Revelando as Condições de vida das Pessoas Idosas Residente na Vila Estrutural – Distrito Federal, Brasília, 2010.

Essa pesquisa foi desenvolvida pelo Programa Providência¹ e contou com financiamento do Fundo de Apoio a Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF).

A amostra foi composta pelos moradores com sessenta anos ou mais (ou os que tinham 59 e iriam completar 60 anos de idade até 31 de dezembro de 2010). O estudo realizou um total 633 entrevistas domiciliares e 21 fóruns comunitários. Para estimar e identificar a amostra, contou-se com o apoio de Equipes da Saúde da Família e posteriormente através de um recenseamento (busca ativa casa a casa).

¹ O PROGRAMA PROVIDÊNCIA é entidade filantrópica, beneficente, sem fins lucrativos, criada em 02.02.1998, inscrita no Ministério da Justiça como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público OSCIP, no CNAS Conselho Nacional de Assistência Social, no CAS-DF Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, no PNMPO Programa Nacional de Microcrédito Produtivo Orientado do Ministério do Trabalho e Emprego, como OS Organização Social no âmbito do Governo do Distrito Federal e registrado no CDI Conselho dos Direitos do Idoso vinculado à Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania do Distrito Federal. (Disponível em: <<http://www.programaprovidencia.org.br/index.php/pt-br/programa-providencia/o-que-e>> Acessado em: 30 de agosto de 2012).

Todos participantes foram submetidos inicialmente ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM), para identificar comprometimentos cognitivos e psíquicos graves. Nos casos em que o escore fosse igual ou maior do que dezoito, a entrevista prosseguia normalmente; e nos casos em que o resultado fosse menor do que dezoito a presença de um cuidador ou familiar foi solicitada, para validar as respostas fornecidas pela pessoa idosa ao longo da entrevista.

Instrumentos: A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário estruturado, produto da combinação entre instrumentos padronizados(OARS, Escala de Depressão Geriátrica e MEEM) e trechos de questionários utilizados em pesquisas domiciliares com idosos (estudo SABE, estudo EPIDOSO, estudo Pesquisa de Qualidade de Vida em Domicílios com Idosos e Projeto Bambuí) (MELLO et al., 2011).

Esse questionário era composto por questões fechadas, semiabertas e abertas, organizadas por blocos temáticos. Ao todo somam-se 212 perguntas divididas em 8 blocos, de acordo com o Quadro 2:

Quadro 2 - Composição do questionário domiciliar. Vila Estrutural, Brasília, 2010.

Bloco A	Informações Pessoais
Bloco B	Informações Socioeconômicas
Bloco C	Características do Domicílio
Bloco D	Saúde
Bloco E	Avaliação Cognitiva
Bloco F	Utilização de Serviços Médicos e Dentários
Bloco G	Velhice e Participação Social
Bloco H	Rede de Serviços

Fonte: Revelando as Condições de vida das Pessoas Idosas Residente na Vila Estrutural – Distrito Federal, Brasília, 2010.

A todos os idosos e/ou seus cuidadores foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconizado pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Esse termo incluiu a autorização para uso de imagem fotográfica para fins científicos e educacionais (Anexo C).

4.2 PRESENTE ESTUDO

Os dados do presente estudo foram coletados por meio da linha de base do estudo “*Revelando as Condições de vida das Pessoas Idosas Residente na Vila Estrutural – Distrito Federal*”. Foram estudadas as características socioeconômicas:

renda do idoso e escolaridade; e sociodemográficas: gênero, idade e estado civil. Os blocos utilizados para coletar essas informações foram: Bloco A – Informações Pessoais, Bloco B – Informações socioeconômicas e o instrumento OARS (ambos encontram-se no anexo A).

Para facilitar a análise e evitar possíveis vieses foram excluídos do presente estudo os questionários que estavam sem resposta ou com respostas incompletas. Sendo assim, esse o trabalho conta com uma amostra de 534 idosos (84,36 % do universo do estudo base). Segundo Krejcie & Morgan (1970), esse universo encontra-se dentro do nível de confiança de amostra (confiabilidade de amostra):

A estimativa do tamanho da amostra pode ser feita tomando a definição prévia do nível de confiança e do erro de estimativa. Algumas tabelas permitem-nos determinar o tamanho da amostra e o nível correspondente de confiança face ao tamanho da população. Para estimar o tamanho da amostra necessitamos conhecer o nível de confiança que queremos que os dados possuam (geralmente opta-se por um nível de confiança de 95 ou 99%, e um erro de estimativa máximo de 5% ou 1%). É possível ter uma estimativa do valor de n da amostra, conhecido o N do universo, para uma probabilidade de erro nunca superior a 5%. Como demonstrados a seguir no quadro 3 (KREJCIE e MORGAN, 1970, p. 608).

Quadro 3- Valores para o tamanho da amostra em função do N da população.

± N População	± n Amostra	± N População	± n Amostra	± N População	± n Amostra
100	80	600	230	1500	320
200	130	700	245	2000	330
300	165	800	260	3000	350
400	190	900	270	5000	360
500	215	1000	280	10000	370

Fonte: KREJCIE; MORGAN, 1970. (com adaptações).

Assim, para uma população com 700 pessoas (população próxima a da pesquisa base n= 633) uma amostra confiável seria 245 pessoas (no presente estudo usa-se mais do que o dobro desse valor n=534).

4.3 DELINEAMENTO DO PRESENTE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, seccional, descritivo e quantitativo. Os dados serão apresentados a partir da estatística descritiva buscando identificar os níveis de prevalência.

4.3.1 Instrumento OARS/BOMFAQ

O *Older Americans Resources and Services Program* (OARS – ANEXO B) foi desenvolvido na universidade de Duke-EUA. É um programa para idosos que visa avaliar a CF nas áreas de “recursos sociais, recursos econômicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária” (RODRIGUES, 2008, p. 109). Atualmente, é uma das ferramentas mais importantes disponíveis para a avaliação de idosos (BLAY et al., 1988).

O OARS é constituído por duas partes que podem ser utilizadas simultaneamente ou não. A primeira parte (parte A- Multidimensional Functional Assessment Questionnaire) permite uma avaliação funcional multidimensional. A segunda (parte B - Services Assessment Questionnaire) avalia a utilização e necessidade de serviços (RODRIGUES, 2008; BLAY et al., 1988).

A versão do OARS validada no Brasil- OARS/BOMFAQ, é composta por 15 atividades de vida diária e de vida prática: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro em tempo, deitar/levantar-se da cama ou cadeira, alimentar-se sozinho, pentear-se, cortar as unhas dos pés, subir um lance de escada, andar no plano (AVDs), preparar refeições, fazer compras, sair de condução, ir andando a um lugar perto de sua casa, tomar remédios na hora certa e fazer limpeza de casa (AVDI) (RAMOS et al., 1993; BLAY 1988).

No presente estudo a capacidade funcional foi mensurada por meio do instrumento OARS/BOMFAQ, através de dificuldade auto-referida (realiza com dificuldade; realiza sem dificuldade; não realiza). Essas são mutuamente excludentes e coletivamente complementares, ou seja, o idoso deveria escolher apenas uma opção: ou realiza aquela atividade com alguma dificuldade, porém consegue realiza-la; ou realiza a atividade sem nenhuma dificuldade; ou não realiza a atividade de forma alguma. A opção “realiza com dificuldade” recebeu a pontuação “um” quando selecionada, já as demais receberam a pontuação “zero”. O resultado final do OARS corresponde ao somatório da pontuação da opção das 15 atividades avaliadas. Dentro da categoria “realiza com dificuldade” foram elaboradas quatro categorias para classificar os idosos de acordo com o número de atividades comprometidas:

- Idosos com dificuldades em 0 atividades (Sem Comprometimento-SC);
- Idosos com dificuldade em 1 a 3 atividades (Comprometimento Leve-CL);
- Idosos com dificuldades em 4 a 6 atividades (Comprometimento Moderado-CM);
- Idosos com dificuldade em 7 a 15 atividades (Comprometimento Severo-CS).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS DO PRESENTE ESTUDO

As características dos idosos com dificuldade para realizar as atividades de vida diária foram comparadas às daqueles que não relataram essa incapacidade ou não às realizavam. Foram realizadas análises descritivas para caracterizar o comportamento das variáveis estudadas e compará-las com pesquisas equivalentes. As análises foram realizadas utilizando Microsoft Office Excel[®].

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DO PRESENTE ESTUDO

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília. Foi requerida a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois a pesquisa atual não foi baseada em coleta de dados, e sim, na análise de parte dos dados anteriormente coletados pela pesquisa base.

Dessa forma, conforme deliberação ocorrida no dia 08/05/2012, em plenária ordinária do CEP/FS, foi de consenso à aprovação deste trabalho sob o protocolo nº 017/12, bem como a dispensa do TCLE.

5 RESULTADOS

A partir da análise dos dados, pode-se descrever o perfil do grupo estudado, sendo em sua maioria: do gênero feminino (53,56%), casados/união consensual (45,69%), com faixa de idade entre 59 a 69 anos (68,73%), escolaridade até o ensino fundamental (59,18%) e rendimento mensal igual ou menor do que um salário mínimo da época (63,86%) (Tabela 1). As características socioeconômicas e demográficas dos idosos residentes na RA XXV SCIA Estrutural podem ser observadas na Tabela 1, e a relação dessas características com a capacidade funcional será apresentada por subtítulos, como segue no texto.

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas predisponentes significativamente associadas à Capacidade Funcional de idosos.

Variáveis (Características sociodemográficas)	Quantidade Absoluta (n=534)	OARS			
		SC*	CL**	CM [#]	CS [§]
Sexo					
1- Masculino	248 (46,44%)	98 (40%)	80 (32%)	44 (18%)	26 (10%)
2- Feminino	286 (53,56%)	70 (24%)	88 (31%)	78 (27%)	50 (18%)
Idade (faixa-etária em anos)					
1- 59-69 anos	367 (68,73%)	133 (36%)	106 (29%)	81 (22%)	47 (13%)
2- 70-79 anos	140 (26,22%)	34 (24%)	54 (39%)	31 (22%)	21 (15%)
3- 80 ou mais anos	27 (5,06%)	1 (4%)	8 (30%)	10 (37%)	8 (29%)
Estado Civil					
1- Casado/União consensual	244 (45,69%)	93 (38%)	68 (28%)	54 (22%)	29 (12%)
2- Viúvo	132 (24,72%)	26 (20%)	49 (37%)	33 (25%)	24 (18%)
3- Divorciado	109 (20,41%)	34 (31%)	39 (36%)	26 (24%)	10 (9%)
4- Nunca Casou/Solteiro	49 (9,18%)	15 (31%)	12 (24%)	9 (18%)	13 (27%)
Escolaridade					
1- Não Estudou	187 (35,02%)	37 (20%)	63 (17%)	33 (34%)	33 (29%)
2- Ensino Fundamental	316 (59,18%)	114 (36%)	97 (31%)	65 (20%)	40 (13%)
3- Ensino Médio	29 (5,43%)	15 (52%)	8 (28%)	3 (10%)	3 (10%)
4- Ensino Superior	2 (0,37%)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Renda Mensal do Idoso (faixa em salários mínimos na época)					
1- Não Possui	45 (8,43%)	8 (18%)	16 (35%)	12 (27%)	9 (20%)
2- R\$ 0,01 – R\$ 510,00	296 (55,43%)	79 (27%)	96 (32%)	76 (26%)	45 (15%)
3- R\$ 510,01 – R\$ 1000,00	141 (26,40%)	53 (38%)	44 (31%)	28 (20%)	16 (11%)
4- R\$ 1000,01 – R\$ 2000,00	46 (8,61%)	26 (56%)	9 (20%)	6 (13%)	5 (11%)
5- Acima de R\$ 2000,00	6 (1,12%)	2 (33%)	3 (50%)	0 (0%)	1 (17%)

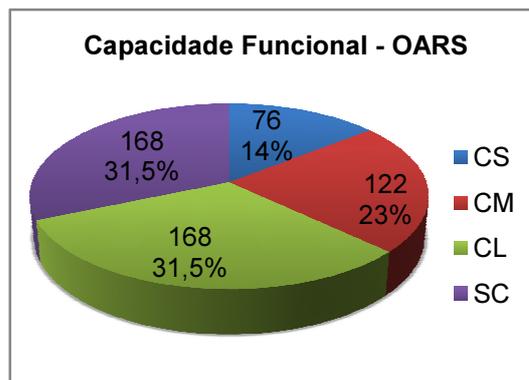
Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Sem Comprometimento **Comprometimento Leve [#]Comprometimento Moderado [§]Comprometimento Severo

5.1 CAPACIDADE FUNCIONAL

Ao avaliar a capacidade funcional dos idosos, através dos resultados do instrumento OARS, observa-se que a maior parte dos idosos apresenta boa capacidade funcional, pois 63% desses foram classificados como: Sem comprometimento (SC) ou com Comprometimento Leve (CL). Vale ressaltar que a categoria SC tem o escore igual à zero, ou seja, nenhum comprometimento funcional. O Comprometimento Moderado (CM) e Comprometimento Severo (CS) corresponderam a 23% e 14% da amostra respectivamente. Dentro da categoria CS, o escore 15 (que corresponde à máxima incapacidade) foi observado em apenas um idoso, confirmando o fato observado anteriormente (Gráfico 2).

Gráfico 2- Capacidade Funcional de acordo com as categorias do OARS

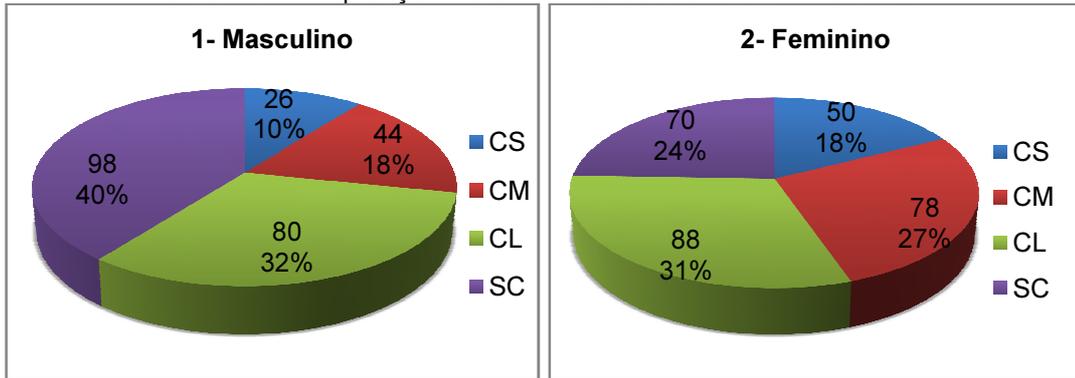


Fonte: Dados da pesquisa.

5.2 GÊNERO E CAPACIDADE FUNCIONAL

Ao observar o grau de comprometimento funcional em relação ao gênero, nota-se que os homens apresentam maior capacidade funcional do que as mulheres, apresentando melhores índices, proporcional na categoria SC. Ainda, os índices de CM e CS, corroboram que, homens apresentam menor grau de comprometimento funcional entre essa população (Gráfico 3).

Gráfico 3- Comparação entre os resultados do OARS e Gênero.

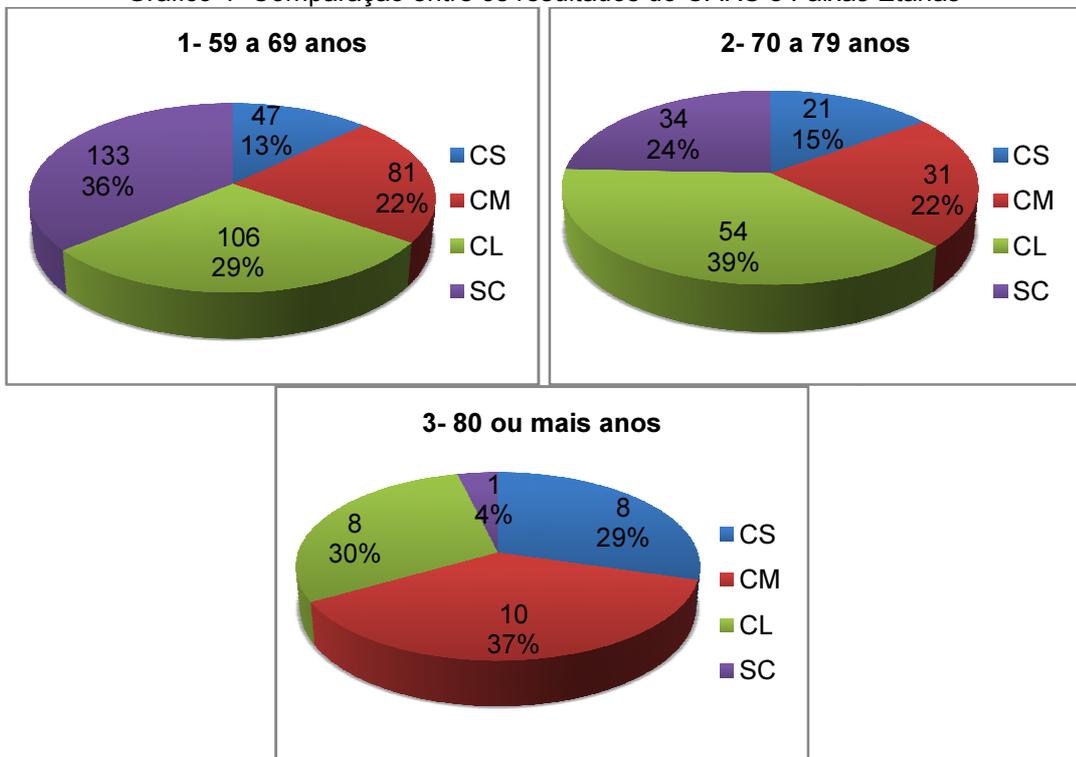


Fonte: Dados da pesquisa

5.3 FAIXA ETÁRIA E CAPACIDADE FUNCIONAL

Os idosos da Estrutural apresentaram idades compreendidas entre 59 a 97 anos, sendo a média de idade 67,28 anos (+- 6,59). Quando separados por faixas etárias em anos observa-se um maior percentual entre idosos com idade entre 59 e 69 anos (n= 367 (68,73%)) (Gráfico 4).

Gráfico 4- Comparação entre os resultados do OARS e Faixas Etárias



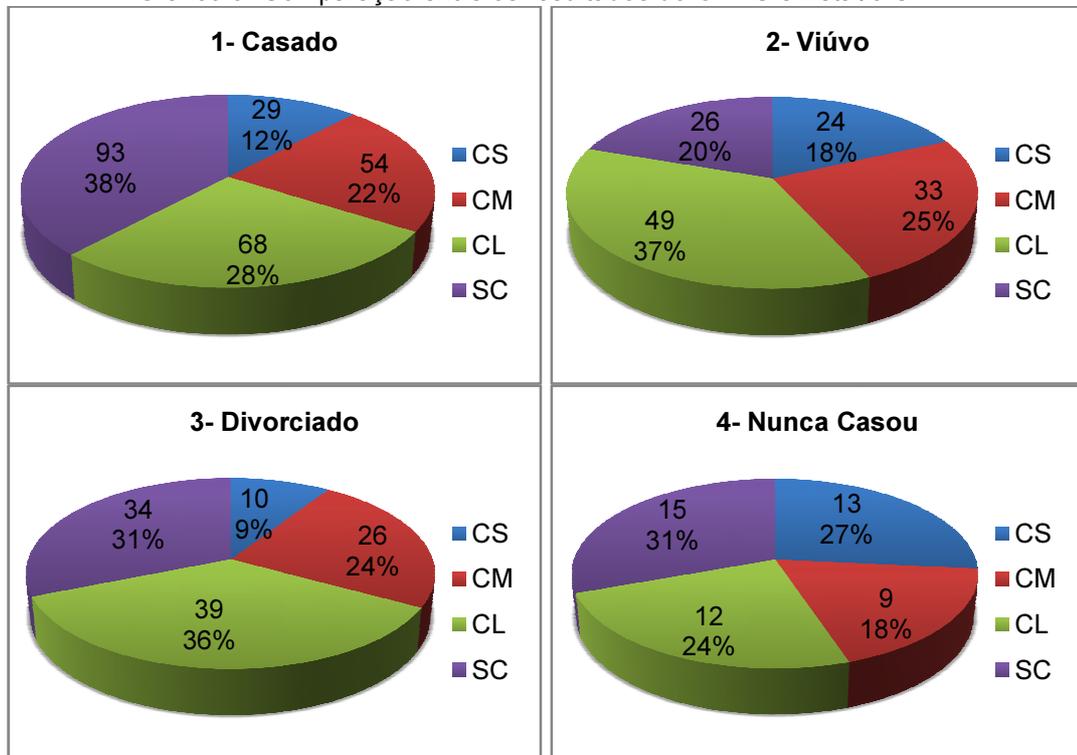
Fonte: Dados da pesquisa

Os idosos da primeira faixa de idade (59-69 anos) são os que apresentam maior capacidade funcional, uma vez que apresentam o melhor índice na categoria SC. Em contrapartida, os da última faixa de idade (80 ou mais anos) apresentam menor capacidade funcional, visto que apresentam maiores índices nas categorias CM e CS. Observa-se no conjunto de gráficos acima, que a capacidade funcional (SC) diminuiu à medida que os idosos envelheceram.

5.4 ESTADO CIVIL E CAPACIDADE FUNCIONAL

Ao observar o grau de comprometimento funcional em relação à situação conjugal, nota-se que os idosos casados (38%) apresentam maior capacidade funcional do que os viúvos, divorciados e solteiros (20%, 31% e 31% respectivamente). É importante ressaltar que os idosos que nunca casaram/são solteiros, são os que apresentam o menor nível de capacidade funcional (CS= 27%) (Gráfico 5).

Gráfico 5- Comparação entre os resultados do OARS e Estado Civil.

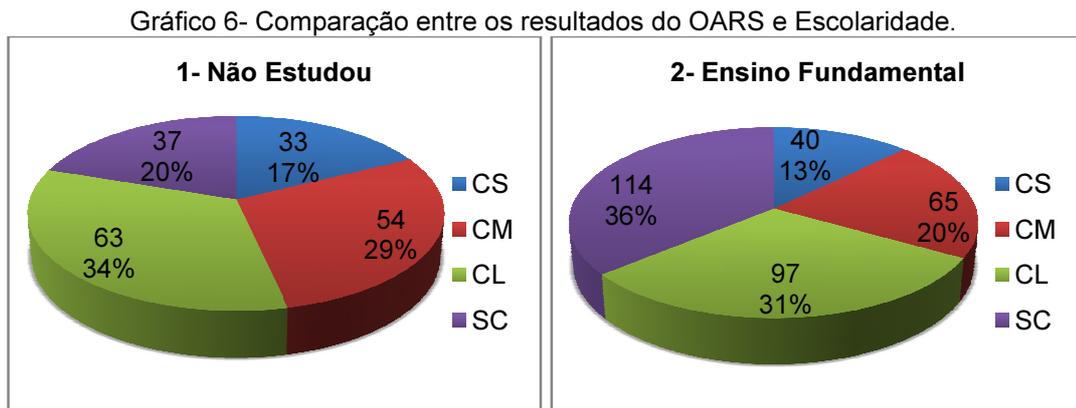


Fonte: Dados da pesquisa

5.5 ESCOLARIDADE E CAPACIDADE FUNCIONAL

Em relação à escolaridade, observa-se que grande parte da população idosa da Estrutural apresenta baixos indicadores de ensino. Grande parte dessa população (94,20%) indica que nunca estudou ou possui apenas ensino fundamental (incompleto ou completo). Embora a análise de dados apresente limitações quanto a suas categorias, por agrupar no mesmo grupo um intervalo de 8 anos de estudos, observa-se que, proporcionalmente, a capacidade funcional (SC) do grupo com mais anos de estudos é maior.

A observação anterior confirma-se, uma vez que dos 347 idosos que estudaram entre o ensino fundamental e o superior, 131 (37,75%) estão na categoria SC. Do mesmo modo, observa-se que o CS foi mais significativo na categoria não estudou (17%) (Gráfico 6).

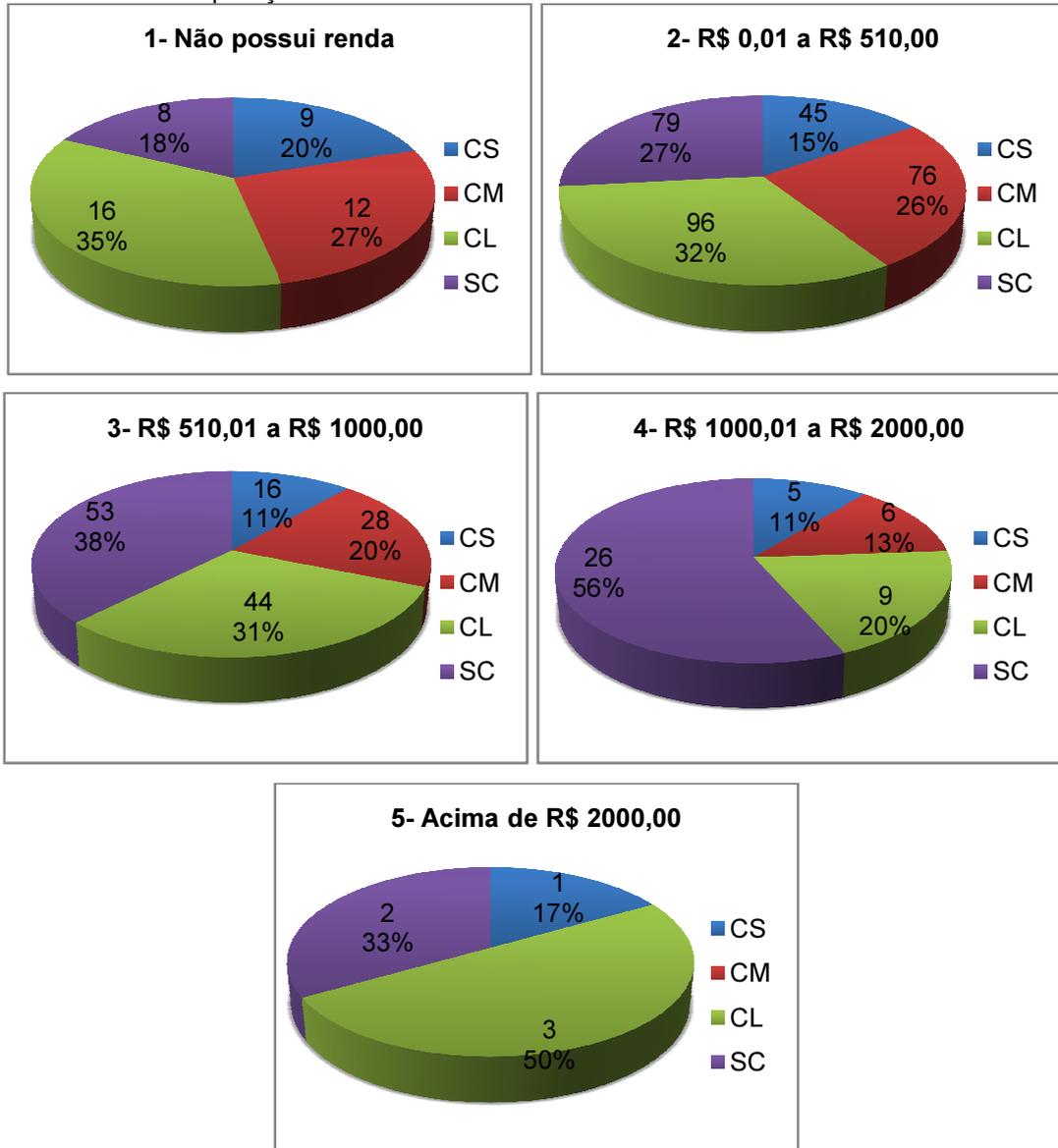


Fonte: Dados da pesquisa

5.6 RENDIMENTO MENSAL DO IDOSO E CAPACIDADE FUNCIONAL

Ao observar o grau de comprometimento funcional em relação ao nível econômico, nota-se que 341 idosos (63%) possuem rendimento mensal menor ou igual a um salário-mínimo da época; desses, os que não possuem renda apresentam menor capacidade funcional (CS= 20%)(Gráfico 7).

Gráfico 7- Comparação entre os resultados do OARS e Rendimento Mensal do idoso.



Fonte: Dados da pesquisa

Outro fator relevante nessa categoria é que dos 76 idosos com CS, 54 (71%) possuem rendimento menor ou igual a um salário-mínimo da época.

6 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados apresentados, é possível identificar fatores associados à capacidade funcional nos idosos da RA Estrutural. Em que o comprometimento funcional apresentou-se em maior proporção nos indivíduos do gênero feminino, solteiros, com idade igual ou superior a 80 anos, que não estudaram e/ou não possuíam rendimento mensal. Enquanto, a preservação da capacidade funcional esteve relacionada a indivíduos do gênero masculino, casados, com idades entre 59 e 69 anos, que estudaram e que possuíam rendimento mensal.

Ao analisar esses resultados e compará-los ao instrumento do estudo (OARS), observa-se que idosos com limitações funcionais apresentam maiores restrições na realização de AVDs. Os estudos de Nunes et al. (2010) e Schneider, Marcolin e Delacorte (2008) corroboram com nossos achados.

O comprometimento na independência para realizar as AVD antes dos 70 anos sugere um envelhecimento mal sucedido, provavelmente devido às condições socioeconômicas as quais influenciam negativamente no estado de saúde do indivíduo (COSTA, NAKATANI e BACHION, 2006, p.45).

Além do comprometimento na realização de AVDs, há outros fatores que influenciam para a diminuição da capacidade funcional. Um desses fatores apresentados na literatura é o aumento da longevidade (FILDLER E PERES, 2008; SCHNEIDER, MARCOLIN E DELACORTE, 2008; PARAHYBA E SIMÕES, 2006; GIACOMIN et al., 2005; PARAHYBA, VERAS E MELZER, 2005; ROSA et al., 2003 e RAMOS, 2003). Na Estrutural, os idosos com 80 ou mais anos de idade apresentaram maior comprometimento severo, do que os idosos das demais faixas de idade.

Ao citar a longevidade, deve-se levar em consideração que o “envelhecimento é um fenômeno diferencial para homens e mulheres. Elas são mais longevas e tendem a apresentar menor capacidade funcional” (GIACOMIN et al., 2005, p. 83), fato confirmado no presente estudo e também nos estudos de Silva Neto et al. (2011); Nunes et al. (2010); Del Duca, Silva e Hallal (2009); Fildler e Peres (2008); Santos et al. (2007); Parahyba e Simões (2006) e Parahyba, Veras e Melzer (2005). Ainda segundo Rosa et al. (2003, p. 43) “o gênero está fortemente associado à ocorrência da dependência, sendo mais de duas vezes maior a chance para as

mulheres em relação aos homens”.Uma justificativa para isso é o fato da expectativa de vida das mulheres idosas excederem a dos homens (80, 22 anos e 75,15 anos respectivamente) (TÁBUAS, 2010). As idosas da Estrutural apresentaram melhores índices nas categorias: Comprometimento Moderado e Comprometimento Severo, e menores nas demais, reforçando o que é apresentado pela literatura.

Por outro lado “as mulheres, mais do que os homens, participam de atividades extra domésticas, de organizações e movimentos de mulheres, fazem cursos especiais, viagens e trabalho remunerado temporário” (BRASIL, 2012). Essa participação é importante ao se levar em consideração que um “fator de risco para a diminuição da capacidade funcional é o isolamento social. As correlações entre estado marital e status funcional dependem do gênero, do ambiente social e das condições socioeconômicas” (GIACOMIN, 2005, p.84).

O censo aponta uma predominância na população brasileira de idosos casados (51,8%) seguidos por os viúvos (28,5%) (IBGE, 2000). Esses achados são comuns no presente estudo onde os idosos casados representam 45,69% da população e os viúvos 24,72%.

Já um fator de proteção para capacidade funcional está associado a um maior nível educacional (SANTOS et al., 2007; GIACOMIN et al., 2005; PARAHYBA, VERAS e MELZER 2005; ROSA et al., 2003). O acesso à escola para o grupo de idosos avaliados (64,98% já estudaram e 35,02% nunca estudaram) foi muito próximo ao da população brasileira, em geral, em que os idosos alfabetizados representavam 64,80% e os analfabetos 35,20% (IBGE, 2000). Nesse sentido, destaca-se que “geralmente nas áreas mais pobres e menos desenvolvidas, a escolaridade é menor” (SILVA NETO et al., 2011, p. 8). Apesar de 64,98% dos idosos da Estrutural já terem estudado, o nível educacional é baixo, pois 59,18% desse total estudaram apenas até o Ensino Fundamental.

No estudo de Nunes (2010, p. 2892) “o baixo grau de instrução da população é explicado pela infância e adolescência na zona rural, nos estados de origem, onde o acesso à escola era restrito”. No presente estudo esse fato também pode ser observado, já que a maioria da população idosa da Estrutural é composta por imigrantes. Cabe ressaltar que a escolaridade é um fator que está associado a melhores oportunidades no mercado de trabalho e um diferencial muitas vezes para

obtenção de melhores rendimentos mensais, assim como inúmeros indicadores de saúde.

Segundo Giacomini (2005, p. 86) “educação e rendimentos estão fortemente associados a melhores condições de saúde e conseqüentemente a melhor capacidade funcional de idosos”. A renda é importante para obtenção de uma “educação de boa qualidade, oferta adequada de atendimento de saúde, de moradia e de transporte. Assumindo um papel primordial para a aquisição de bens e serviços necessários para a reprodução social” (PARAHYBA, 2006, p. 969). O rendimento mensal dos idosos da Estruturalapresenta-se significativamente menor do que a média nacional, onde 2,7% recebem até um salário mínimo, 14,4% de um até três salários e 58,2% mais que três salários (IBGE, 2000).

Assim, o perfil sociodemográfico dos idosos do presente estudo é semelhante a perfis encontrados em outros estudos brasileiros tendo a capacidade funcional como foco do estudo, tais como os estudos de:Silva Neto et al., 2011; Nunes et al., 2010; Del Duca, Silva e Hallal, 2009;Costa, Nakatani e Bachion, 2006; Giacomini et al., 2005; Rosa et al., 2003,em que está associados a menor capacidade funcional o gênero feminino, estado marital casado, faixa etária de 60 a 69 anos,baixo índice de escolaridade (nesses estudos a mesma foi classificada por quantidade de anos estudados, sendo que em ambos a maior percentagem de idosos estudaram de 0 a 4 anos) e baixo rendimento mensal (com exceção do estudo de Silva Neto et al., 2011, que apresentou rendimento mensal entre 2 a 4 salários mínimos).O perfil também se assemelha ao da população brasileira no que se refere a faixa etária e gênero, com maior percentual na faixa de 60 a 69 anos e prevalência da população feminina em relação à masculina (55,1% e 44,9% respectivamente) (IBGE, 2000).

Há algumas dificuldades que se deve levar em consideração ao realizar estudos com esse enfoque, uma dessas dificuldades se refere à diversidade de instrumentos que existem para avaliar a capacidade funcional em idosos, o que dificulta a padronização de resultados e a interpretação dos mesmos, devido aos diferentes pontos de corte desses. Porém, apesar de diferentes instrumentos utilizados nos estudos aqui descritos, percebe-se a similaridade de resultados.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Dentre elas têm-se a qualidade dos dados coletados nas variáveis: “escolaridade” - em que as faixas foram agrupadas por grau de escolaridade e não por quantidade de anos estudados

como ocorre na maioria dos estudos - e “rendimento mensal” - já que decidimos trabalhar com o “rendimento mensal do idoso” o que diverge da maioria dos estudos que escolhem trabalhar com o “rendimento mensal familiar” - entretanto, a análise e comparação dessas variáveis dentre esses estudos foi possível, já que esses apresentaram resultados semelhantes: baixo rendimento e baixa escolaridade influenciam de maneira negativa (fatores de risco) na capacidade funcional de idosos. Ainda, uma das limitações desse estudo está em observar o comprometimento funcional em sua totalidade dentro do instrumento OARS, sem verificar quais atividades -as AVDs ou as AIVDs - estão mais comprometidas nos idosos estudados.

Assim, têm-se necessidade de mais estudos sobre o tema, com grupos populacionais de idosos em situação de vulnerabilidade social, levando em conta os resultados do presente estudo, bem como suas limitações, visando obter um melhor panorama da realidade desses idosos, bem como, dos aspectos que podem influenciar de forma negativa e/ou positiva a capacidade funcional dos mesmos, para assim, poder planejar políticas preventivas e efetivá-las, tendo em vista a minimização dos riscos para a incapacidade.

7 CONCLUSÃO

A nova realidade demográfica e epidemiológica traz consigo desafios a fim de se proporcionar um envelhecimento saudável e com qualidade de vida. O sistema de saúde tem um importante papel ao se pensar em envelhecimento saudável, devendo planejar ações de prevenção e promoção em saúde, através de ações inter e multiprofissionais, visando prevenir/minimizar os comprometimentos funcionais.

É importante que os idosos apresentem um envelhecimento ativo e com hábitos saudáveis para que possam desfrutar de uma velhice de qualidade. A participação social, a prática esportiva e algumas mudanças alimentares são facilitadores para alcançar esse objetivo.

Os resultados deste estudo permitem concluir que os idosos da Estrutural, embora vivam em uma situação de vulnerabilidade social, apresentam um nível funcional com baixo comprometimento moderado e severo, indicando que são capazes de realizar a maioria de suas atividades cotidianas de forma autônoma. Levando em consideração que a capacidade funcional pode ser influenciada por fatores sociais, econômicos, demográficos, comportamentais, psicológicos e ambientais, esses resultados são favoráveis.

Finalmente no que diz respeito à Terapia Ocupacional, devemos estar familiarizados com os acontecimentos e a realidade vivida pelos usuários, para assim podermos promover e apoiar os idosos em suas ações de autocuidado, participação social, práticas esportivas, dentre outras. Visando prevenir o surgimento de déficits e conseqüentemente proporcionar um melhor nível funcional, com maior autonomia e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR, M. C. B.; HENEMANN, L.; ROTHENBUHELER, R. A capacidade funcional de pacientes, e a fisioterapia em um programa de assistência domiciliar. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v. 21, n. 1, p. 11-20, 2008.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.
- BARROS JUNIOR, J. C. (org.). **Empreendedorismo, Trabalho e Qualidade de Vida na Terceira Idade**. 1.ed - São Paulo: Editora Edicon, 2009.
- BISPO, E. P. F.; ROCHA, M. C. G.; ROCHA, M. F. M. R. Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família na comunidade do Pontal da Barra, Maceió-AL. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 81-87, 2012.
- BLAY, S.; RAMOS, L. R.; MARI, J. J. Validity of a Brazilian Version of the Older Americans Resources and Services (OARS) Mental Health Screening Questionnaire. **Journal of the American Geriatric Society**, Ames, v.36, p.687-692, 1988.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Informe nacional sobre a implementação na América Latina e Caribe da declaração de Brasília sobre envelhecimento**. Documento apresentado à III Conferência Regional Intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e Caribe. Brasília, 2012.
- CAMARANO, A. A. **Os Novos Idosos Brasileiros - Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: V.19, N.3, p.725-733, mai-jun, 2003.
- CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. I. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**. 2008:24(3): 597-605.
- CARVALHO, V. F. **Avaliação Multidimensional do Idoso. Especialização Saúde do idoso**. UnG, 2012. Disponível em: http://www.cdscursos.com.br/media/material/aula_AVDS1.MEEM.EDG.pdf. Acesso em: 28 maio 2012.
- CIF: **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003. 325 p. Versão em português organizada pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- CODEPLAN. **Coletânea de informações socioeconômicas: Região Administrativa RA XXV – Setor Complementar de Indústria e Abastecimento-SCIA** -. Brasília, 2007.

- COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul. Enferm.** v. 19, n.1, p. 43-8, 2006.
- DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública.** v. 43, n. 5, pág. 796-805, 2009.
- DIAS, E. G.; DUARTE, Y. A. de O.; LEBRÃO, M. L. Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010; 34(2): 258-267.
- DIAS, E. G.; DUARTE, Y. A. de O.; ALMEIDA, M. H. M.; LEBRÃO, M. L. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, São Paulo, v. 22, n. 1, abr. 2011.
- DIOGO, M. J. D. Satisfação Global com a Vida e Determinados Domínios entre Idosos com Amputação de Membros Inferiores. **Rev. Panam. de Salud Pública**, Washington, v.13, n. 6, jun. 2003.
- FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. 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, fev., 2008.
- FRANK, S. et al. Avaliação da Capacidade Funcional: Repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 11, p. 123-134, 2007.
- FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006. p. 1536.
- GDF – **Brasília Sustentável Projeto Integrado Vila Estrutural – PIVE** 2008.
- GIACOMIN, K. C. et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1): 80-91, jan-fev, 2005.
- GUIMARÃES, L. H. C. T. et al. Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos em Tratamento Fisioterapêutico. **Rev. Neurociências**, São Paulo, v. 12, n. 3, jul./set. 2004.
- HAMAD, G. B. N. Z. **Atenção à saúde do idoso no âmbito da estratégia saúde da família.** 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa, 2008.
- IBGE. **Censo Demográfico 2000. Perfil de idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Tabela 1 – População residente, total e de 60 anos ou mais de idade, por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação – 1991/2000.** Brasília (DF), 2000.
- IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**, 2009.

IBGE. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050** - Revisão 2008.

IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico: 2010/IBGE** - Rio de Janeiro, 2011

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro. 2010.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, vol.21, n.3, São Paulo, 1987. p. 200-210.

KREJCIE, R. V.; MORGAN, D. W. Determining Sample Size for Research Activities. **Educational and psychological measurement**. 1970, 30, 607-610.

LACOURT, M. X.; MARINI, L. L. Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento e a influencia na qualidade de vida do idoso: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. de Ciênc. do Envelhecimento Humano**, v. 3, n. 1, p. 114-121, 2006.

LAW, M. Avaliando papéis e competência. In: TROMBLY, C. A.; R ADOMSKI, M. V. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**.5. ed. São Paulo: Santos, 2005. p. 31-45.

LEE, Y. The predictive value of self-assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. **J EpidemiolCommunity Health**2000; 54:123-9.

MARTINS, G. B.; MEDEIROS, F. D. **Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados e não Institucionalizados**. Universidade do Sul de Santa Catarina, 2006.

MELLO, M. A. F. et al. Processo avaliativo em Terapia Ocupacional. In: CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. **Terapia Ocupacional - reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. p. 74-98.

MELLO, M. E. F. (cord. de pesquisa) et al. **Revelando as condições de vida das pessoas idosas na Vila Estrutural – DF**. Brasília, julho de 2011.

MORAIS, E. P. de; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, Jun. 2008.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil/The aging population in Brazil. **Einstein**. 2008; 6 (Supl 1):S4-S6.

NUNES, D. P. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, Set. 2010.

OLIVEIRA, B. H. D. Sobre a Saúde e Qualidade de Vida no Envelhecimento. **Textos Envelhecimento**, v.8(1), 2005.

PARAHYBA, M. I.; SIMOES, C. C. da S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2006, vol.11, n.4, p. 967-974.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre mulheres idosas no Brasil. **Rev. Saúde Pública** 2005; 39:383-91.

RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**. 1993; 27:87-94.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2003, vol.19, n.3, p. 793-797. ISSN 0102-311X.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, 2005.

RODRIGUES. R. M. C. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. **Rev. Panam. Salud Publica**. 2008; 23(2):109–15.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos/Determinant factors of functional status among the elderly. **Rev. Saúde Pública**. 2003;37(1):40-8

SANTOS, K. A. et al. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina/Brasil Factors associated with functional incapacity among the elderly in Guatambu, Santa Catarina State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(11): 2781-2788, nov, 2007.

SCHNEIDER, R. H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R. R. Avaliação funcional de idosos. **Revista Scientia Médica**, v. 18, n. 1, p. 4-9, 2008.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, 9(4):897-908, 2004.

SILVA NETO, M. G. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados nas unidades de saúde da família do município de Jataí-GO. **Soc. Brasileira Progresso da Ciência**. Cursos de Fisioterapia e Enfermagem, 2011.

SILVA, F. C. M. **Qualidade de vida no processo de envelhecimento e a integração nos centros de dia (uma perspectiva do utente)**. 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) – Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa, 2011.

SILVA, G. C. D. da. **A compreensão do conceito de qualidade de vida para o idoso em situação asilar**. 65f. Monografia (Graduação) – Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, Graduação em Psicologia, Criciúma, 2010.

SIMOES, C. C. S. **A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas**. 1ª ed. São Paulo: Arbeit Factory; Brasília: UNFPA; 2006.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**. v.8, nº.3. Natal. 2003.

TÁBUAS. **Completas de mortalidade**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

TOÉ, M. L. S. D. **Discriminação do velho na sociedade contemporânea – uma revisão**. 46f. Monografia (Graduação) – Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC, Graduação em Psicologia, Criciúma, 2009.

VERAS, R. Envelhecimento populacional Contemporâneo: Demandas, Desafios e Inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009.

WANDERLEY, M. S.; DINIZ, R. C. L. Avaliação do nível de atividade física e capacidade funcional em idosos de Jequié, BA. **Revista Digital. Buenos Aires**, Año 17, Nº 167, Abril de 2012.

WERLE, M. H. **Fatores de risco para mortalidade cardiovascular e por todas as causas em idosos longevos**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Curso de mestrado acadêmico. Porto Alegre, 2009.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev.Bras.Estud.Popul.**, v.23, n.1, p.5-26, 2006.

XAVIER, F. et al. Octagenários de Veranópolis: As condições psicológicas, sociais e de saúde geral de um grupo representativo de idosos com mais de 80 anos residentes na comunidade. **Rev. AMRIGS**, 2000; 44:25-9.

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO UTILIZADO PARA A COLETA DE DADOS



Número do Questionário | | | | |

Entrevistador:

Número da Quadra | | |

Número do Domicílio | | | | |

Só devem ser pesquisados domicílios onde haja pelo menos uma pessoa com 60 anos ou mais.

ENDEREÇO (rua, ruela, número externo e interno):

TOTAL DE PESSOAS ENTREVISTADAS NO MESMO DOMICÍLIO | |

NOME DO ENTREVISTADO:

DATA DA ENTREVISTA: / /2010

HORA INÍCIO:

HORA TÉRMINO:

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr(a) não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

BLOCO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS			
1. Em que mês e ano o(a) Sr(a) nasceu?			
DIA __ __ MÊS __ __ ANO __ __ __ __ Quantos anos completos o(a) Sr.(a) tem? IDADE __			
2. Em qual cidade o(a) Sr(a) nasceu? ? _____ Estado: _____		3. Há quanto tempo mora na Vila Estrutural? ____anos/meses _____	
4. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever um recado? N.R.		1. Sim	2. Não 97. N.A. 99.
5. O(a) Sr.(a) foi à escola? N.R.		1. Sim	2. Não 97. N.A. 99.
6. Se sim, qual a última série de que grau, na escola, o Sr. obteve com aprovação?		1. Ensino Fundamental (ou primário + ginásio) 2. Ensino Médio (antigo clássico e científico) 3. Ensino Fundamental + auxiliar técnico 4. Técnico de nível médio (ex: técnico em contabilidade, laboratório) 5. Magistério - segundo grau (antigo normal) 6. Graduação (nível superior) 7. Pós-graduação 97. N.A. 98. N.S. 99. N.R.	
7. Número de anos que freqüentou a escola __			
Estado Civil			
8. Atualmente qual é o seu estado civil? (Apenas uma alternativa)		Há Quanto Tempo (Em anos) _____(escreva o número de anos) 97. N.A 99. N.R.	
		1. Casado(a) 2. Amasiado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) /separado (a) 5. Nunca casou 97. N.A 99. N.R.	
9. Qual a idade de sua (seu) esposa (o) ?.....anos de idade		97. N.A.	98. N.S. 99. N.R.
10. O(a) Sr.(a) teve filhos? [1] Sim. [2] Não			

11. Se sim, quantos? Filhos _____/ Filhas _____ Total 97. N.A. _____ 99. N.R.	
BLOCO B – INFORMAÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS	
12. Que tipo de trabalho (ocupação remunerada) o(a) Sr.(a) teve durante a maior parte de sua vida?	_____ _____ 1. Nunca Trabalhou 2. Dona de casa 98. N.S. 99. N.R
13. Por quanto tempo? Número de anos: _____	97. N.A. 98. N.S. 99. N.R.
14. Atualmente o(a) Sr.(a) trabalha? (atividade produtiva remunerada.)	1. Sim _____ 2. Não 98. N.S. 99. N.R (Relate)
15. Se não trabalha, com que idade o(a) Sr.(a) parou? _____ Anos	97. N.A. 98. N.S. 99. N.R.
16. Teve algum acidente no trabalho que lhe deixou incapacitado para algum tipo de trabalho?	1. Sim . Qual? _____ 2. Não 98. N.S. 99. N.R.
17. Atualmente, de onde o(a) Sr.(a) tira o sustento de sua vida? (pode marcar mais de uma opção)	1. Do seu trabalho 2. Aposentadoria 3. Pensão 4. Ajuda do(a) esposo(a) 5. Ajuda de parentes ou amigos 6. Aluguéis 7. Investimentos/poupança 9. BPC 10. Outra(s) fonte(s), qual(is)..... 98. N.S. 99. N.R.

<p>18. Em média, qual é a sua renda mensal?</p> <p>Entrevistador: Caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores.</p> <p>(Atenção: valor líquido)</p>	<p>1. Não possui renda</p> <p>2. De R\$ 0,00 à R\$ 510,00</p> <p>3. De R\$ 510,00 à R\$ 1.000,00</p> <p>4. De R\$ 1.000,00 à R\$ 2.000,00</p> <p>5. Acima de R\$ 2.000,00</p> <p>98. N.S.</p> <p>99. N.R.</p>
<p>19. Em comparação a quando o(a) Sr.(a) tinha 50 anos de idade, a sua atual situação econômica é:</p> <p>Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas. Marque apenas uma opção</p>	<p>1. Melhor</p> <p>2. A mesma</p> <p>3. Pior</p> <p>98. N.S.</p> <p>99. N.R.</p>
<p>20. Para suas necessidades básicas (alimentação, vestuário, moradia, medicamentos), o que o(a) Sr.(a) ganha:</p> <p>Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas de 1 a 4. Marque apenas uma opção</p>	<p>1. Dá e sobra</p> <p>2. Dá na conta certa</p> <p>3. Sempre falta um pouco</p> <p>4. Sempre falta muito</p> <p>98. N.S.</p> <p>99. N.R.</p>

ANEXO B- OLDER AMERICANS RESOURCES AND SERVICES PROGRAM -
OARS/BOMFAQ

Nessa próxima sessão, vamos perguntar acerca das atividades de vida diária. Informe: Vamos agora conversar sobre as suas atividades do dia a dia, o(a) senhor(a) vai me responder se realiza a atividade com dificuldade, sem dificuldade ou se não realiza. Vamos lá: (o entrevistador vai falando todas as atividades listadas. Dê tempo suficiente para a resposta, se necessário esclareça novamente como deve ser a resposta; não deixe nenhuma em branco).

AVALIAÇÃO FUNCIONAL (OARS)

Capacidade funcional (OARS/BOMFAQ)	Com dificuldade	Sem dificuldade	Não realiza
Deitar e levantar da cama	1	0	0
Comer	1	0	0
Pentear cabelo	1	0	0
Andar no plano	1	0	0
Tomar banho	1	0	0
Vestir-se	1	0	0
Ir ao banheiro em tempo	1	0	0
Subir escada (1 lance)	1	0	0
Medicar-se na hora	1	0	0
Andar perto de casa	1	0	0
Fazer compras	1	0	0
Preparar refeições	1	0	0
Cortar unhas dos pés	1	0	0
Sair de condução	1	0	0
Fazer limpeza de casa	1	0	0

Número de atividades com dificuldades: _____

ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DA PESQUISA BASE



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: revelando as condições de vida da pessoa idosa na Vila Estrutural. Todos os idosos residentes na Vila serão convidados a participar. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Os objetivos deste estudo são conhecer as necessidades das pessoas idosas e oferecer microcrédito a quem interessar.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas que o entrevistador vai fazer. Não há nenhum risco em participar. Os benefícios que o(a) senhor(a) terá é o acesso ao microcrédito.

Seus dados pessoais não serão revelados. O(a) senhor(a) vai receber uma cópia desse termo de consentimento.

Pesquisadora Maria Aparecida Ferreira de Mello, residente à SQS 306, Bloco H, aptº 291, Brasília/DF.

Vila Estrutural, ____ / ____ /2010

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do participante

Testemunha

ANEXO D- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE SAÚDE



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **017/12**

Título do Projeto: “Fatores associados à capacidade funcional de idosos em condições socioeconômicas desfavoráveis residentes na Vila Estrutural Distrito Federal”.

Pesquisadora Responsável: Kátia Vanessa Pinto de Menezes

Data de Entrada: 26/03/2012

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **017/12** com o título: “Fatores associados à capacidade funcional de idosos em condições socioeconômicas desfavoráveis residentes na Vila Estrutural Distrito Federal”, analisado na 4ª Reunião Ordinária, realizada no dia 08 de maio de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 19 de junho de 2012.

Prof. Natan Monsores
Coordenador do CEP-FS/UnB