

AValiação DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM IDOSOS NO PROGRAMA CLÍNICA DA FAMÍLIA, JACAREPAGUÁ, RJ: ESTUDO DE CASO

Aldo Pacheco Ferreira¹

RESUMO

A incapacidade para desempenhar tarefas de autocuidado acarreta a dependência, caracterizada pela necessidade de ajuda além daquela comumente requerida por um adulto sadio. Desta forma, foi avaliado o grau de dependência de idosos quanto às atividades de vida diária básica (ABVD) e instrumental (AIVD). Tratou-se de um estudo quantitativo do tipo transversal de caráter exploratório e descritivo desenvolvido em Jacarepaguá, Rio de Janeiro, entre junho de 2012 e maio de 2013. A população foi composta por idosos dependentes, considerados como tais os que necessitavam de cuidador familiar ou não, e cadastrados pelo Programa Clínica da Família. Avaliaram-se as ABVDs (Índice de Katz) e as AIVDs (Índice de Lawton-Brody). O índice de Katz revelou que 68,81% apresentavam independência completa, 27,96% dependência parcial e 3,23% dependência total. Na classificação final, aqueles com dependência total ou parcial foram agrupados como dependentes, sendo estes 31,19%. O índice de Lawton-Brody classificou como independentes 29,03%, com 66,66% como parcialmente dependentes e 4,30% apresentaram dependência total. Portanto, o uso de avaliação funcional é factível na atenção primária para essa parcela da população. Ademais, há um forte comprometimento da qualidade de vida dos idosos frente às restrições identificadas e aos parcimoniosos recursos que dispõem para compensar as dependências.

Palavras-chave: Idoso; Qualidade de vida; Índice de Katz; Índice de Lawton-Brody; Saúde Pública.

ABSTRACT

The inability to perform self-care tasks entails dependence, characterized by the need for help beyond that usually required for a healthy adult. Thus was evaluated the degree of elderly dependence related to the activities of daily living basic (BADL) and instrumental (IADL). It was a descriptive, cross-sectional and quantitative study, developed in Jacarepaguá, Rio de Janeiro, between June 2012 and May 2013. The population was composed of elderly dependents, such as those considered in need of caregiver family or not, registered at the Family Clinical Program. It were evaluated the BADL (Katz Index) and IADL (Lawton-Brody Index). The Katz index evaluation revealed that 68.81% had complete independence, partial dependence 27.96%, and 3.23% total dependence. In the final classification, those with partial or total dependence were grouped as dependents, resulting in 31.19%. Related to Lawton-Brody index were classified as independents 29.03%, with 66.66% classified as partially dependent and 4.30% had total dependence. This way, the use of functional assessment is feasible in primary care for this population. Moreover, there is a strong commitment on the quality of life for seniors facing the constraints identified and the parsimonious resources available to them to compensate for the addictions.

Keywords: Aged; Quality of life; Katz index; Lawton-Brody index; Public Health.

1. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: aldopachecoferreira@gmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fato incontestável, claramente irreversível e com impacto nos âmbitos econômico, social e epidemiológico do país¹⁻³. Tal fato não se refere a indivíduos ou gerações, mas sim, à mudança no arcabouço etário da população, sendo caracterizado pelo crescimento elevado da população idosa⁴.

Os resultados do censo populacional de 2010 chamam atenção para o crescimento do percentual de idosos na população brasileira que ocorreu nas últimas décadas⁵. O número de habitantes com sessenta ou mais anos de idade aumentou duas e meia vezes (35%) do que o resto da população do país (14%), entre os anos de 1991 e 2000. Apontam, ainda, para o crescimento da proporção de idosos na população brasileira de 8,80% no ano de 1998 para 11,10% em 2008⁶.

Carvalho & Brito⁷ sinalizam que o envelhecimento populacional tem tido como causa o decréscimo reiterado do índice de natalidade, encontrando-se neste nos dias atuais níveis de fecundidade insuficientes para substituir gerações, e o declínio da mortalidade a par com o aumento da longevidade. No Brasil, na década de 1960, a taxa de fecundidade era de cerca de seis filhos por mulher, passando para 4,5 no final da década de 1970. Em 2010, a taxa média de fecundidade no Brasil foi de 1,82 filhos por mulher⁵, semelhante à dos países desenvolvidos^{8,9} e abaixo da taxa de reposição populacional, que é de 2,10 filhos por mulher. Assim, verifica-se uma trajetória ascendente da população que envelhece a passos largos, relacionada diretamente com a queda da taxa de fecundidade e com o aumento da longevidade, sendo a expectativa de vida de 73,40 anos.

Ressalta-se que com o envelhecimento populacional a capacidade funcional pode ser prejudicada. Esta implica na habilidade para a realização de atividades que permitam ao indivíduo cuidar de si e viver independentemente, constituindo-se no foco do exame do idoso, e num indicador de saúde mais completo do que a morbidade, relacionando-se diretamente com a qualidade de vida¹⁰⁻¹³; fato que a torna ferramenta fundamental para estabelecer o diagnóstico, o prognóstico e fazer um julgamento clínico do estado geral de saúde, além de servir de base para adequar tratamentos e necessidades especiais¹¹.

A dependência, por si só, não constitui um evento negativo. Em diferentes etapas da vida a pessoa pode ser ou não dependente, temporária ou

definitivamente^{10,11}. A dependência se configura mais acentuada quando esta surge em decorrência de episódios ocorridos na etapa final da vida, e as atividades habituais são afetadas por esta dependência¹³. A falta de autonomia resulta do fato do indivíduo não conseguir responder as necessidades com que se depara diariamente e, sobretudo, não ter capacidade de se movimentar^{11,14}.

As alterações fisiológicas e motoras decorrentes de envelhecimento evidenciam o declínio de desempenho, com relativa consistência, em todas as variáveis da aptidão física (força, flexibilidade, resistência cardiovascular, agilidade e equilíbrio dinâmico e corporal)¹⁵. O declínio destas capacidades se traduz em repercussões não somente na funcionalidade, mobilidade, autonomia, como também na saúde e bem-estar da população idosa¹³.

A avaliação da capacidade funcional, no que concerne a habilidade para realizar o autocuidado e viver independentemente, é determinada pela atuação do idoso nas atividades básicas (AVDs) e instrumentais (AIVDs) da vida diária, sendo examinada através de instrumentos padronizados, destinados a verificar a capacidade de realizar tarefas sem assistência, definidas como independência e autonomia, respectivamente^{16,17}.

As AIVDs, Índice de Lawton-Brody, exploram um nível mais complexo de funcionalidade. Estas descrevem as atividades necessárias para a adaptação ao ambiente, dando ênfase às atividades comunitárias, sendo mais influenciadas cognitivamente. O Índice de Lawton-Brody¹⁸ tem sido amplamente aceito como um instrumento de avaliação válido e de confiança, utilizado em diversos estudos. É um instrumento apropriado para avaliar a capacidade de viver de forma independente, avaliando oito funções para as mulheres sendo a capacidade para utilizar o telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar a roupa, modo de transporte, responsabilidade pela própria medicação e habilidade para lidar com o dinheiro, e cinco funções para os homens, pois, historicamente, para o homem as funções de preparar alimentos, cuidar da casa e lavar a roupa estão excluídos.

As ABVDs, Índice de Katz¹⁹⁻²³, é hierarquicamente organizado para mensurar a independência na execução destas. Com efeito, o Índice de Katz é utilizado de diferentes formas, em especial, no que se refere à classificação da dependência e independência do indivíduo²⁰⁻²⁴. Nos estudos empíricos do envelhecimento, Katz notou que a perda da capacidade funcional ocorre numa ordem particular, sendo

que a função mais complexa é a primeira a ser perdida. Avalia a independência em seis atividades: vestir-se, lavar-se, utilizar o sanitário, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se. Através da observação e entrevista, o entrevistador pontua cada atividade, numa escala de 3 pontos de independência.

Dessa forma, a avaliação funcional de uma população de idosos é importante na detecção de fatores de risco modificáveis, relacionados ao desempenho funcional. Nesse sentido, o presente estudo objetivou avaliar o grau de dependência de idosos, com o Índice de Katz e de Lawton-Brody.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo quantitativo do tipo transversal de caráter exploratório e descritivo²⁴ desenvolvido em Jacarepaguá, Município do Rio de Janeiro, entre junho de 2012 e maio de 2013. A população estudada foi composta pelos idosos dependentes, considerados como tais os que necessitavam de cuidador familiar ou não, e identificados ou cadastrados, pertencentes ao Programa Clínica da Família - Academia e Centro de Convivência do Idoso.

A determinação do tamanho amostral foi calculada pela fórmula de Fisher e Belle²⁵, utilizando-se um intervalo de confiança de 95% e uma precisão de 3%. A amostra calculada foi arredondada e estabelecida em 93 indivíduos.

O primeiro passo na pontuação envolve a transposição da escala de pontuação de três pontos para uma classificação independente/dependente, usando as definições propostas. Finalmente, é atribuída uma das oito pontuações finais: A) Independente em alimentar-se, ser continente, mobilizar-se, utilizar o sanitário, vestir-se e lavar-se. B) Independente em todas as funções, exceto uma. C) Independente em todas as funções exceto lavar-se e outra função. D) Independente em todas as funções exceto lavar-se, vestir-se e outra função. E) Independente em todas as funções exceto lavar-se, vestir-se, utilizar o sanitário, e outra função. F) Independente em todas as funções exceto lavar-se, vestir-se, utilizar o sanitário, mobilizar-se e outra função. G) Dependente em todas as funções. Outra) Dependente em pelo menos duas funções, mas não classificável como C, D, E ou F.

A coleta de dados foi realizada durante visita domiciliária realizada pelos agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam nas áreas selecionadas. Todos os

agentes (12) foram treinados para a pesquisa, tendo a aplicação de questionários como instrumentos de aquisição de dados foram utilizados questionários para avaliar as ABVDs, pelo Índice de Katz, e as AIVDs, pelo Índice de Lawton-Brody. Para a coleta de dados foi utilizada uma escala de graus de dependência baseada no Índice de Katz, onde a pontuação soma o número de atividades em que o indivíduo é dependente, numa escala de 0 a 6, onde 0=independente e 6=dependente em todas as funções; e no Índice de Lawton-Brody, onde a pontuação utilizada é de 0 (dependente) até 8 (independente) para as mulheres e de 0-5 para os homens.

Para a análise dos dados foram geradas estatísticas com a frequência absoluta, percentuais e intervalos de confiança de 95% de cada uma das variáveis. A análise estatística foi realizada usando o *software* Epi InfoTM 7. No que diz respeito ao tratamento dos dados recorreu-se inicialmente a análise univariada (estatística descritiva), através das frequências absolutas, medidas de tendência central (média) e percentual. Foi aplicado o coeficiente alpha de Cronbach como uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa.

Registre-se que o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz) aprovou o presente estudo, estando os procedimentos de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dos idosos avaliados 67 eram do sexo feminino (72,04%) e 26 (27,96%) do sexo masculino. As características sócio-demográficas revelaram que a faixa etária mais prevalente foi entre 70-79 anos (57% dos entrevistados). Em relação ao estado civil dos idosos 54,83% são casados e 38,70% viúvos. Na análise da escolaridade constatou-se que 27 idosos (29,03%) possuíam ensino médio completo e 6 (6,45%) dos idosos informaram serem analfabetos.

Sobre estar trabalhando atualmente 72 idosos (77,42%) informaram ser aposentados, 12 idosos (12,90%) trabalho formal e 9 (9,68%) informal. Sobre a moradia 72,04% possuíam casa própria (n=67). Na quantidade de pessoas com quem mora, observou-se que 11 idosos (11,83%) moram sozinhos, 43 idosos (46,23%) moram com 3 a 4 pessoas, e 39 idosos (41,92%) moram com mais de 5

peças. A distribuição de renda apresentou (n= 25; 26,88%) possuírem renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos. Questionados sobre sedentarismo (n= 31; 33,33%) responderam que não realizavam nenhuma atividade física, enquanto os demais realizavam algum tipo de exercício, com maior frequência a caminhada por orientação médica. As características sociodemográficas dos 93 idosos entrevistados encontram-se reunidas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das características socioeconômicas dos idosos participantes da pesquisa, Jacarepaguá, RJ, 2012

Variáveis	Nº	(%)
Sexo		
Masculino	26	27,96
Feminino	67	72,04
Faixa etária		
60 a 69 anos	26	27,96
70 a 79 anos	53	57,00
80 anos ou mais	14	15,04
Etnia/Cor da pele		
Branca	37	39,80
Preta	20	21,50
Parda	36	38,70
Estado civil		
Solteiro	4	4,30
Casado	51	54,83
Viúvo	36	38,70
Divorciado	2	2,17
Escolaridade		
Analfabeto	6	6,45
Ensino fundamental Incompleto	34	36,56
Ensino fundamental Completo	11	11,83
Ensino médio Incompleto	15	16,13
Ensino médio Completo	27	29,03
Religião		
Nenhuma	5	5,38
Evangélico	41	44,08
Católico	24	25,81
Espírita	17	18,28
Outras	6	6,45
Total	93	100

O Índice de Katz proporcionou boa confiabilidade da consistência interna (alpha de Cronbach= 0,9987). A avaliação do grau de dependência revelou que 64 (68,81%) apresentavam independência completa, 26 (27,96%) dependência parcial

e 3 (3,23%) dependência total. Na classificação final, aqueles com dependência total ou parcial foram agrupados como dependentes (29, 31,19%) (Figura 2).

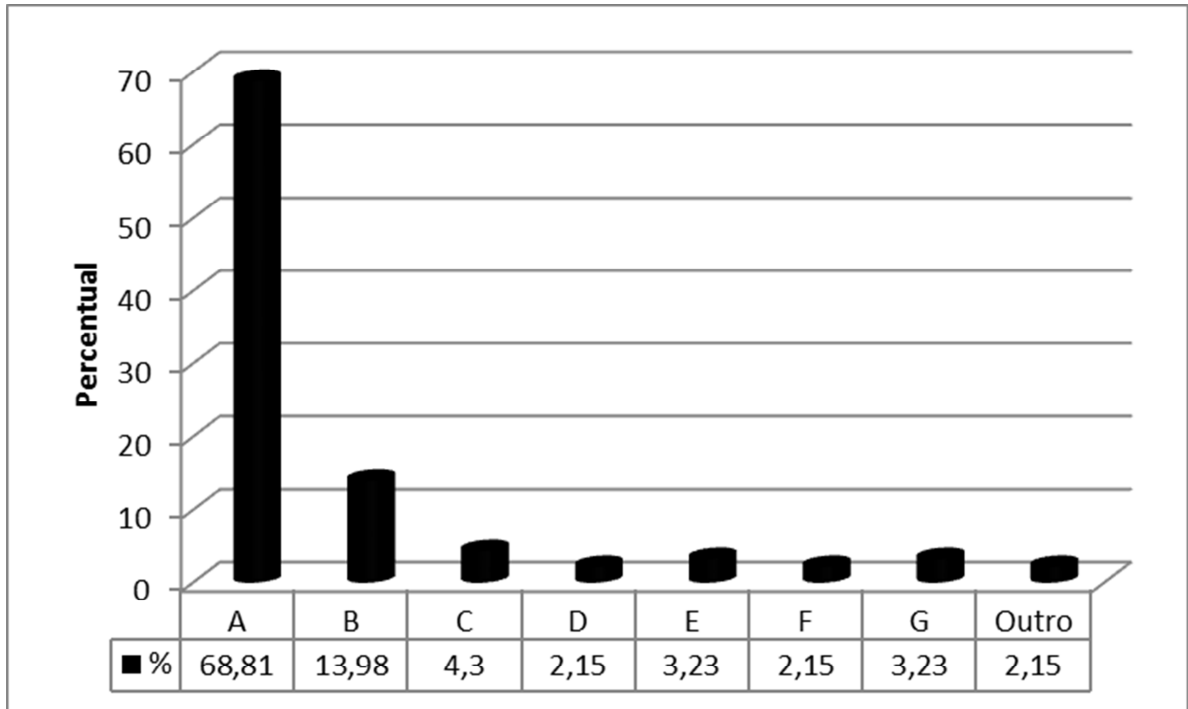


Figura 2. Dados obtidos na aplicação do Índice de Katz na população estudada, Jacarepaguá, RJ, 2012

Onde: A - Independente para todas as atividades; B - Independente para todas as atividades, menos uma atividade; C - Independente para todas as atividades, menos banho mais uma atividade; D - Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se e mais uma adicional; E - Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional; F - Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional; G - Dependente para todas as atividades; Outro - Dependente em pelo menos duas funções, que não se classificam como C, D, E e F

Dentre as seis ABVDs (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentar-se), os idosos mostraram-se mais independentes para alimentação (n= 77; 82,79%) e transferência, descrita como movimento de sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa (n= 80; 86,02%). A atividade em que foi encontrada maior dependência foi à continência, já que 18 idosos (19,35%) afirmaram ser incontinentes ou apresentar perdas urinárias ou fecais ocasionalmente, conforme observado na Tabela 2, que apresenta a classificação de dependência e independência.

Tabela 2. Distribuição de dependência/independência obtidos na aplicação do Índice de Katz na população estudada, Jacarepaguá, RJ, 2012

Variáveis	Nº	(%)
Banho		
Não	4	4,30
Sim	89	95,7
Vestir-se		
Não	9	9,68
Sim	84	90,32
Higiene pessoal		
Não	17	18,28
Sim	76	81,72
Transferência		
Não	13	13,98
Sim	80	86,02
Continência		
Não	18	19,35
Sim	75	80,65
Alimentação		
Não	16	17,21
Sim	77	82,79
Total	93	100

Na aplicação do Índice de Lawton-Brody a maioria dos idosos declarou-se independente para usar o telefone (n= 67; 72,04%), ir a locais distantes usando algum tipo de transporte, sem necessidade de planejamentos especiais (n= 56; 60,21%), fazer compras (n= 69; 74,19%), preparar as próprias refeições (n= 74; 79,57%), arrumar a casa sem ajuda (n= 61; 65,6%), realizar trabalhos manuais domésticos (n= 74; 79,57%), lavar e passar a própria roupa (n= 59; 63,44%), utilizar medicamentos na dose e nos horários corretos (n= 57; 61,29%) e consegue cuidar das próprias finanças (n= 65; 69,89%). Os resultados apresentaram boa consistência interna (alpha de Cronbach= 0,867). Foram classificados como independentes 27 idosos (29,03%) cuja pontuação foi igual a 27. A maior parte da amostra (n= 62 idosos; 66,66%) foi classificada como parcialmente dependente, com pontuação maior que 18 e menor ou igual a 26. 4 idosos (4,30%) apresentaram dependência total com pontuação menor ou igual a 18. A Tabela 3 apresenta estas variáveis.

Tabela 3. Dados obtidos na aplicação do Índice de Lawton & Brody na população estudada, Jacarepaguá, RJ, 2012

Variáveis	Nº	(%)
Consegue usar o telefone?		
Sem ajuda	67	72,04
Com ajuda parcial	20	21,05
Não consegue	6	6,91
Consegue ir a locais distantes, usando transportes, sem necessidade de planejamentos especiais?		
Sem ajuda	56	60,21
Com ajuda parcial	22	23,65
Não consegue	15	16,14
Consegue fazer compras?		
Sem ajuda	69	74,19
Com ajuda parcial	19	20,43
Não consegue	5	5,38
Consegue preparar suas refeições?		
Sem ajuda	74	79,57
Com ajuda parcial	11	11,82
Não consegue	8	8,61
Consegue arrumar a casa?		
Sem ajuda	61	65,60
Com ajuda parcial	16	17,20
Não consegue	16	17,20
Consegue fazer trabalhos manuais domésticos?		
Sem ajuda	74	79,57
Com ajuda parcial	13	13,52
Não consegue	6	6,91
Consegue lavar e passar sua roupa?		
Sem ajuda	59	63,44
Com ajuda parcial	12	12,90
Não consegue	22	23,66
Consegue tomar remédios na dose e horários corretos?		
Sem ajuda	57	61,29
Com ajuda parcial	10	10,75
Não consegue	26	27,96
Consegue cuidar das próprias finanças?		
Sem ajuda	65	69,89
Com ajuda parcial	13	13,52
Não consegue	15	16,59
Total	93	100

DISCUSSÃO

Na extensão em que a longevidade aumenta, a dependência tende a crescer em consequência de múltiplos fatores, conquanto não possa ser estabelecida uma analogia direta de causa e efeito²⁶⁻²⁸. As alterações orgânicas, funcionais e

psicológicas decorrentes do envelhecimento normal são variantes e dependem de como cada um se organizou para esta etapa da vida, de sua capacidade física, da manutenção das atividades que ajustem prazer e desenvolvimento intelectual e pessoal.

A incapacidade funcional geralmente está arrolada a aspectos de saúde da população idosa, entretanto, observou-se associação significativa, sobretudo na incapacidade demonstrada para as atividades instrumentais. O estudo também testou a associação da incapacidade funcional tanto para ABVDs quanto para AIVDs, com as mesmas variáveis independentes. Analisaram-se, dessa forma, as similaridades e diferenças nos dois domínios, proporcionando a comparação das chances de desenvolver o desfecho devido a alterações nas distintas variáveis em cada condição. Ficou evidenciado que o aumento da idade foi significativamente associado à maior incapacidade funcional, tanto para ABVDs quanto para AIVDs. Essa associação foi encontrada em outros estudos com populações análogas²⁹⁻³².

Njegovan et al.,³³ analisaram a associação entre declínio funcional e declínio cognitivo e concluíram que há relação importante entre o nível cognitivo e a capacidade funcional. Sinalizaram, ainda, que há comprometimento das AIVDs em indivíduos com pequenas perdas cognitivas. Já as ABVDs só foram afetadas em sujeitos com comprometimento cognitivo grave³⁴.

Apesar de pequena dependência para o uso do telefone, ainda assim, esta pode estar relacionada à perda auditiva que gera um dos distúrbios mais incapacitantes, uma vez que não conseguindo ouvir, estes idosos são incapazes de se comunicarem e, assim, impedindo-os de desempenharem plenamente seu papel na sociedade³⁵. Há, portanto, uma hierarquia das perdas funcionais, em que as AIVDs são as primeiras a serem afetadas³⁶⁻³⁷. Sem acompanhamento adequado e atendimento das necessidades de saúde dos idosos, as perdas funcionais podem comprometer a autonomia destes, assim como sua qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Foi identificada que a avaliação das ABVDs e as AIVDs apresentam aplicabilidade e sensibilidade para detectar alterações no desempenho das tarefas funcionais de idosos e esses exibiram, de maneira geral, correlações

estatisticamente significativas na amostra estudada.

Dia-a-dia tem se tornado um dos maiores desafios da saúde pública os aspectos concernentes ao envelhecimento populacional, pois ao lado do incremento crescente da expectativa de vida populacional, alia-se uma maior probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e de incapacidades. Deve-se compreender a senilidade como uma realidade heterogênea, já que esta pode ser influenciada de acordo com algumas variantes, tais como: gênero, etnia, classe social e condições de saúde.

As Unidades de Saúde da Família devem incorporar o diagnóstico e monitoramento do declínio funcional dos idosos. Devem propor e apoiar os idosos e suas famílias a programar alternativas para atenuar o declínio funcional que acompanha a senescência, de modo a preservar a autonomia e a qualidade de vida dos mesmos. Outrossim, outro ponto diz respeito a aqueles idosos que já apresentam perdas funcionais e dependência, instituindo medidas que preservem suas independência na realização das ABVDs/AIVDs ou que facilitem o cuidado realizado no domicílio pelo cuidador e que este cuidador, por sua vez, deva ser acolhido pela equipe de saúde, no compartilhamento de responsabilidades pelo cuidado ao idoso.

Os resultados obtidos com este estudo podem incitar ações outras das equipes de saúde voltadas aos idosos, com a finalidade de estimular e adequar procedimentos cognitivos dispensados a este grupo, avançando nas aplicações do modelo assistencial adotado para atender às necessidades diárias dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EDUSP; 1991.
2. Pessini L. Envelhecimento e saúde: Ecos da II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento. *O Mundo da Saúde* 2002; 26(4): 457-63.
3. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3):725-733.
4. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública* 2009; 43(3):548-554.

5. Brasil. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/>; 2010.
6. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde Pública e Envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3):700-701.
7. Carvalho JAM, Brito F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. *Rev. bras. Estudos Populacionais* 2005; 22(2):351-369.
8. Prettner K. Population aging and endogenous economic growth. *J Popul Econ.* 2013; 26(2):811-834.
9. Yen CF, Lin JD, Chiu TY. Comparison of population pyramid and demographic characteristics between people with an intellectual disability and the general population. *Res Dev Disabil.* 2013; 34(3):910-5.
10. Coppard L. La autoatención de la salud y los ancianos. In: Organización Panamericana de la Salud. *Hacia el bienestar de los ancianos.* Washington (DC); 1985.
11. Gomes GC; Diogo MJE. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: Diogo MJE (Org.). *Saúde e qualidade de vida na velhice.* Campinas: Alínea; 2004.
12. Paixão Jr. CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(1):7-19.
13. Da Silva MJ, Oliveira Lopes MV, Maciel Araújo MF, Andrade de Moraes GL. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. *Acta Paulista de Enfermagem* 2006; 19(2): 201-206.
14. Torres GV, Reis L, Reis LA. Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 2010; 68(1): 39-43.
15. Barcelos-Ferreira R, Yoshio Nakano E, Steffens DC, Bottino CM. Quality of life and physical activity associated to lower prevalence of depression in community-dwelling elderly subjects from Sao Paulo. *J Affect Disord.* 2013; pii: S0165-0327(13)00184.
16. Sanchez CM, Montório CI, Fernandez TMI. Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se auto cumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 2002; 12(2): 61-71.
17. Barile JP, Thompson WW, Zack MM, Krahn GL, Horner-Johnson W, Haffer SC. Activities of daily living, chronic medical conditions, and health-related quality of life in older adults. *Journal of Ambulatory Care Management* 2012;35(4):293-304.
18. Lawton MP, Brody MH. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 1969; 9: 179-186.

19. Katz S, Chinn A. Multidisciplinary studies of illness in aged persons. II. A new classification of functional status in activities of daily living. *Journal of chronic diseases* 1959; 9: 55-62.
20. Katz S, Ford A, Moskowitz R, Jackson B, Jaffe M. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 21: 914-919.
21. Katz S, Dows TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; (10):20-30.
22. Katz S, Akporn C. A measure of primary sociological function. *International Journal of Health Services* 1976; 6: 493-507.
23. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society* 1983; 31: 721-727.
24. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
25. Fisher LD, Belle GV. *Biostatistics: a methodology for health science*. New York: John Wiley; 1993. p. 991.
26. Feitas M.C, Maruyama SAT, Ferreira TF, Motta AMA. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. *Revista Latino-America de Enfermagem* 2002; 10(2): 221-228.
27. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3):733-781.
28. Alves LC, Leimann BC, Vasconcelos ME, Carvalho MS, Godoi Vasconcelos AG, da Fonseca TC Oliveira, Lebrão ML, Laurenti R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(8): 1924-1930.
29. Bernabei R, Venturiero V, Tarsitani P, Gambassi G. The comprehensive geriatric assessment: When, where, how. *Critical reviews in oncology/hematology* 2000; 33: 45-56.
30. Cromwell DA, Eagar K, Poulos R. The performance of instrumental activities of daily living scale in screening for impairment in elderly community residents. *Journal of Clinical Epidemiology* 2003; 56:131-137.
31. Clark DO, Stump TE, Tu W, Miller DK. A comparison and cross-validation of models to predict basic activity of daily living dependency in older adults. *Medical Care* 2012; 50(6): 534-539.
32. Wang H, Chen K, Pan Y, Jing F, Liu H. Associations and impact factors between living arrangements and functional disability among older Chinese adults. *PLoS One* 2013;8(1):e53879.

33. Njegovan V, Hing MM, Mitchell SL, Molnar FJ. The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. *Journal of Gerontology Series A: Biological Science and Medical Science* 2001; 56(10): 638-643.
34. Roehrig B, Hoeffken K, Pientka L, Wedding U. How many and which items of activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) are necessary for screening. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2007; 62: 164-171.
35. Pereira GN, Bastos GAN, Del Duca GF, Bós AJG. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(11):2035-2042.
36. Rikli RE, Jones JC. Functional Fitness Normative Scores for Community-Residing Older Adults, Ages 60-94. *Journal of Aging and Physical Activity* 1999; 7:162-181.
37. Cohen ME, Marino RJ. The tools of disability outcomes research functional status measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2000; 81: 21-29.

