



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

AYANE RIBEIRO DE OLIVEIRA DUARTE

**CAPACIDADE FUNCIONAL, QUALIDADE DE VIDA E ACESSO AOS SERVIÇOS
DE SAÚDE EM IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE -
PB**

**CAMPINA GRANDE
2018**

AYANE RIBEIRO DE OLIVEIRA DUARTE

**CAPACIDADE FUNCIONAL, QUALIDADE DE VIDA E ACESSO AOS SERVIÇOS
DE SAÚDE EM IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE -
PB**

Trabalho de Conclusão de Curso da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito à obtenção do título de graduado (a)
em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria do Carmo
Eulálio.

**CAMPINA GRANDE
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

D812c Duarte, Ayane Ribeiro de Oliveira.
Capacidade funcional, qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde em idosos residentes no município de Campina Grande - PB [manuscrito] / Ayane Ribeiro de Oliveira Duarte. - 2018.
28 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.
"Orientação : Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio, Departamento de Psicologia - CCBS."
1. Envelhecimento ativo. 2. Capacidade funcional. 3. Qualidade de vida. I. Título
21. ed. CDD 305.26

AYANE RIBEIRO DE OLIVEIRA DUARTE

CAPACIDADE FUNCIONAL, QUALIDADE DE VIDA E ACESSO AOS SERVIÇOS DE
SAÚDE EM IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB

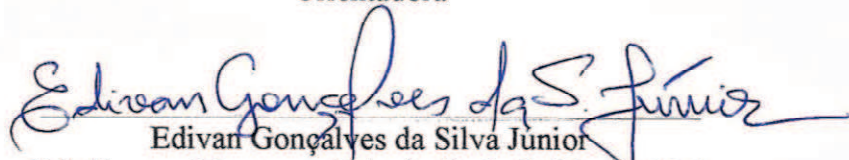
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Psicologia da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito à obtenção do título de Formada e
Licenciada em Psicologia.

Aprovada em: 23 / 11 / 2018 .

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Eulálio
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Orientadora



Edivan Gonçalves da Silva Júnior
Psicólogo – Mestre em Psicologia da Saúde (UEPB)
Examinador



Prof. Me. Rômulo Lustosa Pimenteira Melo
Faculdades Santa Maria – Cajazeiras (FSM – Cajazeiras)
Examinador

Dedico

À Deus, aos meus pais e esposo, pelo apoio
incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me guiar sempre pelos melhores caminhos.

Aos meus pais, Antonio Aldo e Maria do Socorro, pelo cuidado, dedicação, amor e carinho, sou privilegiada por tê-los em minha vida. Mãe, sua presença significa segurança e certeza de que nunca estive nem estarei sozinha nessa caminhada. Pai, seu apoio em todos os momentos me fortalece e me impulsiona a continuar. Amo vocês!

Ao meu esposo Ediano, pelo amor, carinho, paciência e por sua capacidade de sempre me ajudar e tranquilizar. Meus dias são mais felizes contigo. Te amo!

À minha irmã, a quem tenho enorme admiração, eis extraordinária, inteligente, uma mãe dedicada. Agradeço, pelo lindo presente que me deu, minha sobrinha Ana Júlia a quem tenho um amor imenso.

Aos meus avós, José Olímpio e Raimunda; José Alves (in memoria) e Adalgisa, pelo apoio e exemplo de vida.

À minha Madrinha Francisca Alves, pelo apoio e carinho, a senhora foi fundamental para realização dessa conquista, minha gratidão! Ao meu Padrinho José Ronivaldo, pelo apoio.

Aos meus tios e tias, pelo carinho e por sempre estarem presentes e prontos a ajudar, sou muito grata.

Aos meus sogros, José e Cleida, por serem pessoas de bem, e por terem trazido ao mundo meu esposo.

Aos amigos Fhelipe, Jânio, Edgley e Gabriel pelo apoio.

À minha orientadora Maria do Carmo Eulálio, exemplo de pessoa e profissional, agradeço por todos os ensinamentos ao longo da minha formação.

À Edivan Gonçalves, que contribuiu muito durante a construção desse trabalho, assim como durante minha trajetória acadêmica, sempre pronto a ajudar, eis um profissional exemplo.

À banca examinadora, pelas significativas contribuições ao trabalho.

Agradeço a todos os integrantes do Grupo de Estudos em Envelhecimento e Saúde (GEPES), cada um deixou sua contribuição para que fosse possível a realização desse trabalho.

Sou grata a todos os professores da instituição (UEPB), pelos ensinamentos, e confiança que sempre depositaram em mim. À Universidade Estadual da Paraíba, por oferecer o curso de Psicologia com excelência.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 6 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 8 |
| 2.1 Envelhecimento | 8 |
| 2.2 Capacidade Funcional | 9 |
| 2.3 Qualidade de vida | 10 |
| 2.4 Acesso aos serviços de saúde | 11 |
| 3 MÉTODOS | 12 |
| 3.1 Delineamento..... | 12 |
| 3.2 Campo do estudo e composição da amostra..... | 12 |
| 3.3 Instrumentos de coleta de dados | 13 |
| 3.3.1 <i>Questionário sociodemográfico</i> | 13 |
| 3.3.2 <i>Índice de Katz</i> | 13 |
| 3.3.3 <i>Escala de Lawton e Brody</i> | 13 |
| 3.3.4 <i>Escala de Qualidade de Vida – WHOQOL-BREF</i> | 13 |
| 3.3.5 <i>Acesso aos serviços de saúde</i> | 14 |
| 3.4 Processo de análise dos dados..... | 14 |
| 3.5 Procedimentos éticos | 14 |
| 4 RESULTADOS | 14 |
| 5 DISCUSSÃO | 20 |
| 6 CONCLUSÃO | 23 |
| REFERÊNCIAS | 25 |

CAPACIDADE FUNCIONAL, QUALIDADE DE VIDA E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB

Ayane Ribeiro de Oliveira Duarte*

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar indicadores de envelhecimento ativo (capacidade funcional em ABVD e AIVD; qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde) numa amostra de idosos urbanos. O tipo de estudo foi transversal, descritivo com abordagem quantitativa. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico; Escala de Katz; Escala de Lawton e Brody; WHOQOL-BREF; seis itens com resposta dicotômicas sobre acesso aos serviços de saúde. Os dados foram tabulados no SPSS e, realizadas análises descritivas (média, desvio padrão, mediana), testes de correlação de Spearman e teste de Man Whitney ($p < 0,05$). Participaram 508 idosos urbanos, com média de idade de 71,16 anos. Para a capacidade funcional, foi encontrado um índice baixo de dependência na realização das ABVD e AIVD, sendo mais frequente o declínio funcional para realização de AIVD. A média geral da QV foi de 66,03, e o domínio social ($M=72,03$; $DP=16,72$) se sobressaiu na avaliação da QV, seguido pelo psicológico ($M=69,31$; $DP=15,24$). O domínio ambiental apresentou menor média ($M=57,95$; $DP=14,57$). Uma quantidade elevada de idosos (76,6%) declararam que não receberam visita de um profissional da saúde nos últimos 12 meses. Quanto a procura por serviços de saúde, 67,9%, procuraram na rede pública ou SUS. A quantidade de vezes que o idoso foi a uma consulta médica apresentou correlação negativa com os domínios físico e psicológico da QV, e o fato dos idosos receberem visitas de um profissional da saúde em casa não trouxe alterações significativas na avaliação da QV.

Palavras-Chave: Envelhecimento Ativo. Capacidade Funcional. Qualidade de Vida.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é caracterizado como um processo gradual, que com avanço progressivo do tempo pode resultar em perdas físicas, sociais, cognitivas e exige intensa elaboração de aspectos psicológicos do sujeito que envelhece visando uma adaptação saudável às mudanças desta fase (REIS et al., 2015). Por ser um fenômeno universal e de proporções individuais, cada ser humano envelhece de maneira diferente, trata-se não somente

* Aluna de Graduação em Psicologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: ayane_ribeiro9@hotmail.com

de aspectos biológicos, mas também influenciado pelo modo de vida e pelo ambiente em que se vive (PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015).

De acordo com Gavasso e Beltrame (2017), considerar o idoso de maneira integral continua a ser o fator mais influente para construção de planos de cuidados coesos e capazes de preservar a autonomia por mais tempo, conseqüentemente manter ou melhorar a qualidade de vida. Haja vista as características do processo de envelhecimento com suas múltiplas facetas, as fragilidades impostas por essa condição e a avaliação dos níveis de independência do idoso, infere-se a necessidade de intervenções de outras áreas, não somente a de saúde, no desenvolvimento de ações interdisciplinares para melhoria no processo de cuidar do idoso.

É importante salientar que os idosos correspondem hoje a 13,5% da população brasileira. Contudo, as projeções para 2042 indicam que cheguem a 24,5%, demonstrando a forte tendência no aumento da expectativa de vida dos idosos brasileiros e no número de idosos longevos (IBGE, 2018).

Diante da complexidade do tema, os estudos, indicadores e instrumentos operacionalmente viáveis tornam-se ferramentas essenciais para a prática dos profissionais de saúde que atuam com o público idoso, assim como para os estudiosos do tema e as famílias que lidam com seus idosos. No mesmo mérito, pesquisas e estudos populacionais sobre diversos temas tendem a apresentar a estrutura, composição e a forma de distribuição de determinados componentes, propiciando, a partir de um conhecimento amplo da população estruturada, possibilidades de melhores condições de vida (PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015). O Sertão nordestino, ainda de acordo como autor, é uma das regiões do país em que os indicadores das condições de vida são mais baixos, assim sendo, a presente pesquisa contribui com referências e dados úteis para informação e comparativos tanto a nível local como regional.

Em razão do processo de envelhecimento da população e da demanda criada nos serviços de saúde para atender a crescente gama de usuários nessa faixa etária, observou-se a necessidade de um estudo enfocando os indicadores de envelhecimento ativo e sua relação com as características físicas e fatores associados a pessoas em processo de envelhecimento. Diante do exposto o presente estudo teve como objetivo avaliar indicadores de envelhecimento ativo (capacidade funcional em ABVD e AIVD; qualidade de vida e acesso

aos serviços de saúde) numa amostra de idosos urbanos residentes no município de Campina Grande-PB.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Envelhecimento

Nos últimos anos, com o aumento do número de pessoas idosas, o envelhecimento tornou-se um fenômeno inerente à maioria das sociedades do mundo. Em decorrência da redução da natalidade, da mortalidade e do aumento da expectativa de vida, resultantes de avanços em inúmeros fatores de cuidados em saúde, a população idosa mundial está crescendo ((PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015; ALVES, 2014). Esse processo de envelhecimento da população acontece de forma distinta em países, cidades e regiões, sempre em consonância com as diferentes nações e contextos socioeconômicos. De acordo com Nunes (2017), nos países de alta renda, o aumento da proporção de idosos na população ocorreu de forma gradual, acompanhando as melhorias das condições gerais de vida, logo nos países de renda média e baixa, esse aumento vem ocorrendo de forma acelerada, representando um desafio para as políticas sociais e de saúde.

O envelhecimento populacional, carrega consigo problemas de saúde que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social, ainda assim, os avanços no campo da saúde e da tecnologia permitiram para a população com acesso a serviços públicos ou privados adequados, uma melhor qualidade de vida nessa fase. Com isso, é fundamental investir em ações de prevenção ao longo de todo o curso de vida (MIRANDA, MENDES; SILVA, 2016).

Segundo Deponti e Acosta (2010), para a melhor compreensão da relação entre envelhecimento e saúde, tem-se optado por uma abordagem multidimensional, considerando os aspectos biológicos, físicos, psicológicos, econômicos e sociais. A Organização Mundial da Saúde (2005) utiliza o termo envelhecimento ativo para introduzir a perspectiva do idoso como sujeito participativo nas relações sociais. Propõe, assim, uma nova visão sobre o processo, compreendido como parte da dinâmica da vida, conjugando esforços pessoais em manter práticas saudáveis atreladas às políticas públicas econômicas, de segurança, de inclusão e participação social. A saúde, nesse sentido, vincula-se à concretização do potencial de bem-estar, tendo os componentes mental e social a mesma importância que o componente físico ao longo de toda a vida (CAVALCANTI et al., 2016). Dessa forma, à medida que

aumenta o número de idosos longevos, o envelhecer ativamente ganha cada vez mais importância, já que o objetivo nessa etapa da vida é manter saúde e bem-estar reduzindo as incapacidades relacionadas à idade mais avançada.

2.2 Capacidade Funcional

Durante o processo de envelhecimento, o ser humano passa por mudanças físicas significativas que, se não organizadas, podem caracterizar um forte fator de risco para o desenvolvimento de incapacidades (GAVASSO; BELTRAME, 2017). Esse desempenho funcional, a partir dos trinta anos de idade, declina progressivamente devido ao processo fisiológico do envelhecimento.

A capacidade funcional pode ser conceituada como a capacidade de o indivíduo cuidar de si próprio e viver de forma independente, ou seja, manter suas capacidades físicas e mentais em suas atividades básicas e instrumentais (KAGAWA; CORRENTE, 2015). De acordo com Ministério da Saúde (2007), a capacidade funcional consiste na aptidão de uma pessoa cuidar de si, em se tratando das atividades básicas de vida diária tais como: comer, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, passar da cama para a cadeira, mover-se da cama e controle de esfíncter. Em outro grupo estão as atividades instrumentais que consistem na habilidade dos idosos administrarem o ambiente em que vivem, como: preparar os alimentos, lavar as roupas, cuidar da casa, fazer compras, ir ao médico, e compromissos sociais e religiosos.

Uma das formas de medir a capacidade funcional em idosos ocorre pela avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Conseguir realizar as ABVD, para a pessoa idosa, significa algo cotidiano e indispensável para a sua sobrevivência, mantendo-o envolvido na execução dos afazeres domésticos e no gerenciamento dos cuidados com a própria saúde (FERREIRA et al., 2012). Já as AIVD exploram, aquelas atividades que caracterizam a independência na comunidade como usar telefone, fazer compras, usar medicações com segurança, e administrar finanças, sendo as primeiras a declinar pois são mais complexas e exigem mais esforço cognitivo dos idosos (GAVASSO; BELTRAME, 2017).

O Índice de Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as ABVD e foi criado por Sidney Katz, em 1963, para avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso (KATZ et al., 1963). Katz estabeleceu uma lista de seis itens que são hierarquicamente

relacionados e refletem os padrões de desenvolvimento, ou seja, que a perda da função no idoso começa pelas atividades mais complexas, como vestir-se, banhar-se, até chegar as de autorregulação como alimentar-se e as de eliminação ou excreção. Portanto, baseia-se na premissa de que o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as atividades da vida diária nos pacientes idosos seguem um mesmo padrão de evolução, ou seja, perde-se primeiro a capacidade para banhar-se e, a seguir, para vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama (e vice-versa) e alimentar-se (FORMIGA, 2017).

Já a escala desenvolvida por Lawton e Brody (1969), avalia o nível de independência do indivíduo no que se refere à realização das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), compreendidas por nove tarefas que possibilitam à pessoa adaptação ao meio e manutenção da independência na comunidade como: uso do telefone, de transportes, fazer compras, preparar alimentos, lidar com a casa, realizar trabalhos manuais, lavar e passar a própria roupa, uso correto da medicação e administração do dinheiro (ALMEIDA et al., 2017). A seleção desses instrumentos para realização da presente pesquisa teve por base sua vasta utilização em outros estudos, além de serem validados e reconhecidos pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A perda da capacidade funcional traz implicações para o idoso, a família e a comunidade. Além de aumentar o risco de morte, ela gera maior chance de hospitalização e de gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para as famílias. Estudo elencado em dados da Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílios (PNAD) de 2003 (IBGE, 2003) revela que os principais fatores associados à incapacidade em idosos são o sexo feminino, maior idade, presença de doenças crônicas, auto avaliação ruim de saúde, baixa renda e baixa escolaridade. Diante disso, é fundamental avaliar a incapacidade funcional e seus fatores associados, para eleger intervenções apropriadas, com o intuito de auxiliar na promoção da qualidade de vida e no preparo de estratégias com foco nos indivíduos idosos (NUNES et al., 2017).

2.3 Qualidade de vida

Num cenário mundial de transições demográficas, nutricional e epidemiológica, surge o termo Qualidade de Vida (QV), referindo-se à manutenção da saúde nos aspectos físicos, espirituais, psíquicos e sociais (OMS, 1991) e com a proposta de abranger a percepção dos sujeitos acerca da sua posição na vida, nível de dependência, contexto cultural e sistema de valores (WHOQOL GROUP, 1995). Constata-se que a QV é um termo amplo e subjetivo,

com definições diferentes para diversos autores, dependendo também da influência de aspectos e percepções individuais, sociais e ambientais (PEREIRA et al., 2015).

Vários são os fatores que influenciam a QV, dentre eles, o estado de saúde, as relações familiares, longevidade, disposição, lazer, satisfação no trabalho, salário, prazer, espiritualidade, capacidade funcional, enfraquecimento, deficiência, níveis de atividade física, parâmetros antropométricos e uso de medicamentos (PEREIRA et al., 2015). Carvalho et al., (2016) considera ainda como relevante nesse processo do bom envelhecer e, conseqüentemente, uma melhor Qualidade de Vida: a autonomia e a independência, sendo a autonomia o controle e a capacidade de tomar as próprias decisões quanto ao seu modo de vida, com regras e preferências próprias, e a independência como a capacidade de executar funções da vida diária e viver sem a ajuda de outros.

Mesmo havendo divergências sobre quais os determinantes de um envelhecimento saudável e uma boa Qualidade de Vida, trata-se de uma questão complexa que engloba questões governamentais, de saúde pública, variáveis socioeconômicas, culturais e pessoais. Dessa forma, a Qualidade de Vida em idosos perpassa por todo o universo que é a sociedade e seus valores, e juntamente com a capacidade funcional são os novos paradigmas sociais quando se trata da saúde da população idosa (KAGAWA; CORRENTE, 2015).

2.4 Acesso aos serviços de saúde

Um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, dentro da Política Nacional de Atenção Básica, incorpora o acesso aos serviços de saúde como universal e contínuo e de qualidade, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, com o estabelecimento de mecanismos que assegure acessibilidade e acolhimento pressupondo uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde (BRASIL, 2011).

Tendo em vista que acesso, acolhimento, resolutividade, vínculo, unidades bem estruturadas, dentre outros, fazem parte de um processo maior de democratização e exercício de cidadania no sistema de saúde, ter acesso a serviços públicos de saúde resolutivos, humanizados, de qualidade, onde o usuário seja escutado e considerado ativamente na construção de intervenções, além de perpassar a dimensão subjetiva e relacional do trabalho em saúde, está diretamente articulado ao reconhecimento e exercício pleno da cidadania de usuários, profissionais e gestores, sujeitos que cotidianamente, constroem o Sistema Único de Saúde (SOPELETE; BISCARDE, 2013).

Embora o acesso aos serviços de saúde seja reconhecido internacionalmente como um direito fundamental do cidadão (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; BRASIL, 1988) ainda existem barreiras que comprometem o acesso da população aos cuidados de saúde mais básicos e a lacuna entre os que recebem e os que não recebem esses cuidados foi ampliada nos últimos anos em alguns serviços básicos. Segundo Neri e Soares (2002) a sustentabilidade da igualdade de oportunidades no acesso aos serviços de saúde para todos os indivíduos depende de aportes financeiros que estão aquém da capacidade de financiamento do setor público de saúde, o que faz com que indivíduos com maior poder aquisitivo busquem os serviços privados de saúde como forma de garantir o acesso quando necessário.

O acesso aos serviços de saúde tem um conceito amplo e complexo, sendo muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde, além de variar conforme o contexto, tempo e autores (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). O conceito de acesso está longe de se constituir uma unanimidade e pode ser definido de várias formas, alguns autores o definem como a possibilidade de utilização de cuidados de saúde e outros não estabelecem qualquer distinção entre acesso e utilização (AZEVEDO, 2007).

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento

O tipo de estudo foi transversal, descritivo, com abordagem quantitativa.

3.2 Campo do estudo e composição da amostra

A população da pesquisa foi constituída por pessoas com idades a partir de 60 anos, adscritos nos serviços oferecidos pela Rede Básica de Atenção à Saúde nos seis distritos sanitários da cidade de Campina Grande-PB.

A amostra foi do tipo não-probabilística e estratificada. Os gerentes dos distritos sanitários foram contatados e acertada a logística, tendo como ponto de apoio fundamental os coordenadores de Unidade Básica de Saúde (UBS) e os agentes Comunitários de Saúde (ACS). As Unidades de Saúde foram indicadas pelos gestores de cada Distrito Sanitário urbano do município de Campina Grande. Os idosos foram convidados a visitarem a Unidade Básica de Saúde (UBS) em dia e horário previamente agendados para coleta de dados, quando

aceito o convite para participar livremente da pesquisa, deu-se a aplicação dos instrumentos no espaço das unidades.

Quanto aos critérios de inclusão, observou-se a idade mínima de 60 anos e o acompanhamento na rede de atenção básica através da sua inscrição no território das Unidades Básicas de Saúde. Foram excluídos os idosos que se recusaram a participar do estudo, os acamados, cadeirantes, os que apresentaram comprometimento cognitivo grave (como instrumento de rastreio foi utilizado o mini exame do estado mental), déficit auditivo e visual graves, que dificultavam o processo de aplicação e compreensão dos instrumentos de coleta de dados.

3.3 Instrumentos de coleta de dados

3.3.1 Questionário sociodemográfico

Foi utilizado um questionário estruturado sobre condições sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, arranjo de moradia) e econômicas (renda mensal, aposentadoria) dos idosos.

3.3.2 Índice de Katz

Avalia a independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) hierarquicamente relacionadas, organizadas no desempenho de seis funções: banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação (KATZ et al., 1963). A pontuação para as resposta varia de 0 (zero) a 6 (seis) pontos, onde 0 (zero) indica total independência para desempenho das atividades e 6 (seis), dependência (total ou parcial) na realização de todas as atividades propostas. A pontuação intermediária indica a dependência total ou parcial em quaisquer das atividades e deverá ser avaliada individualmente.

3.3.3 Escala de Lawton e Brody

Realiza uma avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e permite mensurar a capacidade em desenvolver oito atividades: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, fazer faxina, lavar roupas, usar meio de transporte, tomar medicações e controlar finanças (LAWTON; BRODY, 1969).

3.3.4 Escala de Qualidade de Vida – WHOQOL-BREF

O WHOQOL-Bref é uma versão reduzida do *World Health Organization Quality of Life Instrument 100* (WHOQOL-100) e é composto de 26 questões, sendo duas delas gerais

de qualidade de vida e 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, o WHOQOL-100. O WHOQOL-BREF avalia quatro domínios (físico, psicológico, social e ambiental) e mais um domínio que analisa a qualidade de vida global. As respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida) (WHOQOL GROUP, 1995; FLECK et al., 2000).

3.3.5 Acesso aos serviços de saúde

Questionário estrutura com 6 itens dicotômicos e de resposta estruturada pelo idoso, que visam avaliar questões relativas ao acesso dos participantes aos serviços médicos: internação hospitalar, visita de um profissional da saúde (o Agente Comunitário de Saúde não foi considerado um profissional da saúde), tipo de serviço médico mais utilizado, entre outros fatores.

3.4 Processo de análise dos dados

Os dados coletados através da aplicação dos instrumentos foram digitados no SPSS, versão 18, e devidamente revisados. Foram realizadas análises descritivas dos dados (média, desvio padrão, mediana), testes de correlação de Spearman e teste de Man Whitney ($p < 0,05$).

3.5 Procedimentos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, respeitando as diretrizes estabelecidas para pesquisa com seres humanos, previstas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Contou com o número de aprovação CAAE: 58159316.4.0000.5187 e parecer nº 1.675.115.

4 RESULTADOS

A média de idade dos participantes foi de 71,16 anos ($dp=7,05$), com idade mínima de 60 anos e máxima de 92. Dos 508 idosos entrevistados, verificou-se o predomínio de indivíduos do sexo feminino (80,3%), 213 participantes (41,9%) são setuagenários, 216 (42,5%) eram casados, 185 (36,4%) cursaram as primeiras séries do primário, grande parte dos idosos divide a residência com os filhos (46,1%), 348 (68,5%) possuíam renda mensal superior a um salário mínimo; 359 (70,7%) eram aposentados e 494 (97,2%) afirmou possuir religião.

O índice de dependência na realização das ABVD foi baixo entre os participantes, apenas quatro idosos relataram necessidade de ajuda para se vestir. Nenhum dos idosos pesquisados apresenta dependência para utilizar o vaso sanitário (Tabela 2).

Tabela 1: Prevalência de capacidade funcional para as Atividades Básicas de Vida Diária por atividade segundo o Índice de Katz. (N=508)

| Atividade básica de vida diária | n | % |
|--|----------|----------|
| Tomar banho | | |
| Dependente | 03 | 0,6 |
| Independente | 505 | 99,4 |
| Vestir-se | | |
| Dependente | 04 | 0,8 |
| Independente | 504 | 99,2 |
| Utilizar o vaso sanitário | | |
| Dependente | 00 | 0 |
| Independente | 508 | 100 |
| Transferir-se | | |
| Dependente | 01 | 0,2 |
| Independente | 507 | 99,8 |
| Continência | | |
| Dependente | 03 | 0,6 |
| Independente | 505 | 99,4 |
| Alimentar-se | | |
| Dependente | 02 | 0,4 |
| Independente | 506 | 99,6 |

Fonte: Dados da pesquisa

No tocante à avaliação das AIVD (Tabela 3), observou-se maior dependência para realizar trabalhos manuais, seguido de maiores dificuldades para realizar atividades como lavar e passar roupa. A administração das finanças foi a atividade em que os idosos demonstraram maior independência (n= 448, 88,2%) seguido da maior autonomia para o tomar a medicação (n= 437, 86%).

Tabela 2: Prevalência de capacidade funcional para atividades instrumentais de vida diária por atividade segundo a Escala de Lawton-Brody. (N=508).

| Atividade instrumental | n | % |
|---|----------|----------|
| Usar o telefone | | |
| Não consegue | 39 | 7,7 |
| Ajuda parcial | 85 | 16,7 |
| Sem ajuda | 384 | 75,6 |
| Deslocar-se a locais distantes usando transporte | | |
| Não consegue | 54 | 10,6 |
| Ajuda parcial | 50 | 9,8 |
| Sem ajuda | 404 | 79,5 |
| Realizar compras | | |
| Não consegue | 48 | 9,4 |
| Ajuda parcial | 53 | 10,4 |
| Sem ajuda | 407 | 80,1 |
| Preparar refeições | | |
| Não consegue | 42 | 8,3 |
| Ajuda parcial | 62 | 12,2 |
| Sem ajuda | 404 | 79,5 |
| Arrumar a casa | | |
| Não consegue | 42 | 8,3 |
| Ajuda parcial | 85 | 16,7 |
| Sem ajuda | 381 | 75,0 |
| Realizar trabalhos manuais | | |
| Não consegue | 117 | 23,0 |
| Ajuda parcial | 91 | 17,9 |
| Sem ajuda | 300 | 59,1 |
| Lavar e passar roupas | | |
| Não consegue | 68 | 13,4 |
| Ajuda parcial | 81 | 15,9 |
| Sem ajuda | 359 | 70,7 |
| Tomar a medicação | | |
| Não consegue | 04 | 0,8 |
| Ajuda parcial | 67 | 13,2 |
| Sem ajuda | 437 | 86,0 |
| Administrar as finanças | | |
| Não consegue | 48 | 9,4 |
| Ajuda parcial | 12 | 2,4 |
| Sem ajuda | 448 | 88,2 |

Fonte: Dados da pesquisa

A avaliação da capacidade funcional em função das ABVD e AIVD revelou um elevado número de idosos que possui ao menos uma dificuldade para a realização das AIVD

(n=348; 68,5%). Apenas 12 idosos (2,4%) apresentou dependência nos dois grupos de atividades e 29,1% (n=148) dos idosos são independentes na realização das ABVD e AIVD.

A média geral de QV encontrada foi de 66,03 (dp=19,8), de acordo com avaliação do WHOQOL-BREF. Em relação aos domínios, os maiores escores foram identificados nos domínios social (72,03; dp=16,72) e psicológico (69,31; dp=15,24) sendo o menor escore médio 57,95 (dp=14,57), no domínio ambiental (Tabela 5).

Tabela 3: Média e desvio padrão para os 508 idosos, nos domínios avaliados e qualidade de vida global.

| Domínios de QV | Média | Desvio padrão | Mediana |
|-----------------------|--------------|----------------------|----------------|
| Ambiental | 57,95 | 14,57 | 59,37 |
| Social | 72,03 | 16,72 | 75,00 |
| Psicológico | 69,31 | 15,24 | 70,83 |
| Físico | 66,03 | 17,20 | 67,85 |
| QV geral | 66,19 | 19,84 | 75,00 |

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 4, pode-se observar os resultados em relação ao acesso aos serviços de saúde, onde 76,6% dos idosos declararam que não receberam visita de um profissional da saúde nos últimos 12 meses e 67,9% dos idosos entrevistados procuram por serviços de saúde na rede pública ou SUS, sendo que muitos dos idosos possuem algum plano ou seguro de saúde (45,0%)

Tabela 4: Distribuição dos participantes (N=508) segundo condições de acesso aos serviços de saúde.

| Variáveis | N | % |
|--|----------|----------|
| Precisou ser internado por pelo menos 1 noite | | |
| Sim | 79 | 15,6 |
| Não | 426 | 83,9 |
| Não respondeu | 3 | 0,6 |
| Recebeu visita de profissional da saúde | | |
| Sim | 114 | 22,4 |
| Não | 389 | 76,6 |
| Não respondeu | 5 | 1,0 |
| Tipo de serviço de saúde que procura com maior frequência | | |
| Rede pública ou SUS | 345 | 67,9 |
| Convênios ou planos privados de saúde | 110 | 21,7 |
| Clínicas, consultórios e hospitais particulares pagos | 46 | 9,1 |

| | | |
|--|-----|------|
| direta | | |
| Não respondeu | 7 | 1,4 |
| Tem plano ou seguro de serviços médicos | | |
| Sim | 233 | 45,9 |
| Não | 269 | 53 |
| Não respondeu | 6 | 1,2 |
| Quem paga plano de saúde particular | | |
| Um próprio idoso | 152 | 29,9 |
| Filho ou filha | 32 | 6,3 |
| Outro | 55 | 10,8 |
| Não respondeu | 269 | 53 |
| Tomou vacina contra gripe | | |
| Sim | 352 | 69,3 |
| Não | 152 | 29,9 |
| Não respondeu | 4 | 0,8 |

Fonte: Dados da Pesquisa

Na tabela 5, observou-se elevação dos índices de QV geral e referida a domínios conforme aumentaram os índices de independência para a realização das AIVD nos idosos pesquisados. No tocante a independência para realização das ABVD, foram encontradas correlações fracas para os domínios físico e psicológico. O número de visitas ao médico apresentou correlação negativa com os domínios físico e psicológico. O domínio físico, dentre as facetas de QV, foi o que apresentou maior correlação com a avaliação geral de QV.

Tabela 5: Coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis estudadas

| | Ind. ABVD | Ind. AIVD | QV física | QV psicológico | QV social | QV ambiental | QV geral | Quantas vezes CM |
|-----------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------------|------------------|---------------------|-----------------|-------------------------|
| Ind. ABVD | | 0,12** | 0,11* | 0,12** | 0,04 | 0,05 | 0,04 | - 0,06 |
| Ind. AIVD | | | 0,36** | 0,27** | 0,18** | 0,19** | 0,19** | - 0,01 |
| QV físico | | | | 0,56** | 0,33** | 0,47** | 0,55** | - 0,14** |
| QV psicológico | | | | | 0,37** | 0,52** | 0,49** | - 0,03 |
| QV social | | | | | | 0,36** | 0,26** | 0,02 |
| QV ambiental | | | | | | | 0,40** | 0,01 |
| QV geral | | | | | | | | - 0,13** |

Fonte: Dados da Pesquisa

Notas: Ind. ABVD – Independência para Atividade Básica de Vida Diária; Ind. AIVD – Independência para Atividades Instrumentais; QV – Qualidade de Vida; Quantas vezes CM - Quantas vezes foi a uma consulta médica.

Buscou-se avaliar se o fato de receberem uma visita de profissionais da saúde em domicílio provocou alguma diferença nos índices de QV e se essa atividade variou conforme a independência para ABVD e AIVD. Os resultados apontaram que o fato de receberem visitas em casa não trouxe alterações significativas na avaliação da QV. Observou-se que os idosos com redução da independência para a realização das AIVD estão entre aqueles que recebem visitas em domicílio.

Tabela 6: Comparação da Qualidade de Vida e da Capacidade Funcional conforme a ocorrência de visitas de profissionais da saúde em domicílios dos idosos.

| | Recebeu visita de Profissionais da saúde | n | Mean Rank | P |
|--|---|----------|------------------|----------|
| Quantas vezes foi a uma consulta médica | Sim | 114 | 296,83 | < 0,001 |
| | Não | 389 | 238,86 | |
| QV físico | Sim | 114 | 244,17 | 0,512 |
| | Não | 389 | 254,30 | |
| QV psicológico | Sim | 114 | 259,30 | 0,541 |
| | Não | 389 | 249,86 | |
| QV social | Sim | 114 | 270,57 | 0,115 |
| | Não | 389 | 246,56 | |
| QV ambiental | Sim | 114 | 256,99 | 0,676 |
| | Não | 389 | 250,54 | |
| QV geral | Sim | 114 | 265,47 | 0,250 |
| | Não | 389 | 248,05 | |
| Ind. AIVD | Sim | 114 | 221,89 | 0,011 |
| | Não | 389 | 260,82 | |
| Ind. ABVD | Sim | 114 | 249,14 | 0,366 |
| | Não | 389 | 252,84 | |

Fonte: Dados da Pesquisa

5 DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, houve predomínio de idosos com baixo nível de escolaridade e com renda média de até um salário mínimo, fato esse que corrobora com os resultados encontrados em outras pesquisas (KAGAWA; CORRENTE, 2015; GAVASSO; BELTRAME, 2017; NUNES et al., 2017). O baixo nível de escolaridade e renda são características dessa geração de idosos brasileiros, visto que 25% dessa população ainda são analfabetos e mais de 44 milhões de brasileiros sobrevivem com uma renda mensal de até um salário mínimo, onde 13,9% são aposentados ou recebem pensão (IBGE, 2016).

O presente estudo demonstra um percentual maior de mulheres idosas. Esse resultado é condizente com a amostra de vários outros estudos, onde a proporção média de mulheres foi sempre superior a 60% (ALVES, 2014; KAGAWA; CORRENTE, 2015; GAVASSO; BELTRAME, 2017; NUNES et al., 2017). O IBGE (2016) estima para 2060 um contingente de 33 milhões de homens idosos e 40,6 milhões de mulheres idosas, com superávit feminino de 7,6 milhões de mulheres. As estimativas das projeções populacionais confirmam o processo de “feminização do envelhecimento”, também chamado pelos estudiosos de gerontologia de “feminização da velhice. Fatores como comportamento, características de trabalho e características genéticas podem ser destacadas como preponderantes para superioridade feminina nessas idades. O maior número de mulheres nas idades avançadas ocorre especialmente pelo seu cuidado com a saúde e por conseguirem conviver por mais tempo com incapacidades e doenças, determinando uma menor mortalidade (GAVASSO; BELTRAME, 2017). Uma das dificuldades do processo de “feminização da velhice” é possibilitar a criação de um espaço de convivência com o foco em motivar a participação das mulheres idosas no convívio social, evitando o isolamento e fortalecendo a autoestima e a autonomia feminina (COSTA et al., 2018).

De acordo com os dados obtidos nessa amostra, os idosos apresentaram baixa dependência para as ABVD e AIVD, apenas 2,4% apresentou dependência para os dois grupos de atividades. De forma geral, os participantes deste estudo demonstram uma maior dependência nas AIVD do que para as ABVD. Ainda pôde-se constatar que poucos idosos apresentaram dependência total em suas avaliações, o que se assemelha a outros estudos da área (GAVASSO; BELTRAME, 2017; FIALHO et al., 2014; ASSIS et al., 2014). Deve se considerar que para a constituição da amostra de estudo, foram entrevistados idosos ativos.

Nos estudos realizados por Kagawa e Corrente (2015), Gavasso e Beltrame, (2017), e NUNES et al., (2017) a prevalência de dependência para as ABVD foi de 8,49%, 15,5% e 10,6% respectivamente, corroborando com os dados da presente pesquisa. Para as AIVD foi encontrada uma prevalência de 10,96% (KAGAWA; CORRENTE, 2015), 29,8% (GAVASSO; BELTRAME, 2017) e 34,2% (NUNES et al., 2017) demonstrando que os idosos destes estudos são, na maioria, independentes, assim como nos dados aqui discutidos.

De acordo com Nunes et al., (2017) a presença de maiores limitações na execução das AIVD ocorra devido ao impacto que menores níveis de comprometimento motor, sensitivo e cognitivo geram na execução dessas funções, diferentemente das ABVD que exigem menor integridade dos sistemas para sua execução, razão pela qual a incapacidade de realiza-las costuma estar vinculada a grandes limitações. Nesse contexto, aumenta a relevância de estratégias possíveis de minimizar a dependência do idoso e ampliar sua funcionalidade, por meio de redução de barreiras arquitetônicas, melhoria da iluminação e da disposição dos móveis da casa, e da utilização de mecanismos adaptativos como, por exemplo: órteses (bengalas, muletas, andador, cadeira de rodas, aparelho auditivo e óculos) (NUNES et al., 2017).

Avaliando cada item do instrumento utilizado para as ABVD, vestir-se foi a atividade que mais apresentou nível de dependência, assim como encontrado em estudos de Kagawa; Corrente (2015) e Nunes et al., (2017). Nenhum dos idosos pesquisados apresenta dependência para utilizar o vaso sanitário. Para as AIVD a atividade encontrada com maior dependência foi realizar trabalhos manuais, assim como em Nunes et al., (2017), seguido por lavar e passar roupa. Kagawa e Corrente (2015) encontraram em seu estudo a atividade lavar e passar roupa como a maior dependência (10,95%).

Com relação a Qualidade Vida, a presente pesquisa obteve média geral de 66,03 indicando que os idosos pesquisados apresentaram resultados semelhantes, comparando com outras pesquisas. No estudo de Santana et al., (2015) onde a média global encontrada foi de 63,4, em Reis et al., (2015), encontrou a média de 65,93 para QV, e Santos et al., (2014) obteve média de 67,89 para a QV. Todos os domínios apresentaram correlações significativas com a qualidade de vida, ou seja, para que o idoso tenha uma boa QV é necessário que ele esteja satisfeito com as variáveis que interferem na QV, pois à medida que aumentam a QV também será melhorada.

No estudo de Pereira et al., (2015) realizado em Canidé, cidade do sertão do Ceará, o domínio psicológico obteve a maior média e o meio ambiente a menor média, o que também foi observado no presente estudo, considerando a localidade das cidades e o tamanho da amostra pode-se supor certa uniformidade nos resultados encontrados. E sendo a QV influenciada pelo ambiente onde o idoso vive, este passa a evidenciar a importância de ambientes que promovam a saúde e que favoreçam a melhor percepção do idoso sobre sua QV. O Sertão nordestino, como aponta a autora, comparado a outras regiões do Brasil, é marcado por desigualdades em seu desenvolvimento, chuvas irregulares e secas intermitentes sendo fatores que exercem grande influência nas dimensões sociais, políticas e econômicas.

Os resultados deste estudo demonstraram que a manutenção do potencial de independência para a realização das AIVD foi acompanhado de acréscimos na avaliação da QV. E a independência para ABVD foi importante para os domínios psicológico e físico da QV. O que pode ser percebido nas correlações encontradas, à medida que o idoso não pode mais realizar uma determinada atividade passa a perceber de forma mais negativa sua QV. Os idosos que relataram ter pouca qualidade de vida tem mais chance de ter incapacidade funcional, ou seja a manutenção da capacidade funcional tem implicações diretas na qualidade de vida, por estar relacionada com a capacidade de os idosos se entrosarem, trabalharem, realizarem atividades dentro e fora de casa, desfrutarem de lazer e de todos os aspectos que a vida oferece em todos os sentidos e faces (KAGAWA; CORRENTE, 2015).

Assim sendo, o conhecimento dos níveis de saúde juntamente com a QV na velhice é de grande relevância para compreender a realidade dessa população naturalmente mais vulnerável, podendo ajudar na minimização das demandas pelos serviços de saúde (LIMA; PORTELA, 2010).

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, a maioria dos idosos pesquisados procuram os serviços públicos (Sistema Único de Saúde) quando percebem algum problema com a própria saúde. Os estudos de Pereira et al., (2015) também apontam que a maioria dos idosos pesquisados apontam o SUS como sistema de saúde mais utilizado, grande parte deles afirmou ter realizado mais de um procedimento de consulta/internação no último ano, com maior prevalência entre o sexo feminino e os idosos mais velhos, podendo indicar o grau de fragilidade e/ou os indicativos de cuidados curativos/preventivos nesses grupos.

Em seu estudo Nunes et al., (2017) aponta que 6,8% dos idosos afirmaram ter recebido algum tipo de atendimento domiciliar nos doze meses anteriores à entrevista. E que a ocorrência de hospitalização nos últimos 12 meses e atendimento domiciliar nos últimos três meses estiveram associados a maior ocorrência de incapacidade para ABVD, na presente pesquisa apenas 15,6% dos idosos precisou ser internado por pelo menos 1 noite, o que reitera uma baixa dependência funcional nas ABVD.

No que se refere à posse de planos de saúde foi observado que alguns idosos (45,9%) afirmaram ter planos de saúde, sendo que somente 29,9% são pagos pelo próprio idoso. De acordo com Silva et al., (2017) os planos privados de saúde oferecem mais consultas com especialistas, contrapondo-se ao público onde as consultas são realizadas por profissionais generalistas.

Em estudo de Viegas, Carmo e Luz, (2015) a acessibilidade geográfica foi abordada pelos profissionais de saúde que apontaram como fatores que dificultam o acesso da residência do usuário à unidade, como a deficiência do transporte público e dificuldades econômicas para a locomoção, sendo que aqueles que residem próximo os que mais frequentam as unidades de saúde. Embora a área do estudo seja urbana, assim como no presente estudo, a autora afirma que existe precariedade e irregularidade na urbanização, o que dificulta o acesso do usuário aos serviços de saúde.

As correlações negativas entre quantas vezes o idoso foi a uma consulta médica o domínio físico da QV e a QV geral, aponta que a medida que o idoso precisa de mais atendimento médico sua QV e o aspecto físico estão em declínio, ou seja, o desconforto sentido por esses idosos que os levaram a realizar consultas médicas, de fato afeta a sua QV. Dessa forma, é necessário que os serviços de saúde precisem estar preparados para receber os idosos, ajudando-os a tratar suas dificuldades em saúde que os levam a ter decaimento da QV.

6 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos por este estudo é possível concluir que os idosos pesquisados, são independentes e percebem a sua qualidade de vida de forma positiva. Os domínios da qualidade vida apresentaram correlação positiva com a capacidade funcional, ou seja, a medida que o idoso é independente e consegue realizar suas atividades de forma

autônoma percebe sua qualidade de vida de forma favorável, sendo as AIVD as que mais influenciam nessa percepção.

A maioria dos idosos utiliza os serviços de saúde na rede pública ou SUS, os idosos que mais vezes realizam consultas médicas apresentaram declínio no aspecto físico, assim como na percepção da qualidade de vida geral. E o fato de receberem visita de um profissional da saúde não apresentou relação significativa com a qualidade de vida.

FUNCTIONAL CAPACITY, QUALITY OF LIFE AND ACCESS TO HEALTH SERVICES IN ELDERLY RESIDENTS IN THE MUNICIPALITY OF CAMPINA GRANDE - PB

Ayane Ribeiro de Oliveira Duarte*

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate indicators of active aging (functional capacity in ABVD and AIVD, quality of life and access to health services) in a sample of urban elderly. The study was transversal, with a quantitative approach, of the descriptive type. The following instruments were used to collect data: sociodemographic questionnaire; Katz scale; Lawton and Brody Scale; WHOQOL-BREF; six items with a dichotomous response on access to health services. Data were tabulated in SPSS and descriptive analyzes were performed (mean, standard deviation, median), Spearman correlation tests and Man Whitney test ($p < 0.05$). Participants were 508 urban elderly, with a mean age of 71.16 years. There was a majority female participation ($n = 408, 80.3\%$), with low schooling ($n = 185, 36.4\%$), and most retirees ($n = 359, 70.7\%$). For functional capacity, a low dependency index was found in the performance of ABVD and AIVD, with functional decline being more frequent for the performance of AIVD. The overall mean QoL of the elderly was 66.03, and the social domain ($M = 72.03, SD = 16.72$) was outstanding in the evaluation of QoL, followed by psychological evaluation ($M = 69.31, SD = 15, 24$). The environmental domain had a lower mean ($M = 57.95, SD = 14.57$). 76.6% of the elderly stated that they did not receive a visit from a health professional in the last 12 months and 67.9% of the elderly interviewed seek health services in the public network or SUS. The number of visits to the doctor showed a negative correlation with the physical and psychological domains, and the fact that the elderly received home visits did not bring significant changes in the QoL assessment.

Keywords: Aging Active. Functional capacity. Quality of life.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P.; MENDONÇA, M. A.; MARINHO, M. S.; SANTOS, L. S.; ANDRADE, S. M. B.; REIS, L. A. Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. **Revista da Sobama**, Marília, v.18, n.1, p. 53-64, Jan./Jun., 2017.
- ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal Divulgação**. v. 4, n. 40, pág. 8-15, 2014.
- ASSIS, V. G.; MARTA, S. N. CONTI, M. H. S.; GATTI, M. A. N.; SIMEÃO, S.F.A.P.; VITTA, A. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 1, pág. 153-163, 2014.
- AZEVEDO, A. L. M. Acesso à Atenção à Saúde no SUS: O PSF Como (estreita) Porta de Entrada. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos de 196 a 200. Senado Federal. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 12 outubro de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.488/2011a. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria248821_102011.pdf. Acesso em: 10 de agosto de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2018.
- CARVALHO, P. D. P.; MAGALHÃES, C. M. C.; PEDROSO, J. S. Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. **J Bras Psiquiatr**. v. 65, n. 4, págs. 334-339, 2016.
- CAVALCANTI, A. D.; MOREIRA, R. S.; BARBOSA, J. M. V.; SILVA, V. L. Envelhecimento Ativo e Estilo de vida: uma revisão sistemática da literatura. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 71-89, 2016.
- COSTA, I. P.; BEZERRA, V. P.; PONTES, M. L. F.; MOREIRA, M. A. S. P.; OLIVEIRA, F. B.; PIMENTA, C. J. L.; SILVA, C. R. R.; SILVA, A. O. Qualidade de vida e sua relação com o trabalho. **Rev. Gaúcha Enferm**. v. 39, págs. 2013-2017, 2018.
- Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde, pág. 15, 2001.

DEPONTI, R. N.; ACOSTA, M. A. F. Compreensão dos idosos sobre os fatores que influenciam no envelhecimento saudável. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 33-52, 2010.

FERREIRA, O. G. L., et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.** v. 21, n. 3, set. 2012.

FIALHO, C. B.; LIMA-COSTA, M. F.; GIACOMIN, K.C.; LOYOLA FILHO, A. I. Capacidade funcional e uso de serviço de saúde por idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 3, pág. 599-610, 2014.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de saúde pública**, v. 34, n. 2, págs. 178-183, 2000.

FORMIGA, L. M. F.; OLIVEIRA, E. A. R.; BORGES, E. M.; SANTOS, K. N. C.; ARAÚJO, A. K. S.; FORMIGA, R. C. F. Envelhecimento ativo: revisão integrativa. **Rev. Interd. Ciên. Saúde**, v. 4, n.2, p. 9-18, 2017.

GAVASSO, W. C.; BELTRAME, V. Capacidade Funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, pág. 399-409, 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Características Gerais dos Domicílios e dos Moradores 2017. Rio de Janeiro, 2018. Acesso em: 15 de fevereiro de 2017. Disponível em: <https://noticias.r7.com/brasil/numero-de-idosos-no-brasil-deve-dobrar-ate-2042-diz-ibge-25072018>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua). Brasil, 2016. Acesso em: 31 de julho de 2018. Disponível em: https://odia.ig.com.br/_conteudo/economia/2017-11-29/ibge-metade-da-populacao-brasileira-vive-com-menos-de-um-salario-minimo.html.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílios (PNAD), Brasil, 2003. Acesso em: 02 de agosto de 2018. Disponível: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/coeficient_e_brasil.shtm.

KAGAWA, C. A.; CORRENTE, J. E. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, pág. 577-586, 2015.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. **Journal American Medicine Association**, v. 185, p. 914-9, 1963.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. **Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179–86, 1969.

LIMA, M. J. B.; PORTELA, M. C. Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. **Cad. de Saúde Pública**. v. 26, n. 8, p. 1651-1662, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Rede Interagerencial de Informação para a Saúde. Indicadores e dados básicos do Brasil, Brasília, 2006.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, pág. 507-519, 2016.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento), p. 77-87, 2002.

NUNES, J. D.; SAES, M. O. NUNES, B. P.; SIQUEIRA, F. C. V.; SOARES, D. C.; FASSA, M. E. G.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Begé, Rio Grande do Sul. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, pág. 295-304, abr-jun, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: Uma política de saúde. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; SILVA, C. A.B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, pág. 893-908, 2015.

REIS, S. P.; ABRAHÃO, G. S.; CÔRTEZ, R. M.; CARVALHO, E. E. V.; ABDALLA, D. R.; ABDALLA, G. K.; FERREIRA, M. B. G.; ABRAHÃO, D. P. S. Estudo da Qualidade de Vida de Idosos não Institucionalizados. **JCBS**, v. 1, n. 2, p. 56-60, 2015.

SANTANA, P. D.; DEVIDÉ, N. J. A.; SILVA, C. A. B.; Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [en linea], 2015.

SANTOS, P.; MARINHO, A.; MAZO, G.; HALLAL, P. Atividades no lazer e qualidade de vida de idosos de um programa de extensão universitária em Florianópolis (SC). **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v. 19, n. 4, p. 494, 17 ago. 2014.

SILVA, A. M. M.; MAMBRINI, J. V. M.; PEIXOTO, S. V.; MALTA, D. C.; LIMA-COSTA, M. F. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Rev Saude Publica.**; v. 51, n. 1, 2017.

SOPELETE, M. C.; BISCARDE, D. G. S. Acesso aos serviços de saúde na realidade brasileira: sugestões para superação de alguns desafios. **Revista Encontro de Pesquisa em Educação**, Uberaba, v. 1, n.1, p. 140-153, 2013.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma Revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 2, n. 1, págs. 100-112, 2015.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organisation. **Soc Sci Med.**, v. 41, p. 1403-9, 1995.