UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUANA FLÁVIA TALMELLI-RUY

Incapacidade funcional em idosos: análise do conceito

Ribeirão Preto

2013

LUANA FLÁVIA TALMELLI-RUY

Incapacidade funcional em idosos: análise do conceito

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Saúde do Idoso

Orientadora: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Ribeirão Preto
2013

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

Talmelli-Ruy, Luana Flávia
Incapacidade funcional em idosos: análise de conceito. Ribeirão Preto, 2013.
186 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental
Orientador: Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani.

1. Idosos. 2. Incapacidade funcional. 3. Análise de conceito.
4. Enfermagem Geriátrica. 5. Revisão Integrativa.

TALMELLI-RUY, Luana Flávia

Incapacidade funcional em idosos: Análise de Conceito.

Tese apresenta à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho com todo carinho:

*Ao meu esposo **Arlen** pelo carinho e amor incondicional, companheiro de todas as horas, pela compreensão nos momentos de ausência para o desempenho deste trabalho.*

*Aos meus pais **João e Rosângela** que sempre estiveram presentes me ensinando os valores morais e éticos da vida e trilhando meus passos pelos melhores caminhos.*

*Ao meu **filho Arthur** que mesmo ainda em meu ventre passou a ser a razão do meu viver servindo de inspiração e motivação para continuar meu trabalho.*

*À minha **avó Elza**, minha primeira referência de afeto com envelhecimento e com a velhice.*

AGRADECIMENTOS

*A **Deus** pela proteção e orientação em todos os momentos de minha vida;*

*Aos **idosos** que participaram deste estudo em especial, **Dona Beatriz** (in memorian) que mesmo com suas limitações fez questão de contribuir;*

*À **Profª Drª Rosalina** por me receber como sua aluna e amiga desde a graduação me dispensando valiosos ensinamentos e servindo como fonte inspiradora;*

*À amiga e irmã **Aline Gratão** pelo apoio e companheirismo nos momentos difíceis desta longa jornada;*

*Aos colegas **Marina** e **Roberto** pelo apoio e colaboração com a realização dos grupos;*

*À **Edma** pelo apoio, paciência e colaboração técnica em minha jornada para realização deste trabalho;*

*Aos funcionários do Centro de Saúde Escola **Prof.ª Dr.ª Maria Herbênia Oliveira Duarte** (CSE Vila Tibério) em especial, à **Enfermeira Adriana** que me concedeu o espaço para realização desta pesquisa e as agentes comunitárias **Gilda Tahan** que me apresentou aos idosos participantes deste estudo e **Eliana Duranti**;*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** da Universidade de São Paulo que me acolheu desde a graduação e vem contribuindo para o meu crescimento profissional até os dias de hoje;*

*À **Comissão de Pós Graduação da EERPUSP** e seus funcionários pela oportunidade e apoio técnico para realização deste trabalho;*

*À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** por ter financiado o trabalho*

A TODOS, MEU MUITO OBRIGADA !

"... cuidar é ajudar a viver, voltar a dar vida,
permitir às pessoas, doentes ou idosas,
viverem a sua morte em vez de deixarem
morrer a sua vida..."

(Marie-Françoise Collierè)

RESUMO

TALMELLI-RUY. L.F. **Incapacidade funcional em idosos: análise do conceito**. 2013. 186 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2013

O cenário nacional aponta maior proporção de idosos e consequente aumento de expectativa de vida na população. Assim, o objetivo da atenção à saúde dos idosos é de manter sua funcionalidade, autonomia e independência por um maior tempo possível. Neste contexto, que surge a preocupação em se desenvolverem pesquisas que avaliem a funcionalidade desta população. O objetivo deste estudo foi de analisar o conceito de Incapacidade Funcional em idosos, utilizando o Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceito, que consta de três fases: a Fase Teórica, a Fase de Campo e a Fase Analítica Final. A Fase Teórica foi desenvolvida por meio da Revisão Integrativa da Literatura; a busca dos estudos primários ocorreu nas bases de dados LILACS, MEDLINE E CINAHL, com a utilização de descritores controlados e não controlados delimitados de acordo com a especificidade de cada base de dados. Foram pré-selecionados 1.113 trabalhos, porém 58 foram elegíveis após aplicação dos critérios de inclusão. A Fase de Campo se deu em duas etapas: a primeira consistiu em aplicar uma entrevista semiestruturada no domicílio para identificar os idosos elegíveis para a segunda etapa, na qual se utilizou a técnica de realização de grupos focais. Foram realizados quatro grupos sendo dois de idosos com idades entre 60 e 79 anos, e dois com idosos com mais de 80 anos. Durante os grupos, foram abordados os antecedentes, os atributos e as consequências do conceito de incapacidade funcional. A análise dos grupos foi feita por meio da análise de conteúdo temática. Na Fase Analítica Final, os dados da Fase Teórica e de Campo foram identificados e analisadas suas semelhanças, divergências e diferenças. Os dados mostraram que a incapacidade funcional em idosos é multidimensional, está relacionada aos aspectos físicos, pessoais, sociais, ambientais e emocionais, sem que esteja restrita somente à presença de doenças ou à incapacidade em realizar atividades de vida diária de maneira independente, mas também no prejuízo da manutenção da autonomia e do bem-estar do idoso. A incapacidade funcional ocorre em distintos contextos, está relacionada à idade avançada, à presença de condições crônicas, resultados acumulativos de hábitos de vida, prejuízo no desempenho de papéis sociais e condições ambientais desfavoráveis. Os resultados da incapacidade funcional são deletérios e trazem prejuízo tanto para o idoso, quanto para a família, estão relacionados à diminuição da expectativa e da qualidade de vida, perda da independência e autonomia, ao aumento de custos, adequações ambientais, e principalmente ao prejuízo emocional. O estudo de conceito de incapacidade funcional no idoso com a utilização da metodologia do Modelo Híbrido permitiu fortalecer a compreensão e consequente utilização na prática com o idoso.

Palavras-chave: Idosos. Incapacidade funcional. Análise de conceito. Enfermagem Geriátrica. Revisão Integrativa

ABSTRACT

TALMELLI-RUY, L.F. **Functional disability in the elderly: a concept analysis**. 2013. 186 f. Thesis (Ph.D.) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. Ribeirão Preto. 2013

The national setting points to a greater proportion of elderly individuals and a consequent increase in the population's life expectancy, thus, the objective of the healthcare of the elderly stands on the maintenance of their functionality, autonomy and independence for as long as it is possible. In this context, a concern emerges regarding the development of studies to assess the functionality of this population. The aim of this study was to analyze the concept of functional disability in elderly individuals using the Hybrid Model of Concept Development. This model is comprised of three phases, namely the Theoretical Phase, the Field Phase and the Final Analytical Phase. The Theoretical Phase was developed by means of a literature integrative review, in which the search for primary studies took place in the LILACS, MEDLINE and CINAHL databases with the use of controlled and non-controlled descriptors that were limited according to the specificity of each database. A total of 1,113 studies were preselected, however only 58 were found eligible after the application of the inclusion criteria. The Field Phase took place in two steps. The first step consisted of a semi-structured interview in the house of the elderly individuals for identification of those who were eligible for the second step; the focus group technique was used in this moment. Four groups were performed, with two groups including elderly individuals between 60 at 79 years of age and two groups including elderly individuals over 80 years of age. During the groups, the researchers approached the antecedents, attributes and consequences of the concept of functional disability, and the groups were analyzed by means of the thematic content analysis. In the Final Analytical Phase, the data collected in the Theoretical and Field Phases were identified and their similarities, divergences and differences were analyzed. These data showed that functional disability in the elderly is multidimensional. It is related to physical, social, personal, environmental and emotional aspects, not restricted only to the presence of pathologies or the incapability of performing daily living activities independently, but also in the damage of the maintenance of the autonomy and wellbeing of the elderly. Functional disability occurs in different contexts, being related to the old age, the presence of chronic conditions, accumulative results of life habits, damage in the performance of social roles and unfavorable environmental conditions. The results of functional disability are damaging and bring harm both to the individuals and to their families, being related to reduced expectancy and quality of life, loss of independence and autonomy, increased costs, environmental adjustments and, especially, to emotional damage. The study of the concept of functional disability in the elderly with the use of the Hybrid Model methodology has allowed to reinforce its understanding and consequent use in the practice with the elderly

Keywords: Elderly. Functional disability. Concept analysis. Geriatric nursing. Integrative review.

RESUMEN

TALMELLI-RUY. L.F. **Incapacidad Funcional en ancianos: Análisis de Concepto**. 2013. 186 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto. 2013

El escenario nacional demuestra mayor proporción de ancianos y consecuente aumento de la expectativa de vida de la población; por ello, el objetivo de la atención de salud de los ancianos es el mantenimiento de su funcionalidad, autonomía e independencia durante el mayor tiempo posible. En este contexto es que surge la preocupación por el desarrollo de investigaciones que evalúen la funcionalidad de dicha población. Este estudio objetivó analizar el concepto de Incapacidad Funcional en Ancianos, utilizando el Modelo Híbrido de Análisis de Concepto. El modelo consta de tres fases, a saber: Fase Teórica, Fase de Campo y Fase Analítica Final. La Fase Teórica fue desarrollada mediante la Revisión Integrativa de Literatura, la búsqueda de estudios primarios se realizó en las bases de datos LILACS, MEDLINE y CINAHL, utilizándose descriptores controlados y no controlados, delimitados de acuerdo a la especificidad de cada base de datos. Fueron preseleccionados 1.113 trabajos, de los que 58 fueron elegibles luego de la aplicación de los criterios de inclusión. La Fase de Campo se dio en dos etapas, la primera consistió en entrevista semiestructurada domiciliaria para identificación de los ancianos elegibles para la segunda etapa. En ésta, se utilizó la técnica de organización de grupos focales. Fueron organizados cuatro grupos, dos de ellos con ancianos de edad entre 60-79 años, y otros dos con ancianos mayores de 80 años. En los grupos fueron abordados los antecedentes, atributos y consecuencias del concepto de incapacidad funcional; el análisis de los grupos re realizó mediante análisis de contenido temático. En la Fase Analítica Final los datos de las Fases Teórica y de Campo fueron identificados y se analizaron sus semejanzas, divergencias y diferencias. Los datos mostraron que la incapacidad funcional en ancianos es multidimensional, está relacionada con los aspectos físicos personales, sociales, ambientales y emocionales, no restringiéndose solamente a la presencia de patologías o a incapacidad de realizar actividades de la vida diaria en forma independiente, sino extendiéndose al deterioro del mantenimiento del la autonomía y bienestar del anciano. La incapacidad funcional sucede en diferentes contextos, está relacionada con la edad avanzada, la presencia de condiciones crónicas, resultados acumulativos de hábitos de vida, deterioro en el desempeño de roles sociales y condiciones ambientales desfavorables. Los resultados de la incapacidad funcional son degradantes y traen perjuicios para el anciano y para la familia, están relacionados con la disminución de la expectativa y calidad de vida, pérdida de la independencia y autonomía, al aumento de costos, adecuaciones ambientales y, principalmente, al deterioro emocional. El estudio de concepto de incapacidad funcional en el anciano con la utilización de la metodología del Modelo Híbrido permitió fortalecer la comprensión y la consecuente aplicación en la práctica con el anciano.

Descriptores: Anciano; Incapacidad funcional; Análisis de concepto; Enfermería geriátrica; Revisión integrativa.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Composição da população residente total por sexo e grupos de idade – Brasil – 1991/2010.....	21
Figura 2	Principais componentes do Modelo Hibrido de Desenvolvimento de Conceito.....	34
Figura 3	Processo da Revisão Integrativa da literatura.....	39
Figura 4	Diagrama do fluxo de estudos identificados e selecionados para inclusão na revisão integrativa.....	47
Figura 5	Componentes do conceito de incapacidade funcional em idosos na Fase Teórica.....	62
Figura 6	Componentes do conceito de incapacidade funcional em idosos na Fase de Campo.....	77
Figura 7	Componentes do Conceito de Incapacidade Funcional em Idosos na Fase Analítica Final.....	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização dos idosos segundo grupos focais, gênero, idade, escolaridade, escores do MEEM e na MIF. Ribeirão Preto, 2013..... 72

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribuição dos artigos por ano de publicação e categoria profissional, 2007-2012..... 48

Gráfico 2 Distribuição de artigos segundo o idioma de publicação, 2007-2012..... 48

Gráfico 3 Distribuição dos artigos por país de origem, 2007-2012..... 49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Componentes segundo origem, antecedentes, atributos e consequências do conceito de incapacidade com as respectivas questões norteadoras na fase teórica e na fase de campo no Modelo Híbrido..... 35

Quadro 2 Descritores controlados e não controlados empregados na busca de acordo com as bases de dados utilizadas..... 43

Quadro 3 Estratégia de busca dos estudos da Fase Teórica do estudo..... 45

Quadro 4 Distribuição dos estudos primários segundo tipo e nome dos periódicos, idioma, país de origem e fator de impacto..... 50

Quadro 5 Sistema de classificação hierárquico da qualidade de evidência segundo Melnik e Fineout-Overholt (2005)..... 51

Quadro 6 Origem do conceito de incapacidade funcional em idosos, número de artigos primários e identificação das referências..... 52

Quadro 7 Definições de incapacidade funcional, número de artigos primários e identificação das referências..... 54

Quadro 8 Antecedentes relacionados ao envelhecimento e às condições de saúde, número de artigos e identificação das referências..... 55

Quadro 9 Antecedentes relacioandos à ocorrência de limitações prévias e quedas, número de artigos e identificação das referências..... 56

Quadro 10 Antecedentes relacionados aos hábitos de vida, número de artigos e identificação das referências..... 56

Quadro 11 Antecedentes relacionados aos fatores sociais, número de artigos e identificação das referências..... 56

Quadro 12 Antecedentes relacionados a fatores ambientais, número de artigos e identificação das referências..... 57

Quadro 13 Atributos da incapacidade funcional em idosos, número de artigos e identificação das referências..... 57

Quadro 14 Consequências da incapacidade funcional em idosos relacionadas a morbimortalidade, percepções de saúde e qualidade de vida, número de artigos e identificação das referências..... 58

Quadro 15 Consequências da incapacidade funcional em idosos relacionadas à necessidade de assistência/cuidados ou à presença de terceiros/cuidadores, número de artigos e identificação das referências..... 59

Quadro 16 Consequências da incapacidade funcional em idosos relacionadas à necessidade de assistência/cuidados ou à presença de terceiros/cuidadores, número de artigos e identificação das referências..... 59

Quadro 17 Níveis de Independência Funcional, com suas respectivas pontuações (RIBERTO et al., 2001)..... 64

Quadro 18 Antecedentes da incapacidade funcional em idosos relacionados à limitação funcional prévia e a quedas – Fase de Campo..... 73

Quadro 19 Antecedentes da incapacidade funcional em idosos relacionados ao envelhecimento e às condições de saúde – Fase de Campo..... 73

Quadro 20 Antecedentes da incapacidade funcional em idosos relacionados a fatores ambientais – Fase de Campo..... 74

Quadro 21 Antecedentes da incapacidade funcional em idosos relacionados a fatores sociais – Fase de Campo..... 74

Quadro 22 Antecedentes da incapacidade funcional em idosos relacionados aos hábitos de vida – Fase de Campo..... 74

Quadro 23 Atributos da incapacidade funcional em idosos – Fase de Campo.... 75

LISTA DE SIGLAS

AAVDs	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVDs	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVDs	Atividades de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CINAHL	*Cumulative Index to Nursing and Allied Health*
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ECRC	Ensaio Clínico Randomizado Controlado
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IMC	Índice de Massa Corporal
IRC	Insuficiência Renal Crônica
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	*Medical Literature Analysis and Retrival Sistem on-line*
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MESH	*Medical Subject Headings*
MIF	Medida de Independência Funcional
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Politica Nacional de Saúde do Idoso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	*World Health Organization*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 18

2. OBJETIVOS..... 29
2.1 Objetivo Geral..... 30
2.2 Objetivos Específicos..... 30

3. REFERENCIAL TEÓRICO..... 31
3.1 O desenvolvimento de conceitos..... 32
3.2 Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceito..... 33

4. FASE TEÓRICA..... 37
4.1 Revisão integrativa da literatura..... 38
4.2 Apresentação dos resultados da FASE TEÓRICA..... 51

5. FASE DE CAMPO..... 61
5.1 Percurso metodológico..... 62
5.2 Coleta de dados..... 62
5.3 Procedimentos éticos..... 67
5.4 Análises dos dados..... 69
5.5 Apresentação dos resultados da FASE DE CAMPO..... 70
5.5.1 Caracterização dos grupos focais..... 70
5.5.2 Significação dos Grupos Focais..... 73

6. FASE ANALÍTICA FINAL..... 78
6.1 O conceito de incapacidade funcional em idosos..... 99

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 102

REFERENCIAS..... 107

APÊNDICES..... 128

ANEXOS..... 177

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é algo inevitável e esperado e que, cada vez mais, tem sido motivo de preocupações de autoridades tanto de países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, assim como de estudiosos das áreas de Gerontologia e Geriatria.

De acordo com Papaléo Neto (2007, p.5), envelhecimento é o processo natural de mudança relacionado ao tempo, que começa no nascimento e continua por toda a vida, em que pode haver modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, que causam maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte. A velhice é a última fase do ciclo de vida, e que, segundo a Organização das Nações Unidas, é um fenômeno de tendência permanente (ONU, 2007).

O cenário nacional aponta para um número cada vez maior de idosos na população que podem apresentar múltiplas doenças crônicas que causam dependência e aumentam a demanda de cuidados. Com base no conceito da Organização Mundial da Saúde, idoso do ponto de vista cronológico e do grau de desenvolvimento do país, é definido de acordo com o corte etário de 65 anos para os países desenvolvidos, e a partir dos 60 anos, nos países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Para o ano de 2050, a previsão de crescimento para esta população é de alcançar cerca de 22% da população mundial com tendência ainda ao crescimento, já que as taxas de mortalidade entre os idosos e de fecundidade tendem a diminuir ainda mais (ONU, 2007) e que a maioria viverá em países em desenvolvimento, como o Brasil (BRASIL, 2006b).

Dados demográficos obtidos pelo Censo realizado no ano de 2010 demonstram que a população brasileira é de 190.755.799 habitantes, o que representa um aumento de 12,3% quando comparado ao Censo de 2000. A proporção de idosos com 65 anos ou mais aumentou no mesmo período de 5,9% em 2000, para 7,4%, em 2010, com decréscimo no número de crianças e adolescentes de 40,1% para 32,8%, estimando ainda um crescimento da população idosa para 2020 em 12,9% da população geral e em 2060 para 26,8% (IBGE, 2013). As Regiões Sudeste e Sul lideram o *ranking* na proporção de idosos no país, com 8,1% da população (IBGE, 2010a). Segundo dados do DATASUS, no município de

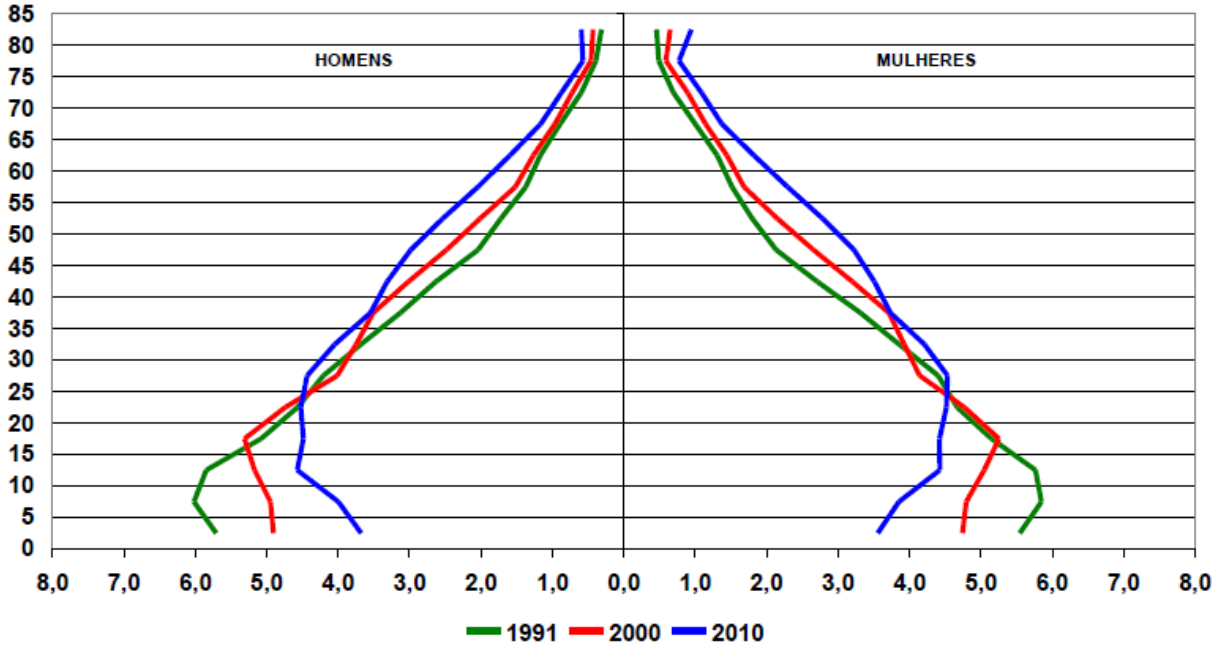
Ribeirão no ano de 2000, a população de idosos representava 10,1% da população total. Para o ano intercensitário de 2012, esta proporção aumentou para 13,1% (DATASUS, 2012).

As grandes inovações científico-tecnológicas e as melhorias das condições de vida da população são as responsáveis pela explosão populacional de idosos e são atribuídas a fatores como urbanização das cidades, melhoria na infraestrutura, saneamento básico, moradia, ambiente de trabalho, higiene pessoal e qualidade nutricional. Avanços na área da saúde como a introdução de novas técnicas diagnósticas, substâncias e métodos terapêuticos, também foram importantes para elevar a longevidade da população (PEREIRA, 2002, p. 63; VERAS, 2009).

O aumento absoluto e relativo da população idosa é consequência do crescimento da esperança de vida ao nascer, combinado com a queda do nível geral da fecundidade, no início do Século XX. Em 1940, a expectativa de vida, ao nascer, não chegava aos 50 anos (45,5 anos). No decorrer dos próximos 40 anos, em 1980, a expectativa de vida havia aumentado para cerca de 17 anos, no ano 2000, a esperança de vida ao nascer chegou a 70,4 anos, e em 2010, 74,08 anos, podendo alcançar o patamar de 81,3 anos em 2050 (IBGE, 2013).

No Brasil, o declínio da fecundidade teve impacto na redução do crescimento da população. Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilio (PNAD) indicaram uma taxa de fecundidade total de 1,9 filhos/mulher, esse valor representa uma diminuição de 69,2% em relação ao valor de 1940 (IBGE, 2013). Para Brito, Nunes e Yuaso (2008, p.135), o horizonte da fecundidade futura para o IBGE, considerando a taxa de fecundidade total (TFT) em 2030, como tendência, será 1,59 filho/mulher.

A população brasileira passou, então, de um regime demográfico de alta fecundidade e alta mortalidade para outro com baixa mortalidade e, a seguir, com baixa fecundidade, o que resultou no envelhecimento da população (GONÇALVES et al, 2006; LEBRÃO, 2009; VERAS, 2009). Tal fato está demostrado na pirâmide etária da população, na Figura 1, a seguir, onde se observa o estreitamento da base indicando a diminuição do número de crianças e jovens e o alargamento do ápice, afirmando, assim, o maior número de idosos resultante do aumento da expectativa de vida.



Fonte: IBGE 2012

Figura 1 - Composição da população residente total por sexo e grupos de idade – Brasil – 1991/2010.

O envelhecimento populacional não se refere a indivíduos ou a gerações, mas, à mudança da estrutura etária da população que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de uma determinada idade definidora do início da velhice, porém, essa condição dependerá de cada sociedade (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Seguidas da transição demográfica acelerada, vêm as mudanças no perfil epidemiológico, em especial, devido ao aumento na prevalência de condições crônicas (MENDES et al., 2012; SCHRAMM et al., 2004). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) considera condições crônicas os problemas de saúde persistentes que requerem algum tipo de gerenciamento e que englobam as doenças não transmissíveis, como o câncer, o diabete mellitus, a asma, as doenças transmissíveis persistentes, como o HIV/AIDS, os distúrbios mentais de longo prazo e as deficiências físico-estruturais contínuas, como amputações, cegueira e transtornos das articulações.

As doenças crônicas, na maioria das vezes, são coexistentes e interferem na qualidade de vida dos idosos sem, no entanto, serem responsáveis por sua

morte. No Brasil, a cada ano, 650 mil idosos são incorporados à população brasileira, sendo que grande parte deles apresentam cronicidade das doenças que os acometem, gerando interferência na capacidade funcional (VERAS, 2009). Quando estas condições crônicas não são detectadas e acompanhadas, a tendência é de ocasionar complicações e sequelas que comprometem a independência e autonomia dos idosos.

Diante deste cenário, tem surgido a necessidade dos gestores políticos e sociedade de discutirem as politicas públicas voltadas à atenção ao idoso. Até a década de 70, do Século XX, no Brasil, os idosos recebiam atenção de cunho caritativo, filantrópico e de entidades não governamentais. A 1ª Assembleia Mundial do Envelhecimento da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1982, em Viena, na Áustria, pode ser citada como marco das discussões direcionadas ao idoso, a partir daí, várias leis foram sancionadas para atender essa parcela populacional.

No setor de saúde, a Constituição de 1988 rege a saúde como um direito universal e integral (BRASIL, 1988). Tal direito é reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica de Saúde 8080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime aos serviços de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Junto com a implementação do SUS, o Brasil, devido ao envelhecimento populacional, aprova a Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pela Lei 8842/94 e regulamentada em 3/6/1996 pelo Decreto 1.948/96, que amplia significativamente os direitos do idoso, com o objetivo de assegura-lhes os direitos sociais, criando condições para promover a autonomia, a integração e participação efetiva na sociedade. Estipula-se assim nessa lei o limite de 60 anos de idade para uma pessoa ser considerada idosa no país (BRASIL, 1994).

Em 1999 é promulgada a Politica Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), segundo a qual (inciso II do artigo 10) cabe ao setor da saúde: prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em Geriatria e Gerontologia; a inclusão da Geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos; e a realização de estudos e pesquisas na área. Nesta política fica assumido também como principal problema que afeta os

idosos a perda de sua capacidade funcional, descrita como a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades da vida diária (AVDs) (BRASIL, 1999).

Outra iniciativa foi o Estatuto do Idoso, sancionado em 2003 pelo Congresso Nacional, em cujo capítulo IV, trata do papel do Sistema Único de Saúde, na garantia da atenção à saúde do idoso. Sua função é de prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde, em especial, as doenças que mais acometem esta população (BRASIL, 2003).

Em 2006, frente à presença de idosos e de famílias em situação de vulnerabilidade social, mesmo com a vigência do Estatuto do Idoso e a ampliação do Programa de Saúde da Família, a revisão da PNSI foi necessária e se deu através da portaria 399 referente às Diretrizes do Pacto pela Vida, em que a saúde do idoso é definida como uma das prioridades (BRASIL, 2006a). A finalidade da PNSI é de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa baseada nos preceitos do SUS.

Sabe-se que o comprometimento da autonomia e da independência do idoso pode torná-lo vulnerável às condições adversas e consequentes perdas. Essa condição acaba interferindo na funcionalidade, que é um componente importante na saúde do idoso e componente fundamental na avaliação da saúde dessa população (ALVES et al, 2007; FRIED et al 2000). Fried et al. (2004) também referem que, além de ser um indicativo do estado de saúde, a funcionalidade também é um ótimo indicador de previsão de custos dos cuidados com a saúde do idoso.

A incapacidade ou a limitação na capacidade funcional traduzida pelas mudanças demográficas são consideradas indicadores de várias consequências na saúde, não só a ocorrência da doença em si (AYSIS et al, 2007). Fried et al. (2004) verificaram que 20-30% dos idosos que vivem na comunidade, com idade superior a 70 anos, relatam algum tipo de incapacidade e imobilidade. Segundo o Censo de 2010, entre os idosos brasileiros, 67,7% declararam que têm alguma deficiência entre os três graus de severidade das deficiências investigados (alguma dificuldade, grande dificuldade, não consegue de modo algum) (IBGE, 2010b). A ocorrência de incapacidades nesta população pode significar aumento do risco de hospitalizações e também de custos para o setor saúde, mais necessidade de cuidados com a saúde, além de maiores riscos de mortalidade (FRIED et al., 2004).

Diante do exposto, tem-se como principal objetivo da atenção à saúde dos idosos manter sua capacidade funcional, autonomia e independência por um maior tempo possível. É nesse contexto em que surge a preocupação no desenvolvimento de pesquisas que avaliem a funcionalidade desta população a fim de caracterizar seu estado de saúde e construir indicadores que permitam a identificação dos níveis de sua capacidade de manter a vida de forma independente. Alguns autores consideram que essa condição limita, de forma mais ou menos grave, a mobilidade, e o desempenho das atividades cotidianas, desde as que proporcionam uma vida comunitária independente até as relacionadas ao cuidado pessoal. (ALVES *et al.*, 2007; DUBA *et al.*, 2012; FRIED *et al.*, 2000; KLIJS *et al.*, 2011; ROSA *et al*, 2003).

Com o intuito de prever as necessidades de cuidados em saúde, o nível de cuidado e os resultados funcionais da população mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem proposto a avaliação das necessidades da população geral através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), com o objetivo de proporcionar uma linguagem unificada e padronizada para servir de referência conceitual para descrever o estado de saúde e a incapacidade das populações.

A CIF é uma das classificações internacionais da OMS, assim como a CID – 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), sendo que a CID-10 classifica as condições de saúde e descreve os diagnósticos médicos (OMS, 2003), e a CIF complementa com as consequências do estado de saúde em sua funcionalidade. A CIF descreve a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados à saúde e nos oferecendo uma linguagem comum internacional e um modelo conceitual universal para descrever a saúde e a incapacidade (OMS; OPAS, 2003).

Com a CIF, é possível quantificar a capacidade da pessoa de superar diferentes níveis de dificuldades relacionadas às atividades do dia a dia (BATTISTELLA; BRITO 2002). De acordo com a sua terminologia, a funcionalidade é um termo amplo, que engloba as funções e estruturas do corpo, assim como os componentes, as atividades (execução de uma tarefa) e participação (envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real, representando a perspectiva social da funcionalidade). Na descrição destes componentes, também são considerados os fatores contextuais, que são subdivididos em ambientais e pessoais.

Quanto às incapacidades apresentadas pelos indivíduos para a execução de atividades, a CIF as conceitua como limitações de atividade, que são as dificuldades que um indivíduo pode apresentar na execução de atividades; com restrição de participação, que significa o prejuízo social resultante de uma limitação do indivíduo ao se envolver em situações da vida. Os conceitos apresentados na classificação não são apenas uma consequência das condições de saúde e doença, eles também são determinados pelo contexto do meio ambiente físico e social, diferenças culturais e atitudes em relação à deficiência (FARIAS; BUCHALLA, 2005; OMS; OPAS, 2003).

Assim como a CIF, alguns outros autores vêm desde a década de 70, conceituando o termo incapacidade, levando em consideração seu aspecto multidimensional. Nagi (1976) define a "incapacidade como inabilidade ou limitação no desempenho de papéis sociais e de atividades relacionadas ao trabalho". Propõe quatro estágios em seu modelo. O primeiro considera a presença de uma condição, como uma patologia, que é responsável por interromper o processo físico ou mental do corpo humano levando ao segundo, a deficiência, definida como alterações da estrutura ou das funções anatômicas, fisiológicas ou psicológicas. O terceiro estágio resulta das deficiências e consiste em uma inabilidade pessoal de desempenhar as tarefas e as atividades consideradas como usuais para o indivíduo com limitações funcionais, e por último, a incapacidade, que se caracteriza pela discordância entre o desempenho real de um indivíduo em um papel específico e as expectativas da comunidade sobre o que é normal para aquele indivíduo, refere-se à inabilidade para realizar as tarefas que são socialmente esperadas. Posteriormente, o autor incorpora as dimensões física, mental e emocional, considerando desempenho físico aquele referente à função sensório-motora do indivíduo, à mental, como a capacidade intelectual e racional e, por último, o desempenho emocional e psicológico, como a maneira como a pessoa lida com o estresse da vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1989) propôs em paralelo à Classificação Internacional das Doenças (CID), a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, precedente à CIF atual, um modelo que apresenta três grandes conceitos: a deficiência, a incapacidade e a desvantagem. A deficiência é definida como qualquer perda ou anomalia em uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. "A incapacidade constitui

qualquer restrição ou falta de habilidade, decorrente de uma deficiência, para desempenhar uma atividade da maneira ou dentro do intervalo considerado normal para um ser humano". A desvantagem é uma consequência de uma deficiência ou incapacidade que ocasiona uma limitação no desempenho de um papel social que é normal para o indivíduo de acordo com a idade, o sexo e os fatores culturais.

Verbrugge e Jette (1994) desenvolveram um modelo para o processo de incapacidade que associa os modelos de Nagi (1976) e da OMS (1989). Os componentes primários incluem a patologia, a deficiência, a limitação funcional e a incapacidade. O modelo propõe que as patologias influenciam na deficiência que gera limitações funcionais (restrições nas ações físicas e mentais básicas da vida diária), que, finalmente, causa a incapacidade (dificuldade de realizar atividades diárias). Os autores consideram, ainda, que pode haver alguma ruptura da sequência em qualquer parte do processo, ou seja, uma pessoa pode ter incapacidade sem apresentar, necessariamente, uma deficiência, ou uma incapacidade pode não se instalar, e novas patologias podem aparecer a partir das incapacidades existentes. Além disso, esse modelo engloba fatores individuais e não individuais que influenciam ou modificam o processo de incapacidade, tanto no sentido de retardar o processo quanto de acelerar. Esses fatores compreendem os aspectos sociais, os psicológicos e os ambientais, que interferem no processo de incapacidade. Os fatores individuais considerados são as mudanças comportamentais e nos estilos de vida, os atributos psicossociais e as atividades de acomodação (mudanças na atividade normal ou na forma em que as atividades são realizadas). Os fatores não individuais se referem aos cuidados médicos, à reabilitação, à medicação, ao apoio externo (como a utilização de equipamentos), e ao ambiente físico e social.

O IBGE (2010b) também contribui para a definição de incapacidade por meio de questões sobre limitação, funções e estruturas do corpo. O conceito inclui a capacidade de enxergar, de ouvir, de locomover-se, deficiência física permanente ou mental, considerando a incapacidade quando houver a presença de, pelo menos, uma das deficiências investigadas, ou a presença de alguma ou de grande dificuldade para enxergar, para ouvir ou ainda se locomover.

Apesar das várias definições presentes na literatura, quanto à incapacidade funcional, verifica-se que a maioria dos autores a definem como a

inabilidade ou dificuldade de o indivíduo em executar tarefas básicas ou mais complexas, ou de algum domínio da vida considerada normal (ALVES; LEITE e MACHADO et al., 2008). A maioria dos instrumentos de avaliação da incapacidade funcional do idoso se restringe também à capacidade de realizar as AVDs, visando somente à reabilitação física, desconsiderando-se outros pontos que primam pela integralidade da assistência.

Justificativa:

Tendo em mente a complexidade e a multidimensionalidade do processo de envelhecimento, verifica-se a necessidade de analisar criteriosamente, o significado da incapacidade funcional para essa população, baseando-se não somente em dados descritos na literatura, mas também nas experiências vividas pelos idosos no processo de senescência. Uma vez conhecendo a percepção dos idosos, acredita-se que os cuidados oferecidos pelos profissionais sejam diferenciados, porque o profissional de saúde deve avaliar o idoso num processo de cuidado integral. O objetivo é o de planejar o cuidado que atenda integralmente às suas necessidades nesse processo de senescência, considerando suas especificidades e estilo de vida, o ambiente em que estão inseridos, as condições socioeconômicas e o suporte familiar e social.

A avaliação da capacidade funcional do idoso é parte integrante do cuidado de enfermagem com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio que ele pode contar para que suas necessidades possam ser supridas. O enfermeiro elabora e avalia o cuidado prestado ao idoso nos diferentes níveis de atenção à saúde, e como a incapacidade funcional é um termo amplamente utilizado quando se fala em avaliação de idosos, é de fundamental importância um suporte não somente teórico para aplicar esse conceito em sua prática, já que pode prever as necessidades de cuidado com o idoso e sua família, para que ela possa executá-lo de forma efetiva e desejável.

Conhecendo o estado da arte acerca do conceito de incapacidade funcional em idosos e os relatos descritos por eles que estão vivenciando o processo de senescência, a hipótese é de ampliar o conhecimento sobre esse conceito para que os enfermeiros possam compreender o termo da incapacidade e

utilizá-lo na prática profissional. Tal compreensão permitirá ao enfermeiro ter mais possibilidades de avaliar o idoso e propor modelos de atenção da condição deste do ponto de vista física, psicológica e social. A motivação para o desenvolvimento do conceito de incapacidade funcional em idoso utilizando-se um método de pesquisa nos fornece um *background* de compreensão e de discussão dos dados encontrados nas duas etapas da pesquisa. A Enfermagem vem utilizando vários métodos, recentemente, no desenvolvimento de conceitos, o que expandirá o seu conhecimento, neste caso, em especial, a Enfermagem Gerontológica poderá utilizar o conceito de incapacidade funcional, considerando que esta proposta permitirá a utilização deste mais apropriadamente. A adequação de conceitos na Enfermagem Gerontológica, por meio de pesquisas, poderá auxiliar o enfermeiro na tomada de decisão, nos planos de cuidado de enfermagem voltados para o idoso. Outro aspecto considerado positivo é a possibilidade de aplicar novos métodos de pesquisa, com o objetivo de expandir o desenvolvimento da técnica de desenvolvimento de conceitos em Enfermagem.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o conceito de incapacidade funcional em idosos a partir da literatura e da percepção dos idosos com base no Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceitos.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar o estado da arte sobre o conceito de incapacidade funcional em idosos, por meio da revisão integrativa da literatura;
- Analisar o conceito de incapacidade funcional em idosos segundo a percepção destes;
- Identificar os antecedentes, os atributos e as consequências do conceito de incapacidade funcional em idosos;
- Propor o conceito de incapacidade funcional em idosos, com base no Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceito.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O desenvolvimento de conceitos

Os estudiosos em enfermagem tem apontado o desenvolvimento de conceitos como uma importante forma de expansão e evolução do conhecimento profissional (RODGERS, 2000, p.7).

O desenvolvimento de conceitos em enfermagem tem chamado a atenção dos pesquisadores, pois segundo Rodgers e Knafl (2000, pág. 4) dilemas da prática clínica estão relacionados não somente a natureza do conceito, mas por serem óbvios, possuem terminologia vaga, ambígua e inconsistente com as teorias. Os autores afirmam ainda que há uma variedade de métodos para o desenvolvimento e análise destes.

A análise do conceito teve inicio com o filósofo Aristóteles que fundamentou métodos para demonstrar que os conceitos são abstrações da realidade constituídas de características essenciais (RODGERS, 2000, p.12).

Fernandes e Garcia (2011) referem que há uma variedade de publicações que trazem vários modelos para análise conceitual, os quais apresentam como meta principal o exame dos atributos críticos de um conceito particular, porém, nem sempre, tem sido bem compreendido e utilizado pela Enfermagem.

Para Rodgers e Knafl (2000, p. 2), na literatura mundial, faltam discussões sobre esses métodos, pois dificulta o trabalho do pesquisador que, muitas vezes, leva-o a tomar suas próprias decisões.

Conceitos são mais que palavras ou imagens mentais, possuem natureza cognitiva, compostos por atributos da realidade e utilizados para algum propósito comum, o autor considera ainda que sua utilização sozinha não é suficiente para capturar a natureza complexa do mesmo (RODGERS, 2000, p.33).

Estudiosos da metodologia de desenvolvimento e análise de conceito referem que para que o trabalho seja amplo e contemple todas as dimensões do fenômeno em estudo, o conceito deve ser explorado em todos seus componentes, ou seja, definir seus atributos, as definições, os antecedentes e as consequências (RODGERS, 1989; SCHARWARTZ-BARCOTT e KIM, 2000, p.131). Os atributos descrevem as características do conceito e são analisados por meio de palavras e expressões que substituem as palavras referentes ao conceito por sinônimos. Os

antecedentes são as situações ocorridas antes do conceito de interesse, que favorecem o seu refinamento, auxiliam na compreensão do mesmo e as consequências são os eventos que resultam do conceito (RODGERS; KNAFL, 2000).

Segundo Rodgers e Knafl (2000, p.402), o resultado da análise do conceito somente será útil, se o mesmo for consistente com a prática profissional. Neste estudo, a necessidade de analisar o conceito de incapacidade funcional em idosos é o de prestar cuidado específico para este, visando manter sua autonomia e independência pelo maior tempo possível e sua reabilitação não somente física.

Levando-se em conta a importância da percepção do idoso acerca da incapacidade funcional, optou-se neste estudo, pelo Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceitos proposto por Schwartz-Barcott & Kim (2000) descrito a seguir.

3.2 Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceitos

O Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceito foi proposto por Schwartz-Barcott & Kim (2000) na Universidade de Rhode Island, em resposta às exigências e às complexidades no desenvolvimento dos cursos de Enfermagem das universidades nos Estados Unidos da América. O objetivo era o de selecionar, desenvolver e aplicar conceitos relacionados aos campos de prática de enfermagem, uma vez que havia uma dificuldade em relacionar a teoria com a prática clínica (SCHWARTZ-BARCOTT & KIM, 2000, p.129).

O Modelo consiste na interface entre a análise teórica e os dados empíricos, citando os passos para identificar, analisar e refinar os conceitos ainda na fase inicial do processo de desenvolvimento da teoria. Os autores sugerem três fases: A fase inicial ou Teórica, a Fase de Campo e a Fase Analítica Final (SCHWARTZ-BARCOTT & KIM, 2000, p.130).

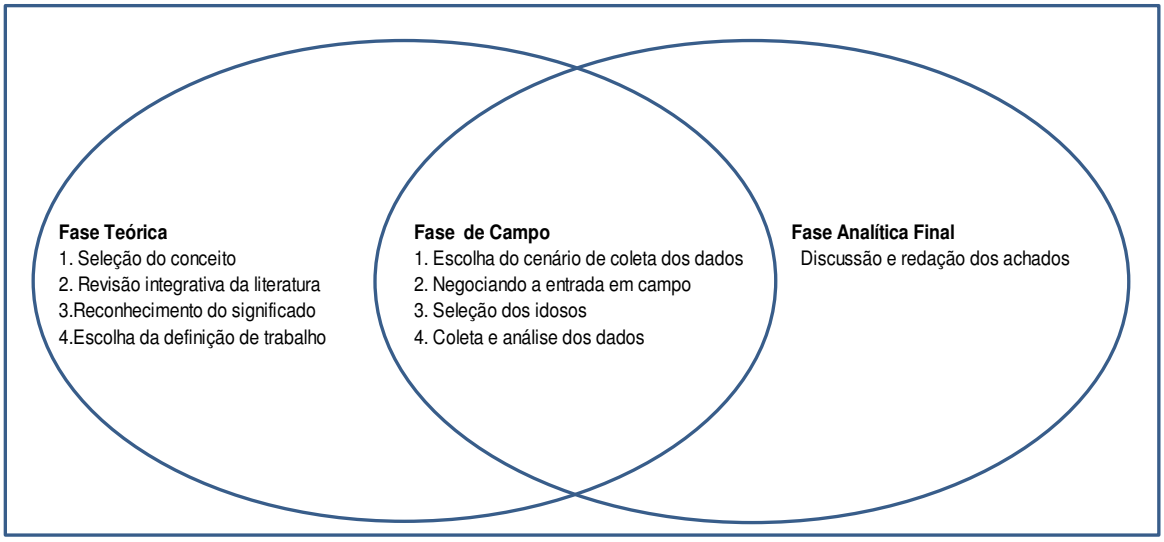
Na **Fase Teórica** o pesquisador procura evidências do que já tem sido publicada na literatura, busca a origem e realiza uma tentativa de definição do conceito de interesse, traçando assim uma base para o início das próximas fases.

Esta ainda permite a identificação da “essência” do conceito pela definição de seus atributos, origem, antecedentes e consequências que são aspectos essenciais para o desenvolvimento do mesmo (SCHWARTZ-BARCOTT & KIM, 2000, p.131).

A **Fase de Campo** que se sobrepõe a fase anterior enfatiza o componente empírico do modelo, utiliza-se de métodos qualitativos para analisar e selecionar os componentes do conceito (SCHWARTZ-BARCOTT & KIM, 2000, p.132).

A **Fase Analítica final** refere-se a construção do processo final, ou seja, os dados da Fase Teórica e os encontrados na Fase de Campo. (SCHWARTZ-BARCOTT; KIM, 2000, p.132).

Os autores que propuseram o modelo sugerem que as fases sejam sobrepostas (Figura 2). Referem ainda que a fases Teórica e de Campo ocorram simultaneamente, o que permite identificar a relevância e a natureza do conceito proposto.



Fonte: Adaptado de SCHWARTZ-BARCOTT; KIM (2000, p. 131) .

Figura 2 – Principais Componentes do Modelo Hibrido de Desenvolvimento de Conceito

Para a busca dos elementos constituintes do conceito de incapacidade funcional em idosos (origem, antecedentes, atributos e consequências) utilizou-se de algumas questões norteadoras segundo propõe Rodgers (2000, p. 91) a serem

respondidas nas Fase Teórica e de Campo conforme visualiza-se no Quadro 1.

	Fase Teórica	Fase de Campo
Origem	Qual é a origem da incapacidade funcional em idosos?	Aspectos explorados apenas na **fase teórica**
Antecedentes	De que forma a incapacidade funcional está descrita? Em que contextos?	Como é se sentir funcionalmente incapaz ? O que faz o (a) Sr.(a). se sentir funcionalmente incapaz? O que pode ser feito para prevenir a incapacidade funcional?
Atributos	Quais as palavras ou expressões utilizadas para descrever a incapacidade funcional?	Descreva uma situação em que se sentiu incapaz. O que o (a) Sr (a). entende por ser incapaz? Como descreve esta incapacidade?
Consequências	Qual a consequência da incapacidade funcional para o idoso?	Quais as consequências de ser incapaz?

Adaptado de POLES (2008)

Quadro 1 – Componentes segundo origem, antecedentes, atributos e consequências do conceito de incapacidade com as respectivas questões norteadoras na Fase Teórica e na Fase de Campo no Modelo Híbrido.

O modelo sugere que as fases do processo ocorram simultaneamente, já que estão interligadas entre si. Neste estudo apesar da fase Teórica e de Campo

terem sido realizadas concomitantemente, estas serão demostradas separadamente para facilitar a compreensão e a discussão dos achados.

4. FASE TEÓRICA

O objetivo desta fase segundo Schwartz-Barcott; Kim (2000, p. 132) é o desenvolvimento de uma fundamentação teórica para as próximas fases e o refinamento do conceito. Inclui a seleção e elaboração de uma definição inicial do conceito, revisão da literatura e o mapeamento dos elementos essenciais de definição e mensuração do conceito (origem, antecedentes, atributos e consequências) (RODGERS, 1989; SCHWARTZ-BARCOTT; KIM, 2000). Para Fernandes et al (2011), trata-se da seleção do conceito, busca e revisão da literatura, definição conceitual e operacional do conceito.

Broome (2000, p. 231) refere que a construção de conceitos requer um conhecimento do que já têm sido trabalhado na área, quais as limitações da contextualização do conceito, se a metodologia tem influenciado no desenvolvimento do conceito e quais questões já foram respondidas. Para que o pesquisador consiga desenvolver um conceito, é necessário conhecer a definição já disponibilizada na literatura, e assim entender sua relação com a fenomenologia.

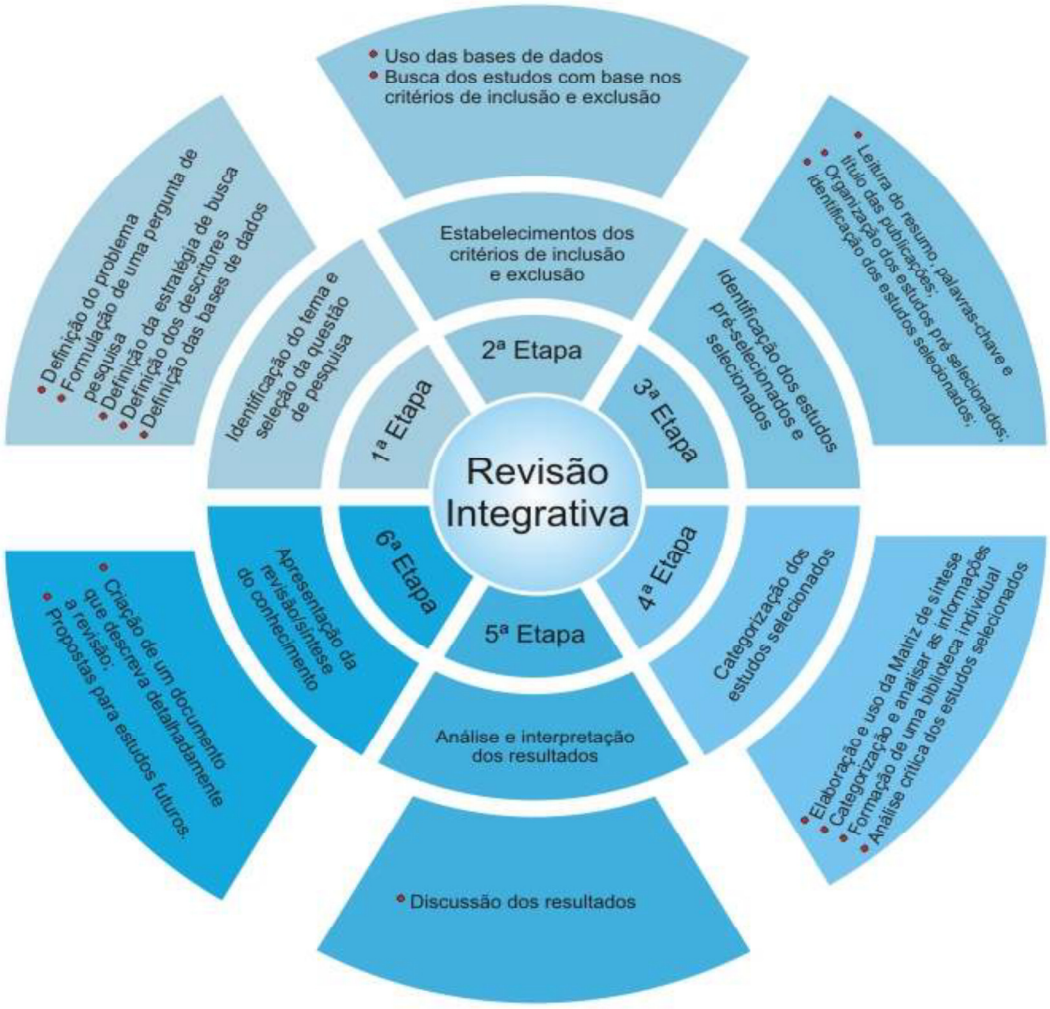
4.1 Revisão Integrativa da literatura

Nesta fase foi utilizada como método de busca a revisão integrativa da literatura que permite obter conclusões gerais a cerca de um determinado assunto através da busca de dados primários de estudos relacionados, podendo representar o estado atual da literatura de pesquisa (BROOME, 2000, p. 234; GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010, p. 109; GANONG 1987). Segundo Broome (2000, p. 234), o propósito deste método é o de obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores e ainda poder subsidiar a construção de conceitos, revisão de teorias e evidências. Permite a combinação de dados da literatura com a inclusão simultânea de estudos experimentais e não experimentais, questões teóricas e empíricas (COOPER,1984).

A revisão integrativa permite traçar uma análise sobre o conhecimento já publicado a respeito de determinado tema e gerar novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Vários estudiosos desse método (BEYEA; NICOLL, 1998; COOPER,

1984; GANONG, 1987) mencionam a necessidade de descrever um problema bem estruturado, a sistematização das buscas e a análise criteriosa dos resultados para uma revisão bem sucedida, por isso propõem várias etapas de realização de uma revisão. Na Figura 3 estão demostradas as etapas de realização da revisão integrativa e serão descritas a seguir.



Fonte: BOTELHO; CUNHA; MACEDO (2011).

Figura 3 - Processo da Revisão Integrativa.

Primeira etapa: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

Nesta primeira etapa, Ganong (1987) refere que o assunto deve ser definido de maneira clara e específica, de forma que as variáveis de interesse e as características da amostra sejam determinadas. Para Broome (2000, p. 236), os descritores ou palavras-chaves são facilmente identificados uma vez que a questão norteadora da pesquisa é bem delimitada pelo revisor. Roman e Friedlander (1998)

afirmam que esta fase da revisão é essencial para conferir consistência e coerência interna ao estudo. Para Broome (2000, p.236) depois de formulada a questão norteadora, identificam-se as palavras-chaves.

Segunda etapa: estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão

Para Ganong (1987), esta etapa define os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, as estratégias e as bases de dados utilizados na busca. Para o autor, a melhor abordagem seria a inclusão de todos os artigos encontrados, ou a busca randomizada, porém, quando isso não é possível, os critérios de inclusão e exclusão devem ser utilizados e expostos claramente. De acordo com o assunto de interesse, as palavras-chaves e as bases de dados são definidas para a realização da busca dos artigos que serão analisados (BROOME, 2000, p. 237). Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), a internet é uma ferramenta importante como forma de busca, já que as bases de dados possuem acesso eletrônico e de domínio público.

Terceira etapa: Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados

Nesta etapa são definidas as informações a serem extraídas dos estudos identificados e se pode utilizar um instrumento para a coleta de dados que visa sumarizar e documentar as informações sobre os estudos incluídos na revisão. Além disso, permite a avaliação individual da metodologia, os resultados dos estudos e a síntese dos artigos considerando suas diferenças e semelhanças (BROOME, 2000, p. 240; URSI, 2005). Tal instrumento deve possibilitar a síntese dos artigos, considerando suas diferenças (URSI, 2005).

Quarta etapa: Categorização dos estudos selecionados

Para Ganong (1987), esta etapa equivale à análise dos dados de uma pesquisa convencional. Para Whitemore e Knafl (2005) entendem que essa etapa é um grande desafio para o pesquisador, pois a análise e a síntese de várias fontes são trabalhosas.

As informações coletadas das publicações devem incluir o tamanho da amostra e a quantidade dos sujeitos, metodologia, mensuração de variáveis, métodos de análise e a teoria ou os conceitos embasadores que foram utilizados (GANONG, 1987).

Quinta etapa: Análise e interpretação dos resultados

Nesta etapa, o revisor discute e compara os achados com o conhecimento teórico e identifica as conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Para Ganong (1987), ele poderá apontar sugestões para pesquisas futuras com as lacunas identificadas com a revisão da literatura.

Sexta etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

Nesta sexta etapa, a pesquisa deve ser apresentada com detalhes, assim como as pesquisas de fontes primárias. Ganong (1987) recomenda, quanto à apresentação dos dados, que se deve oferecer ao leitor informações sobre os estudos revisados, e não somente focalizar os achados mais importantes, devendo incluir os procedimentos adotados na condução da revisão, os aspectos relativos ao tema investigado e o delineamento dos estudos incluídos.

Procedimentos para realização da revisão integrativa e a análise do conceito de incapacidade funcional na Fase Teórica da pesquisa.

Para o desenvolvimento desta fase a questão norteadora da busca na literatura foi:

"Qual o conceito de incapacidade funcional em idosos publicado na literatura nacional e internacional?"

Para esta revisão, foram utilizadas três bases de dados para o levantamento dos estudos, que seguem:

- LILACS - Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde – (http://www.lilacs.bvsalud.org) publicada desde o ano de 1982 é um abrangente índice da literatura científica e técnica produzida na América Latina e Caribe. Em julho de 2012, alcançou 609.708 registros bibliográficos, sendo 496.448 artigos científicos em 855 periódicos na área de Ciências da Saúde. Indexou também outras produções como teses, dissertações, livros, capítulos, monografias, relatórios, trabalhos publicados em eventos e publicações governamentais. Seu acesso é gratuito pelo site: <http://www.bireme.br>.
- MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrival Sistem on-line*. É uma importante base de dados que contempla mais de 21 milhões de citações da

literatura biomédica. O acesso às citações bibliográficas e aos resumos é gratuito, feito através do sistema eletrônico PUBMED, que foi desenvolvido pela National Center for Biotechnology Information (NCBI) administrada pela National Libray of Medicine (NLM) que, por sua vez, é vinculada ao National Institutes of Health (NIH). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

- CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* – (http://www.ebscohost.com/cinahl/). Fornece indexação de 2.928 periódicos científicos nos campos da Enfermagem e relacionados à saúde. Contém mais de 1.000.000 de registros datados desde o ano de 1981 e oferece cobertura completa de periódicos de Enfermagem em inglês e publicações da *National League for Nursing* e da *American Nurses' Association*, abrangendo Enfermagem, Biomedicina, Biblioteconomia de Ciências da Saúde, Medicina alternativa/complementar, saúde do consumidor e 17 disciplinas ligadas à saúde. Oferece também acesso a livros de saúde, dissertações de Enfermagem, atas de conferências selecionadas, padrões de prática, software educacional, materiais audiovisuais e capítulos de livros. O acesso é gratuito para as instituições conveniadas com a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo site <http://www.periodicos. capes.gov.br>.

Para localizar os artigos, foram selecionadas palavras-chave e relacionadas ao tema da pesquisa. Nas bases de dados escolhidas, verificaram-se os vocabulários DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e Mesh (*Medical Subject Headings*) e se estas palavras correspondiam a descritores controlados ou não controlados.

Descritores controlados são palavras-chave utilizadas pelas bases de dados para indexar dos artigos, ou seja, estas palavras são termos reconhecidos nesta base de dados como um termo existente na sua lista interna de descritores. Quando nos referimos ao termo descritor não controlado, queremos dizer que aquela palavra-chave não está indexada na lista interna de descritores daquela determinada base (LOPES, 2009).

Os descritores controlados e não controlados selecionados para realização da busca encontram-se no Quadro 2 a seguir:

Base de dados	Descritores controlados	Descritores não controlados
LILACS	Idoso Idosos com 80 e mais Atividades cotidianas Avaliação da deficiência CIF	Incapacidade
MEDLINE	Aged Activity of daily living Disability Evaluation	Instrumental activities of daily living ICF Disability Elderly
CINAHL	Aged Activities of daily living Disability Evaluation ICF	Elderly Disability Instrumental activities of daily living

Quadro 2 – Descritores controlados e não controlados empregados na busca de acordo com as bases de dados utilizadas.

Como eixo norteador da seleção dos estudos, foram utilizados os seguintes critérios de seleção:

Critérios de inclusão:

- Artigos publicados em periódicos que trazem a definição de incapacidade funcional em idosos;
- Artigos publicados em português, inglês e espanhol;
- Artigos publicados nos últimos cinco anos (Out/2007 – Out/2012);
- Artigos publicados e disponibilizados na íntegra.

Critérios de exclusão:

- Estudos que incluíram populações de outras idades (0 a 64 anos);
- Publicações de dados secundários como revisões de literatura, narrativas da literatura, editoriais, carta-resposta, estudos de caso e publicação de diretrizes;
- Artigos de validação de instrumentos e testes piloto;

- Artigos que não tratavam ou não traziam o conceito de incapacidade.

Para a busca nas bases de dados, foram considerados os seguintes limites: artigos publicados e adicionados à base de dados no período de 01/10/2007 a 01/10/2012; estudos realizados em humanos; publicados em inglês, português e espanhol; população de indivíduos com mais de 65 anos e com 80 anos ou mais. Somente a base de dados LILACS não foi possível adicionar limites, uma vez que a base não permite esta opção.

A busca pelos artigos foi sistematizada, utilizando-se os descritores controlados e não controlados, que foram empregados de acordo com a especificidade das bases de dados selecionadas. Tais descritores foram combinados de diferentes formas para garantir uma busca ampla dos estudos primários, conforme mostra o Quadro 3 a seguir.

MEDLINE	CINAHL
#1 "Aged"[Mesh] #2 elderly #3 "Activities of Daily Living"[Mesh] #4 "Instrumental activities of daily living" #5 “Disability Evaluation"[Mesh] #6 disability #7 "ICF" #8 #1 OR #2 #9 #3 OR #4 #10 #5 OR #6 OR #7 #11 #8 AND #9 AND #10	# S1 (MH "Aged+") #S2 "elderly" #S3 (MH "Activities of Daily Living+") #S4 (MH "International Classification of Functioning, Disability, and Health") #S5 (MH "Disability Evaluation+") #S6 "disability" #S7 S1 or S2 #S8 S4 or S5 or S6 #S9 S3 and S7 and S8
LILACS	
#1("IDOSO") or "IDOSO de 80 anos ou mais" [Descritor de assunto] and "PESSOAS com incapacidade" [Descritor de assunto] #2("IDOSO") or "idoso de 80 ANOS ou mais" [Descritor de assunto] and "ATIVIDADES COTIDIANAS" [Descritor de assunto] and "AVALIACAO DA DEFICIENCIA" [Descritor de assunto] #3 ("IDOSO") or "idoso de 80 ANOS ou mais" [Descritor de assunto] and "ATIVIDADES COTIDIANAS" [Descritor de assunto] and "cif" [Descritor de assunto] #4 ("IDOSO") or "idoso de 80 ANOS ou mais" [Descritor de assunto] and "cif" [Descritor de assunto] and "avaliacao da deficiencia" [Descritor de assunto] #5 ("IDOSO") or "idoso de 80 ANOS ou mais" [Descritor de assunto] and ("avaliacao da deficiencia") [Descritor de assunto] #6 ("IDOSO") or "IDOSO de 80 anos ou mais" [Descritor de assunto] and "PESSOAS com incapacidade" [Descritor de assunto] e and "ATIVIDADES COTIDIANAS" [Descritor de assunto] #7 ("IDOSO") or "IDOSO de 80 anos ou mais" [Descritor de assunto] and "PESSOAS com incapacidade" [Descritor de assunto] and CIF [Descritor de assunto]	

Quadro 3 - Estratégia de busca dos estudos da Fase Teórica do estudo nas três bases de dados.

A busca de dados ocorreu no mês de novembro de 2012, levando-se em consideração os últimos cinco anos (outubro de 2007 a outubro de 2012), com o objetivo de identificar os conceitos mais recentes nas publicações, porquanto o tema da incapacidade em idosos é recente. O critério para a composição da amostra ocorreu pela identificação do artigo, leitura dos títulos e resumos de acordo com a questão norteadora da pesquisa. Quando surgiram dúvidas em relação ao conteúdo do trabalho, eles foram separados para posterior análise na íntegra.

Inicialmente, foram pré-selecionados 1113 artigos, conforme mostra a

Figura 5, dos quais 39 eram artigos de dados secundários, 586 não contemplavam os critérios de inclusão e exclusão elencados para esta revisão integrativa, 112 estavam duplicados nas bases de dados, e 59 duplicados entre as bases de dados, portanto, foram elegíveis 317 artigos. Os artigos foram obtidos pelo acesso das revistas eletrônicas disponíveis pelo Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (Sibi/USP www.usp.br/sibi) e no Portal de periódicos CAPES (www.capes.gov.br), sendo o acesso a estes sistemas livre e gratuitos para instituições conveniadas, após esta etapa, foram lidos na integra.

Para compor a amostra, foram considerados somente aqueles que traziam a definição de incapacidade, portanto foram excluídos 259 artigos, três por indisponibilidade de acesso na íntegra, 153, por definirem incapacidade como a capacidade em realizar as AVDs, 82 por trazerem o conceito apenas como critério de inclusão/exclusão do estudo, segundo pontuação em instrumentos, e 21 por não trazerem nenhum conceito. Desta forma, a amostra desta revisão foi composta por 58 artigos (Figura 4).

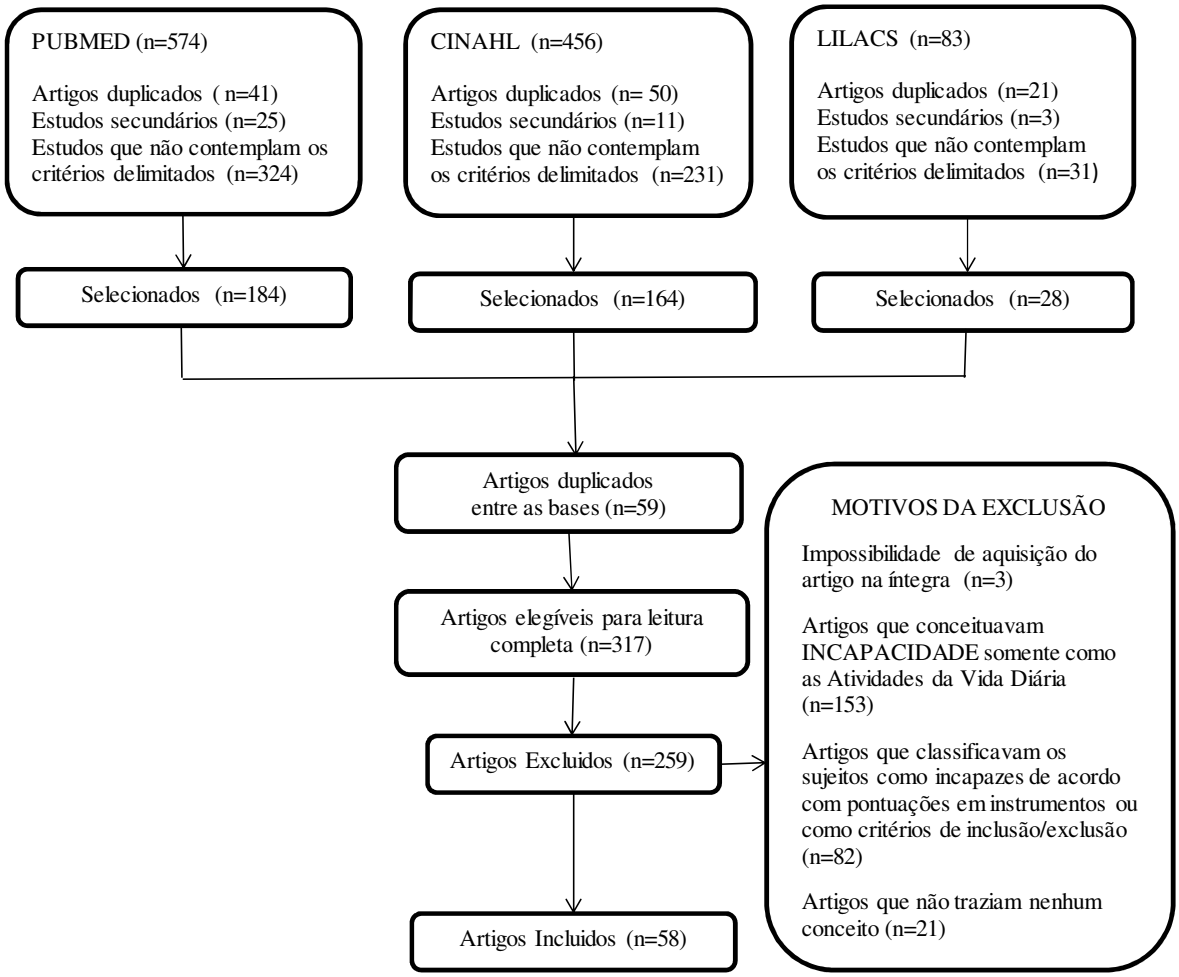


Figura 4 - Diagrama do fluxo de estudos identificados e selecionados para inclusão na revisão integrativa nas bases de dados, 2012.

Os 58 artigos selecionados foram lidos na íntegra e constituíram o universo de estudo na Fase Teórica. Foi utilizado um instrumento para nortear a busca dos dados nesta fase da revisão com base nas características dos artigos e na definição do conceito de incapacidade segundo origem, antecedentes, atributos e consequências (APÊNDICE A). Quanto às características dos artigos - ano e idioma de publicação, país em que foi desenvolvido - são apresentados nos gráficos a seguir.

Verificou-se um predominio de médicos conduzindo trabalhos que abordem o conceito de incapacidade em idosos (26 artigos), seguidos dos enfermeiros, fisioterapeutas e dos psicólogos com sete artigos cada grupo. Nota-se um número maior de publicações no ano de 2010 (17, 29,3%), seguido de 2011 (12, 20,7%), 2008 (11, 19%), 2009 (9, 15,6%), 2012 (6, 10,3%) e 2007 (3, 5,2%). Algumas profissões identificadas apenas uma vez nos cinco anos, como terapeuta

ocupacional, nutrição e tecnólogo, foram inseridas na categoria outros, como mostra o Gráfico 1 a seguir.

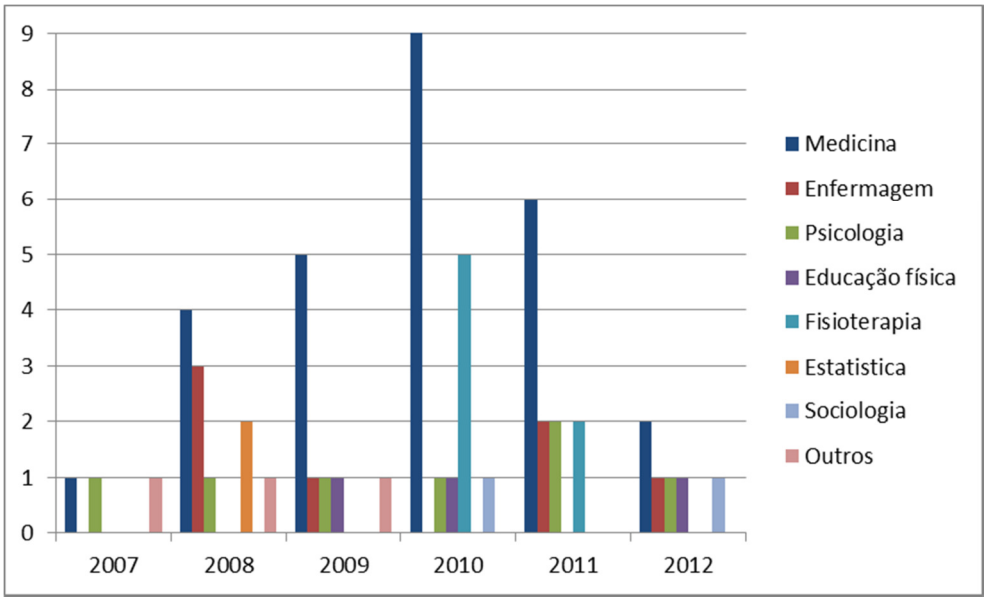


Gráfico 1 – Distribuição dos artigos por ano de publicação e categoria profissional, 2007-2012.

Em relação ao idioma, nota-se maior número de artigos publicados em inglês (50; 86,2%), sendo que destes, 34 (58,6%) são originários de países de língua inglesa (Gráfico 2).

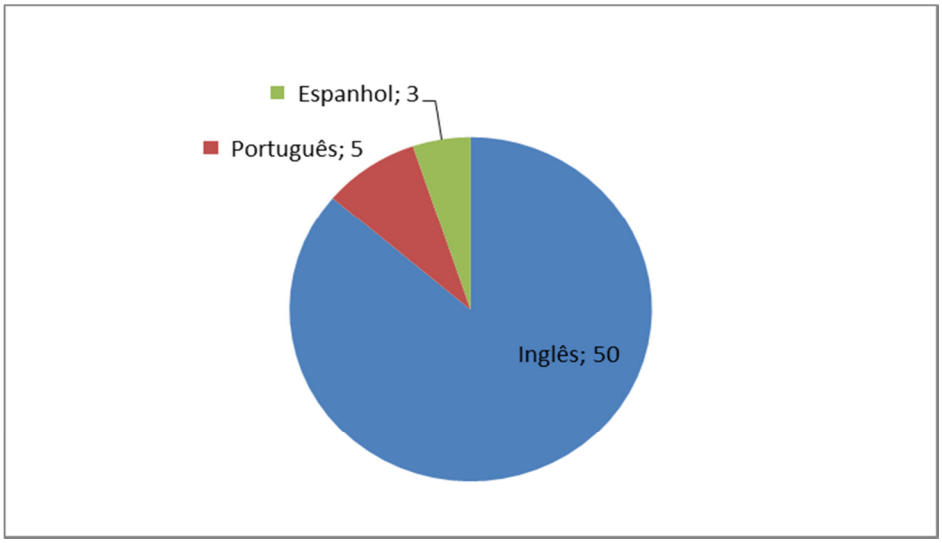


Gráfico 2 – Distribuição dos artigos segundo idioma, 2007-2012.

Os Estados Unidos foi o país cujos autores mais publicaram com a definição de incapacidade. Na sequência vieram o Brasil, o Canadá, a Espanha, a Inglaterra, Taiwan e o Chile. Os países que divulgaram apenas uma publicação no período foram Itália, Suíça, China, Colômbia, Dinamarca, Japão, Líbano, Portugal e Tailândia, foram considerados na categoria outros no Gráfico 3.

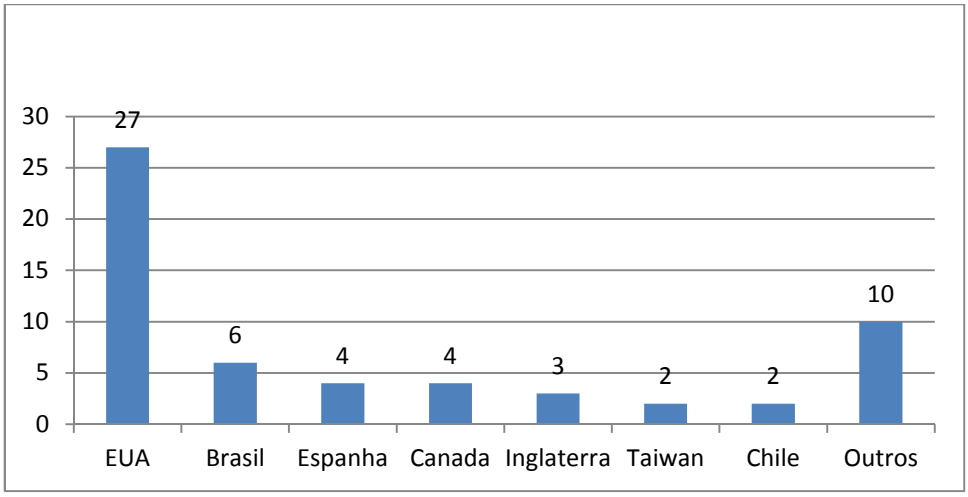


Gráfico 3 – Distribuição dos a rtigos por país de origem, 2007-2012.

Os estudos incluídos no estudo foram publidados em 36 periódicos descritos, de acordo com o Quadro 4, segundo idioma de publicação, país de origem, número de publicações e fator de impacto. Nota-se o predomínio de periódicos dos EUA (55,5%) e na Inglaterra (19,4%). Os periódicos que mais contribuiram com artigos primários para esta revisão foram o *Journal of Aging and Health* com seis artigos; *Age and Aging*, *American Journal of Public Health, Demography, Disability and Rehabilitation e Journal of Gerontology A Biological Science and Medical Science* com três artigos cada um. Vale ressaltar, que a maioria destes periódicos são específicos para publicações que tratam do tema envelhecimento e reabilitação.

Periódico	Idioma	País de origem	N	Fator de impacto
Age and Aging	Inglês	Inglaterra	3	3.816
American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation	Inglês	EUA	1	1.731
American Journal of Epidemiology	Inglês	EUA	1	4.780
American Journal of Public Health	Inglês	EUA	3	3.930
Annals of Epidemiology	Inglês	EUA	1	2.479
Archives of Gerontology and Geriatrics	Inglês	Irlanda	1	1.704
BMC Geriatrics	Inglês	Inglaterra	2	-
BMC Public Health	Inglês	Inglaterra	1	2.076
Ciência e Saúde Coletiva	Português	Brasil	1	-
Clinical Rehabilitation	Inglês	Inglaterra	1	2.191
Demography	Inglês	EUA	3	2.305
Diabetes Care	Inglês	EUA	1	7.735
Disability and Rehabilitation	Inglês	Inglaterra	3	1.541
European Journal of Cancer Care	Inglês	Inglaterra	1	1.308
Geriatric and Gerontology International	Inglês	Japão	2	2.167
Health Psychology	Inglês	EUA	1	3.832
Hacia la Promoción de la Salud	Espanhol	Colômbia	1	-
International Journal Of Geriatric Psychiatry	Inglês	Inglaterra	1	2.977
Journal of the American Medical Directors Association	Inglês	EUA	2	5.302
J Immigrant Minority Health	Inglês	EUA	1	1.007
Journal of Aging and Health	Inglês	EUA	6	1.659
Journal of American Geriatric Society	Inglês	EUA	2	3.978
Journal of Gerontology A Biological Science and Medical Science	Inglês	EUA	3	4.314
Journal of Nursing Scholarship	Inglês	EUA	1	1.612
Kidney International	Múltiplos	EUA	1	7.916
Physical Therapy Journal	Inglês	EUA	2	2.778
Psychological Medicine	Inglês	EUA	1	5.587
Research in Nursing and Health	Inglês	EUA	1	2.181
Research on Aging	Inglês	EUA	1	1.298
Revista Española de Salud Pública	Espanhol	Espanha	1	0.706
Revista Médica de Chile	Espanhol	Chile	2	0.380
Revista de Saúde Pública	Múltiplos	Brasil	2	1.066
Revista Brasileira de Fisioterapia	Portugues	Brasil	1	1.000
Revista Latino-Americana de Enfermagem	Inglês	Brasil	1	0.540
The Milbank Quarterly	Inglês	EUA	1	4.644
Western Journal of Nursing Research	Inglês	EUA	1	1.466

Quadro 4 – Distribuição dos estudos primários segundo o tipo e o nome dos periódicos, idioma de publicação, país de oriegem, número de publicação e fator de impacto, 2007-2012

Neste estudo, propôs-se buscar o conceito de incapacidade utilizado na literatura nacional e internacional. Os autores dos estudos primários, utilizaram diferentes delineamentos de pesquisa para abordar o tema incapacidade funcional em idosos. Optou-se por utilizar a classificação de qualidade de evidência proposta por Melnik e Fineout-Overholt (2005), como mostra o Quadro 5, que engloba vários tipos de estudo nas abordagens metodológicas qualitativas e quantitativas, para

classificar os estudos utilizados nesta revisão.

Nível de Evidência	Tipo de estudo
I	Evidência proveniente de revisões sistemáticas ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados (ECRC) relevantes ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisãoes sistemáticas de ECRC.
II	Evidência derivada de pelo menos um ECRC bem delineado
III	Evidência obtida de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
IV	Evidência proveniente de caso-controle ou estudo coorte bem delineado
V	Evidência proveniente de revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos
VI	Evidência derivada de um único estudo descritvo ou qualitativo
VII	Evidência oriunda da opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas

Fonte: MELNIK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based pratice in nursing & healthcare. A guide to best pratice. Philadelphia: Lippincott Willians, 2005, p.10.

Quadro 5 - Sistema de classificação hierárquico da qualidade de evidência segundo Melnik e Fineout-Overholt (2005)

Com vistas a proporcionar o escopo do conhecimento produzido, realizou-se, em ordem cronológica e alfabética a síntese dos estudos selecionados que foram base para a Fase Teórica desta pesquisa (APÊNDICE B). Na análise dos artigos, verificou-se que 35 (60,4%) estavam na classificação de nível de Evidência VI, 23 (39,6%) do nível de evidência IV, o que significa que os estudos estão concentrados em estudos caso-controle ou coorte e de estudos descritivo ou qualitativo.

4.2 Apresentação dos resultados da FASE TEÓRICA

Após a seleção dos estudos primários que fizeram parte da revisão integrativa, procedeu-se à leitura e à releitura analítica com o objetivo de identificar os elementos constituintes do conceito de incapacidade funcional (origem, atributos, antecedentes e consequências).

Schwartz Barcott e Kim (2000, p.135) sugerem que para nortear o processo de busca na literatura dos componentes do conceito, se utilize das seguintes questões: Qual a origem do conceito? Como pode ser definido

claramente? Como pode ser mensurado? Para a exploração dos elementos do conceito de incapacidade funcional em idosos, ou seja, sua origem, definições, antecedentes, atributos e consequências nesta fase do estudo, as questões norteadoras foram descritas no Quadro 1, p. 35.

Os artigos foram numerados de 1 a 58, segundo a ordem cronológia de publicação (2007 a 2012) (APÊNDICE C).

Origem do conceito de incapacidade funcional em idosos

As origens são exploradas na fase de Teórica somente, na revisão da literatura com o propósito de compreender a natureza da utilização do mesmo (RODGERS; KNAFL, 2000).

ORIGEM do conceito de incapacidade funcional em idosos	Número de artigos primários	Identificação das Referências utilizadas na Fase Teórica.
Envelhecimento populacional/ Aumento da expectativa de vida	41	1, 2, 3, 7, 8,10, 18, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 32, 33, 35, 36, 37, 39, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58
Aumento da ocorrência de condições crônicas incapacitantes.	34	2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 35, 36 37, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56
Aumento da expectativa de vida da população feminina	26	1, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 18, 23, 24, 25, 26, 28, 35, 36, 39, 41, 42, 45, 48, 52, 53, 54, 55, 56, 58
Baixa escolaridade	14	5, 7, 9, 13, 21, 24, 25, 34, 39, 41, 47, 54, 55, 56
Baixa renda de indivíduos idosos	9	9, 11, 13, 21, 22, 39, 50, 51, 54

Quadro 6 – Origem do conceito de incapacidade funcional em idosos, número de artigos primários e identificação das referências.

Definições de Incapacidade

As definições são exploradas somente na fase Teórica objetivando encontrar na literatura o que já tem sido produzido e utilizado para definir o conceito. As definições de incapacidade identificadas nesta Fase Teórica do estudo estão demonstradas a seguir. Cabe destacar que as estas aqui apresentadas referem-se às citadas ou descritas pelos autores das publicações referentes à revisão da literatura.

DEFINIÇÃO de incapacidade	Número de artigos primários	Identificação das referências utilizadas na Fase Teórica.
A incapacidade é resultante de uma patologia (doença) que leva à limitação da atividade física (como caminhar) que, consequentemente altera a habilidade pessoal de desenvolver as atividades de vida diária - Modelo de Invalidez (NAGI, 1964; VERBRUGGE; JETTE 1994).	15	3, 7, 17, 25, 28, 31, 32, 34, 39, 40, 42, 45, 48, 54, 57
Incapacidade é um processo complexo resultante de condições de saúde, fatores pessoais e fatores ambientais que podem influenciar as atividades e participação (WHO 2001).	13	4, 10, 13, 20, 23, 24, 35, 36, 38,48, 49, 51, 52
A incapacidade é definida como a dificuldade ou dependência para realizar as atividades essenciais para uma vida independente, como as ABVDs e AIVDs (FRIED et al., 2004).	4	5, 14, 27, 43,
Incapacidade é ter dificuldade de realizar tarefas diárias.	4	22, 29, 37, 53
Limitações no desempenho de ações, tarefas e atividades esperadas em certos papéis na sociedade (FRIED, 1991, 1996, 1997).	2	12, 16
A incapacidade é, hipoteticamente, resultante da interação entre fatores pessoais, nível de patologia, comprometimento e ambiente (INSTITUTE OF MEDICINE, 1991, 1997; NAGI, 1965, 1991; VERBRUGGE; JETTE, 1994)	2	30, 44,
Incapacidade funcional é a dificuldade experimentada de realizar atividades em qualquer dominio da vida devido a um problema fisico ou de saúde, com impacto sobre a habilidade da pessoa para exercer papéis e atividades na sociedade (VERBRUGGE, 1997).	2	8, 13
Incapacidade é a inabilidade em realizar funções sociais dentro de um determinado ambiente (FREEDMAN; MARTIN; SCHOENI 2002; VERBRUGGE; JETTE, 1994).	2	56
Trata-se de um conceito relacional que descreve qualquer restrição ou falta de capacidade de realizar uma atividade na forma ou dentro do intervalo considerado normal para um ser humano (BRANDT; POPE, 1997; NAGI, 1965; POPE; TARLOV, 1991).	2	19
Restrição de capacidades físicas ou mentais para executar tarefas exigidas para uma vida independente (REUBEN; RUBENSTEIN; HIRSCH, 1992; VERBRUGGE; JETTE, 1994).	1	1
Incapacidade em idosos refere-se a problemas com a realização de atividades de vida diária (por exemplo, tomar banho, vestir-se, preparar as refeições, ou fazer compras) e muitas vezes são percebidas como irreversíveis e incontroláveis consequências do envelhecimento (BECKETT et al., 1996).	1	46
Incapacidade de realizar as atividades de autocuidado no nível pessoal (INSTITUTE OF MEDICINE, 1991).	1	2
É definida e medida como dificuldade em realizar ABVDs e AIVDs (SIMONSICK et al., 2001).	1	6
Incapacidade funcional é caracterizada por limitação física e social.	1	9

continua...

Incapacidade é definida como uma combinação de fatores sociais, cognitivos e fisicos.	1	15
A incapacidade funcional representa a limitação em desempenho de papéis socialmente definidos e tarefas dentro de um ambiente sociocultural. Por sua vez, a incapacidade funcional precede as limitações funcionais, sendo influenciada por aspectos genéticos, ambientais, enfermidades e pelo nível de atividades físicas (LAWRENCE; JETTE, 1994; MOREY; PIEPER; CORNONI-HUNTLER, 1998).	1	58
A incapacidade é a restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano (AMIRALIAN, 2000).	1	47
Incapacidade funcional pode ser definida como a diminuição ou perda da capacidade de desenvolver papéis sociais e atividades relacionadas à vida familiar, ao trabalho ou manter a vida independente (NAGI, 1976; VERBRUGGE; JETTE 1994; WHO, 1980).	1	11
Incapacidade funcional, caracterizada como qualquer restrição para desempenhar uma atividade dentro da extensão considerada normal para a vida humana (MURRAY; LOPEZ, 1996).	1	18
Incapacidade é definidas como a restrição de capacidades físicas ou mentais para executar as tarefas necessárias para manter uma vida independente (POPE, 1991).	1	41
Incapacidade funcional é a necessidade de ajuda ou incapacidade para realizar ABVDs ou AIVDs (FREEDMAN; MARTIN; SCHOENI, 2002; KAWAMOTO et al. 2006; NG et al., 2006; SHINKAI et al., 2003).	1	21
Incapacidade é a dificuldades que envolvem mobilidade, AVDs e AIVDs .	1	26
A incapacidade é definida como limitações no desempenho de papéis socialmente definidos e de tarefas dentro de um ambiente sociocultural e físico e resultados a partir da interação de doença, deficiência e limitaçaõ funcional com os desafios ambientais que experimentados pelo indivíduo (GURALNIK; FERRUCCI, 2003).	1	33
Incapacidade é definida como a diferença entre as habilidades de um indivíduo e o ambiente no qual exerce sua funções (LAWTON; NAHEMOW 1973, VERBRUGGE; JETTE 1994).	1	50
Incapacidade é definida como a incapacidade de realizar atividades de vida pessoal independente de cuidados. É dividido em capacidade de realizar atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (IADLs).	1	55

Conclusão.

Quadro 7 – Definições de incapacidade funcional, número de artigos primários e identificação das referências.

ANTECEDENTES do conceito de incapacidade funcional em idosos.

Os antecedentes identificados na análise dos artigos foram agrupados em cinco (5) categorias para facilitar o entendimento e a discussão dos mesmos, como o mostrado a seguir:

CATEGORIA 1 - Relacionados ao envelhecimento e às condições de saúde

ANTECEDENTES	Número de artigos primários	Identificação das Referências utilizadas na Fase Teórica.
Idade avançada	40	1, 2, 3, 7, 8, 10, 18, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 32, 33, 35, 36, 37, 39, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58
Presença de condições crônicas e/ou comorbidades	35	2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56
• Problemas musculoesqueléticos e articulares (osteoporose, artrite, artrose, sarcopenia, fraturas)	15	1, 2, 8, 13, 16, 21, 24, 27, 29, 30, 36, 44, 49, 51, 53
• Problemas neurológicos (AVE, comprometimento cognitivo, doenças neurodegenerativas, traumatismo cranioencefálico, tumores)	15	2, 4, 8, 13,16, 21, 24, 31, 32, 35, 47, 35, 47, 49, 53
• Depressão/Ansiedade	7	4, 20, 24, 28, 32, 35, 38
• Problemas sensoriais (déficits visuais, déficits auditivos)	6	4, 13, 29, 48, 49, 57
• Diabetes Mellito	6	2, 8, 13, 24, 29, 51
• Cardiopatia	6	6, 24, 35, 47, 49, 51
• Câncer	4	13, 24, 31, 35
• Dor	3	9, 30, 50
• Doença pulmonar	3	13, 47,49
• Outras (hipertensão arterial sistêmica, anemia, insuficiência renal crônica, condições relacionadas ao equilíbrio, à incontinência urinária, fragilidade)*	7	4, 5, 8, 25, 35, 37, 43
Uso de polifármacos/ quimioterapia	3	5, 21, 30
Nº visitas médicas anteriores	1	35

*Antecedentes que foram citados apenas por um ou dois autores.

Quadro 8 – Antecedentes relacionados ao envelhecimento e às condições de saúde, número de artigos e identificação das referências.

CATEGORIA 2 - Relacionados à ocorrência de limitações prévias e quedas

ANTECEDENTES	Número de artigos primários	Identificação das Referências utilizadas na Fase Teórica.
Limitação funcional	11	1, 6, 10, 11, 12, 18, 32, 40, 41, 49, 53
Alterações de mobilidade (deambulação e transferência)	9	10, 15, 21, 26, 28, 30, 31, 44, 55
Força muscular diminuída	8	1, 12, 13, 27, 28, 41, 44,58
Limitação física (não definida)	6	2, 6, 10, 29, 44, 56
Limitação para realizar AIVDs	5	2, 14, 48, 49, 56
Quedas	3	26, 31, 44

Quadro 9 – Antecedentes relacionados à ocorrência de limitações prévias e quedas, número de artigos e identificação das referências.

CATEGORIA 3 - Relacionados aos hábitos de vida

ANTECEDENTES	Número de artigos primários	Identificação das Referências utilizadas na Fase Teórica.
Obesidade	9	4, 11, 13, 24, 29, 34, 41, 54, 55
Inatividade (falta de atividade física ou repouso prolongado)	6	13, 14, 47,53, 55, 58
Baixo peso	5	4, 14, 24, 28, 41
Alteração do IMC/ Oscilação	5	1, 2, 13, 27, 41
Tabagismo	4	11, 24, 34, 55
Outros (Baixa resistência cardiopulmonar, poucas horas de sono)*	2	27, 55

*Antecedentes que foram citados apenas por um ou dois autores.

Quadro 10 – Antecedentes relacionados aos hábitos de vida, número de artigos e identificação das referências.

CATEGORIA 4 - Relacionados aos fatores sociais

ANTECEDENTES	Número de artigos primários	Identificação das Referências utilizadas na Fase Teórica.
Diminuição da rede social/ piora das relações	9	7, 8, 10, 14, 21, 33, 35, 36, 38
Baixa percepção de saúde	5	4, 8, 36, 55, 54
Limitação em atividades sociais e participação	4	20, 33, 49, 52
Outros (morar sozinho, eventos importantes para a vida do idoso como perdas)*	3	33, 36, 47

*Antecedentes que foram citados apenas por um ou dois autores.

Quadro 11 – Antecedentes relacionados aos fatores sociais, número de artigos e identificação das referências.

CATEGORIA 5 - Relacionados a fatores ambientais

ANTECEDENTES	Número de artigos primários	Identificação das Referências utilizadas na Fase Teórica.
Mobilidade Urbana - Más condições urbanísticas (calçadas, poluição do ar, dificuldades de acesso)	3	13, 30, 40
Hospitalização	3	6, 35, 47
Acidentes ocupacionais/ trânsito	2	13, 21
Outros (Institucionalização, Falta de adaptações no domicilio)*	3	15, 50, 56

*Antecedentes que foram citados apenas por um ou dois autores.

Quadro 12 – Antecedentes relacionados a fatores ambientais, número de artigos e identificação das referências.

ATRIBUTOS da incapacidade funcional em idosos

Os atributos encontrados nesta Fase Teórica estão relacionados a seguir:

ATRIBUTOS	Número de artigos primários	Identificação das Referências utilizadas na Fase Teórica
Incapacidade (disability)	49	1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57
Incapacidade/Dificuldade/ Limitação na realização de atividades de vida diária	21	2, 3, 4, 5, 12, 14, 15, 18, 19, 21, 24, 25, 26, 30, 35, 43, 48, 50, 55, 56, 57
Limitação funcional	19	1, 2, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 13, 21, 25, 30, 34, 40, 41, 44, 45, 50, 56
Incapacidade funcional	16	4, 8, 9, 12, 16, 17, 18, 21, 29, 36, 42, 43, 46, 47, 49, 58
Incapacidade/Limitação para realizar ABVDs	16	1, 3, 4, 5, 7, 11, 13, 18, 20, 25, 26, 32, 34, 37,49, 54
Limitação/Incapacidade na realização das AIVDs	13	1, 2, 4, 7, 11, 13, 18, 20, 25, 26, 34, 49, 54
Declínio funcional	10	3, 14, 16, 25, 28, 31, 32, 36, 37, 58
Comprometimento funcional	10	5, 9, 20, 24, 25, 27, 28, 31, 38, 42
Incapacidade/Limitação física	10	2, 10, 11, 14, 19, 27, 30, 40, 42, 50
Limitação de mobilidade e atividades avançadas de vida diária	4	1, 26, 44, 57
Dependência funcional	4	26, 36, 37, 53
Limitação de atividade	3	9, 42, 49
Limitação	3	13, 25, 51
Limitação em participação social	2	3, 9

Quadro 13 – Atributos da incapacidade funcional em idosos, número de artigos e identificação das referências.

CONSEQUÊNCIAS da incapacidade funcional em idosos

As consequências consideradas pelos autores da revisão da literatura nessa Fase Teórica foram separadas em 3 categorias como mostrado a seguir:

CATEGORIA 1 - Relacionadas à morbimortalidade, às percepções de saúde e à qualidade de vida

CONSEQUENCIAS	Número de artigos primários	Identificação das Referências utilizadas na Fase Teórica
Mortalidade/ Diminuição da expectativa de vida	23	1, 2, 5, 7, 14, 16, 17, 18, 25, 26, 29, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 53, 55
Má percepção da qualidade de vida	9	3, 6, 9, 21, 31, 50, 51, 55, 57
Hospitalizações recorrentes	5	6, 19, 29, 43, 49
Aumento da morbidade	5	1, 5, 7, 35, 41
Fragilidade	4	7, 1, 43, 47
Má percepção de saúde	3	3, 54, 57
Declínio funcional	2	48, 53
Queda	2	36, 43
Outros (presença de corpos de Lewy identificados *pós morten,* insatisfação/ dificuldade de acesso aos serviços primários de saúde)*	2	16, 19

*Consequencias que foram citados apenas por um ou dois autores.

Quadro 14 – Consequências da incapacidade funcional em idosos relacionadas a morbimortalidade, percepções de saúde e qualidade de vida, número de artigos e identificação das referências.

CATEGORIA 2 - Relacionadas à necessidade de assistência/cuidados ou à presença de terceiros/cuidadores

CONSEQUENCIAS	Número de artigos primários	Identificação das Referências utilizadas na Fase Teórica
Institucionalização	14	10, 15, 26, 35, 36, 43, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 55
Dependência	8	27, 28, 29, 35, 47, 56, 57, 58
Necessidade de cuidados pessoais	8	15, 21, 39, 42, 45, 47, 48, 49
Necessidade de reabilitação	7	8, 11, 12, 20, 24, 44, 49
Utilização de tecnologias assistivas/adaptações	7	3, 11, 23, 25, 30, 33, 34
Burden	2	3, 21
Necessidade de supervisão	1	49

Quadro 15 – Consequências da incapacidade funcional em idosos relacionadas à necessidade de assistência/cuidados ou à presença de terceiros/cuidadores, número de artigos e identificação das referências.

CATEGORIA 3 - Relacionadas aos fatores sociais e emocionais

CONSEQUÊNCIAS	Número de artigos primários	Identificação das Referências utilizadas na Fase Teórica
Alto custo com à saúde e aos cuidados de longa duração	7	2, 37, 39, 45, 50, 52, 56
Depressão	6	20, 31, 32, 38, 46, 54
Isolamento social	4	31, 33,40, 55
Mais necessidade de assistência médica	4	11, 15, 19, 29
Outros (necessidade de atendimento domiciliar especializado, utilização dos serviços de emergência,)*	2	19, 49
Estresse	1	32

*Consequências que foram citados apenas por um ou dois autores.

Quadro 16 – Consequências da incapacidade funcional em idosos relacionadas à necessidade de assistência/cuidados ou à presença de terceiros/cuidadores, número de artigos e identificação das referências.

Após análise dos artigos que compuseram a Fase Teórica deste modelo, foi elaborado uma síntese dos achados de acordo com as categorias identificadas nos antecedtentes, atributos e consequencias do conceito de incapacidade funcional em idosos como mostra a Figura 5 – Componentes do Conceito de Incapacidade Funcional em idosos. Não foram considerados os atributos, os antecedentes e as consequências que apareceram em apenas um artigo da revisão.

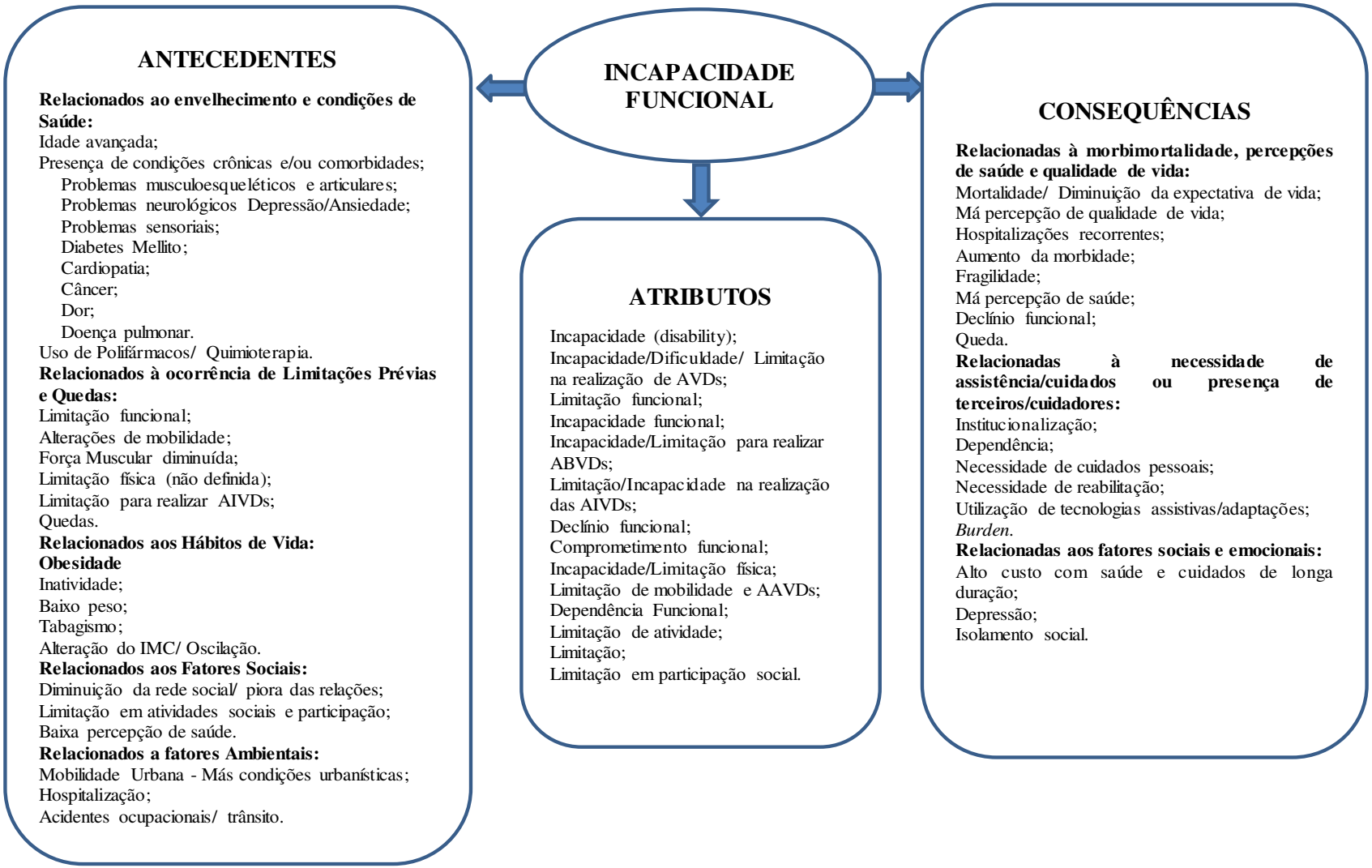


Figura 5 – Componentes do Conceito de Incapacidade Funcional em idosos na Fase Teórica

5. FASE DE CAMPO

5.1 Percurso metodológico

Schwartz-Barcott e Kim (2000, p.137) referem que esta fase visa o refinamento do conceito iniciada na fase teórica, porém por meio da observação empírica e sua análise.

Na Fase de Campo, utilizou-se como referencial metodológico a análise de conteúdo temática proposta por Braun e Clarke (2006) para analisar o conceito de incapacidade funcional identificados nos grupos focais. Segundo a autora, esta é a forma que melhor atende à investigação qualitativa, pois se trata de um método para identificar e analisar temas a respeito de determinado assunto. Um tema capta algo importante sobre os dados em relação à questão de pesquisa e representa algum nível de resposta padronizada ou significado dentro do conjunto de dados.

5.2 Coleta dos dados

Os dados foram coletados no município de Ribeirão Preto/SP, no Centro de Saúde Escola Profª Drª Maria Herbênia Oliveira Duarte localizado no Distrito Central de Saúde do município. A Unidade de Saúde conta com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tem 907 famílias cadastradas - 2.586 indivíduos – dos quais 792 são idosos (30,7%).

Os idosos foram convidados a participar da pesquisa pelos Agentes Comunitários de Saúde e pela pesquisadora. Após o aceite, foram contatados por telefone, para o agendamento de uma visita domiciliar confirmando o aceite para aplicação do questionário de avaliação individual. A coleta de dados foi feita em duas etapas: a da **avaliação individual** que seguiu com os seguintes instrumentos:

1. **Instrumento de informações sociodemográficas e de saúde,** com **informações pessoais** (idade, sexo, estado civil, cor da pele, local de nascimento, número de filhos, religião) e **perfil social** (escolaridade, renda do idoso e família), **estilo de vida e problema de saúde** (Anexo A).

2. **Miniexame do estado mental (MEEM)**; elaborado por Folstein; Folstein; Mchugh (1975) nos Estados Unidos. No Brasil, foi traduzido e validado por Bertolucci et al. (1994) e modificado por Brucki et al. (2003). O MEEM é um teste de avaliação cognitiva que tem o objetivo de auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos com risco de desenvolver uma síndrome demencial. Este teste é composto por diversas questões, agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhadas para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para o tempo (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação, lembrança de palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM varia de um mínimo (0) até o total máximo (30). Bertolucci et al. (1994), após entrevista com 530 pacientes num serviço de triagem médica, concluíram que um fator muito importante para o desempenho no MEEM foi a escolaridade, e indicaram pontuar os níveis de cortes estratificados dos distintos graus de instrução, para que a avaliação das alterações cognitivas possam ser realizadas com mais precisão. Os valores-limites são, respectivamente: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para pessoas com escolaridade baixa (1 a 4 anos incompletos) ou média (4 a 8 anos incompletos) e 26 para aquelas com escolaridade elevada (8 ou mais anos). O presente estudo utilizou o conceito e a avaliação de Bertolucci et al. (1994) (Anexo B).

3. **Medida da Independência Funcional (MIF):** foi desenvolvida nos anos de 1980, pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, na tentativa de padronizar conceitos e definições sobre incapacidade e de se obter um único instrumento que permitisse uma avaliação global da reabilitação de pacientes. A medida foi criada com o objetivo de identificar e medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o indivíduo exige para realização de tarefas motoras e cognitivas (RIBERTO et al., 2001) (Anexo C). Foi traduzida e validada no Brasil por Riberto et al. (2001, 2004), em uma população de pacientes com sequela de AVE em reabilitação, porém ressaltam a utilidade em quadros clínicos de naturezas diversas,

apresentam também uma boa confiabilidade para o escore total (ICC=0,98 interobservadores e 0,97 teste/reteste) e para as dimensões. Sua natureza é multidimensional, podendo ser utilizada para trazer resultados quanto ao tratamento, como forma de planejamento terapêutico. Brito, Nunes e Yuaso (2007) reforçam sua utilização não só para reabilitação, mas também para servir de instrumento de identificação com outros instrumentos geriátricos. A MIF avalia o desempenho do indivíduo e o nível de ajuda necessária para a realização de 18 atividades (motora e cognitiva social) distribuídas em: autocuidado, controle de esfíncteres, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item tem uma pontuação de 1 a 7, sendo: 1 correspondente à dependência total; 2 dependência máxima; 3 dependência moderada; 4 dependência mínima; 5 supervisão; 6 independência modificada (ajuda técnica) e 7 independência completa. Obtém-se escore mínimo de 18 e máximo de 126 pontos que caracterizam os níveis de dependência pelos subescores, descritos no Quadro 6.

Nível	Dependência Funcional	Subescores
1	Dependência total (assistência total)	18 pontos
2	Dependência máxima (assistência de até 75% na tarefa)	19 – 60 pontos
3	Dependência moderada (assistência de até 50% na tarefa)	
4	Dependência mínima (assistência de até 25% na tarefa)	61 – 103 pontos
5	Supervisão, estímulo ou preparo	
6	Independência modificada	104 – 126 pontos
7	Independência completa	

Fonte: RIBERTO et al.(2001)

Quadro 17 - Níveis de Independência Funcional, com suas respectivas pontuações.

Para utilização da MIF, a pesquisadora foi capacitada pela Divisão de Medicina e Reabilitação do Hospital das Clínicas de São Paulo – FMUSP em agosto de 2007 (Anexo D).

Segunda etapa: Grupos Focais como estratégia de coleta de dados

Na realização da Fase de Campo, foi utilizada a estratégia de grupos focais, que segundo Morgan (1997) trata-se de uma técnica de pesquisa que coleta dados qualitativamente através de interações grupais ao se discutir um tópico sugerido pelo pesquisador.

O autor classifica os grupos focais em três modalidades: a) **grupos autorreferentes** (ou independentes), utilizados principal coleta de dados; b) **como técnica complementar**, que serve como um estudo preliminar para avaliar os programas de intervenção e construção de questionários e escalas; c) **multimétodos**, que integram dois ou mais métodos na obtenção dos resultados, como a observação participante e a entrevista em profundidade (MORGAN, 1997 pág 2.).

Os grupos focais servem como fonte de investigação que possibilita a interação do grupo permitindo respostas mais coerentes e consistentes, além da possiblidade de surgir ideias novas e originais. A observação possibilita o conhecimento em campo pelo pesquisador dos comportamentos, das atitudes e das decepções dos participantes do grupo, outra vantagem é o aspecto econômico, pois relaciona aos custos e tempo por serem menores nesta estratégia de coleta de (DEBUS, 1997).

Para formação dos grupos focais, a amostra pode ser intencional, pois devem ser considerado traços em comum entre os integrantes (WESTPHAL; BOGUS; FARIA, 1996). Para Debus (1997), alguns pontos devem ser considerados como: classe social, temporalidade (tempo de trabalho, tempo de estudo), idade, estado civil, sexo, diferenças culturas. Tais aspectos podem ou não interferir nas respostas do grupo, dependendo exclusivamente do objetivo do estudo.

Quanto à duração dos grupos, a literatura descreve uma média de 60 a 120 minutos/grupo (COSTA 2005; DALL' AGNOL; TRENCH, 1999; DEBUS, 1997; MORGAN, 1997). Segundo Debus (1997) quando se excede o tempo limite de duas horas, pode ocorrer fadiga entre os participantes e, em decorrência do desgaste ou esvaziamento do local, leva-se a um viés da pesquisa.

Quanto a dimensão do grupo, Morgan (1997) sugere um número entre seis e dez participantes. Já Dall'Agnol e Trench (1999) recomendam grupos que se

situam entre seis e 15 (quinze) participantes. Para Debus (1997), a dimensão do grupo vai depender do objetivo e das finalidades do trabalho. Se a intenção é a geração de tantas ideias quanto possível, opta-se por um grupo maior, porém, se o objetivo principal for de aprofundar o tema, sugere-se que um grupo menor seja mais favorável.

Em relação ao número de grupos necessários, Dall'Agnol e Trench (1999) asseveram que o importante é retomar o objetivo do estudo. Debus (1997) sugere, ainda, a formação de, no mínimo, dois grupos para cada variável de acordo com o tema. Os grupos devem ser organizados até que o assunto deixe de ser novo. No caso de dois grupos sobre o mesmo tema produzirem resultados totalmente diferentes, para que se possa explorar esta diferença, são necessários grupos adicionais a fim de que os resultados da investigação sejam compreensíveis e utilizáveis. Entretanto, de acordo com a questão de estudo e/ou agregando outras técnicas de pesquisa, é viável proceder à realização de um único grupo focal.

Outra importante variável para realizar os grupos focais é o local, que deve seguir algumas recomendações como privacidade, neutralidade, conforto, acessibilidade, acomodações, promoção de contato ocular entre os participantes (DEBUS, 1997).

Na realização dos grupos focais, é importante destacar o papel do moderador que diferentemente do entrevistador, cujo foco é o indivíduo, possui a função de facilitar o processo de discussão, e sua ênfase está nos processos psicossociais que emergem, ou seja, no jogo de interinfluências da formação de opiniões sobre um determinado tema (GONDIN, 2003). A unidade de análise do grupo focal, no entanto, é o próprio grupo. Se uma opinião é esboçada, mesmo não sendo compartilhada por todos, para efeito de análise e interpretação dos resultados, ela é referida como do grupo (GONDIN, 2003).

Conforme Morgan (1997), um moderador deve procurar cobrir a máxima variedade de tópicos relevantes sobre o assunto e promover uma discussão produtiva. A elaboração de um guia de temas, segundo Dall'Agnol e Trench (1999), que traz os objetivos e as questões a serem tratadas, poderá nortear a discussão e facilitar o papel do moderador. Se o guia de temas tiver planejamento adequado, a investigação poderá ser substancialmente mais produtiva (DEBUS, 1997). A confecção do guia de temas é realizada antes da realização dos grupos, e a quantidade de detalhes vai depender da experiência do moderador, que, se for

iniciante, poderá precisar de mais detalhes no guia para conduzir a sessão. Talvez lhe seja útil, uma lista de perguntas que norteará a discussão (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

O papel do observador no grupo focal, também é de suma importância para o sucesso da técnica. A ele cabe registrar o que aconteceu no grupo, no todo, e em suas peculiaridades e auxilia conduzir a sessão com o objetivo de obter esclarecimentos quando necessário. Apesar de suas ações não serem tão visíveis quanto às do moderador, exigem dele atenção e habilidade de análise e síntese (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Meyer (2004) enuncia que o observador tem função essencial no registro dos acontecimentos objetivos e subjetivos durante a sessão e é responsável pelo manuseio dos equipamentos de áudio e vídeo. No final, faz suas considerações confirmando ou não as percepções do moderador.

Para esta pesquisa, optou-se pela realização de quatro grupos focais, sendo dois grupos de idosos com idades entre 60 e 79 anos, e dois com 80 anos ou mais, considerando que a temática incapacidade funcional no idoso pode estar ligada à idade.

Os grupos foram constituídos com seis a dez 10 idosos, conforme indica Morgan (1997). No primeiro momento da realização das entrevistas individuais, consideraram-se dez idosos, que foram convidados a participar dos grupos de acordo com os critérios de inclusão, considerando-se então, um possível absenteísmo de até 40%.

Para melhor entendimento, os quatro grupos são referenciados conforme abaixo:

- GF1 e GF 2 – Grupos focais constituídos por idosos com idades entre 60 e 79 anos;
- GF3 e GF4 – Grupos focais constituídos por idosos com idade maior que 80 anos

A dinâmica dos Grupos Focais foi organizada em um ambiente calmo, silencioso e confortável, com acesso facilitado no Centro de Saúde Escola (CSE) Prof.ª Dr.ª Maria Herbênia Oliveira Duarte, que fica próximo à residência dos idosos. A coordenação da dinâmica foi realizada pela pesquisadora, com auxílio da orientadora e de um pós-graduando com experiência em trabalhar com idosos, que ficou como observador e também responsável pela gravação de áudio das

discussões entre a pesquisadora e os idosos e pelas anotações no diário de campo *in loco* do conteúdo das manifestações dos participantes. O gravador de áudio foi ligado no início de cada grupo focal, mediante autorização dos participantes, e só foi desligado depois que todos se retiraram do local para que as manifestações feitas depois do término formal do grupo fossem registradas. A duração média dos grupos foi de 75,5 minutos.

Durante a apresentação, a pesquisadora e os coordenadores/ moderadores explicaram suas atribuições, e o observador esclareceu que não teria participação verbal e que permaneceria com a tarefa de registrar os movimentos importantes do grupo e os fatos relativos ao ambiente. Foram explicados os objetivos do grupo, e os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O moderador utilizou-se de um guia de temas, como proposto por Dall'Agnol e Trench (1999), para contemplar os objetivos dos grupos, que foi o conceito de incapacidade funcional de acordo com seus antecedentes, atributos e consequências (APENDICE D).

Para a inclusão dos idosos no estudo, foram considerados os seguintes critérios:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Ter habilidade suficiente para expressar, sem comprometimento cognitivo avaliado pelo desempenho no MEEM segundo pontos de corte proposto por Bertolucci *et al* (1994);
- Morar em Ribeirão Preto/SP.

5.3 Procedimentos éticos

Foi solicitada autorização para a gestora do Centro de Saúde Escola para realizar a coleta dos dados e formar os grupos focais na unidade (APÊNDICE E).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERPUSP) sob o protocolo nº 06347512.1.0000.5393 (ANEXO E). Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram elaborados pela pesquisadora, conforme Diretrizes

e Normas Regulamentares de Pesquisa que envolve seres humanos, Resolução nº196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro 1996.

Os TCLE foram lidos e assinados pelo idoso nas duas etapas da fase de campo em duas vias. Uma ficou com a pesquisadora (APÊNDICES F e G).

5.4 Análise dos dados

Os dados obtidos das entrevistas individuais e dos grupos focais foram organizados em bancos de dados preparados especificamente para cada etapa da coleta dos dados. Para analisar a primeira etapa da coleta de dados, foi elaborada uma planilha de dados no programa *Microsoft Excel,* contendo um dicionário *(codebook)* e duas planilhas utilizadas para a validação por dupla entrada (digitação). Na análise de conteúdo temática, utilizou-se o software ALCESTE 4.8, com a preparação inicial dos grupos e a formação de dois textos - um composto pelos grupos de idosos com idade entre 60 e 79 anos, e outro, pelos grupos de idosos com 80 anos ou mais. Tais textos, denominados *corpus*, posteriormente foram anexados ao programa para análise.

O software realiza uma análise quantitativa de dados textuais classificando de maneira semiautomática as palavras para o interior de um *corpus.* Para tal, segmenta e estabelece as semelhanças entre os segmentos e hierarquias de classes de palavras.

Para Braun e Clarke (2006) a análise divide-se em seis etapas, que foram seguidas, neste estudo, a saber:

- **Familiaridade com os dados:** consiste na transcrição dos grupos focais, na releituras dos dados e anotação de dados iniciais;
- **Geração de códigos**: codificação de forma sistemática das características dos dados em comum, agrupamento;
- **Procura de temas**: reunião dos dados relevantes para agrupamento e formação de temas potenciais;
- **Revisão de temas**: verificação da relação dos temas com os dados (Nível 1) e geração da temática para análise (nível 2);

- **Definição e nomenclatura dos temas**: análise para refinar a especificidade de cada tema, geração e definição de nomes para cada tema;
- **Elaboração do relatório**: essa é a última oportunidade de analisar os extratos. Trás a análise para a pergunta da pesquisa, foram realizadas as interpretações previstas no quadro teórico e permitiu a redação final de um relatório acadêmico.

Segundo Braun; Clarke (2006), a ordem não precisa necessariamente ser seguida, o pesquisador tem a liberdade de retornar a primeira etapa, quando julgar necessário.

5.5 Apresentação dos resultados da FASE DE CAMPO

5.5.1 Caracterização dos grupos focais

Foram compostos quatro grupos focais, com total de 30 idosos sendo - dois com idades entre 60 e 79 anos e dois grupos de idosos com 80 anos ou mais. Os grupos 1 (GF1) e 2 (GF2) foram dos idosos mais jovens, compostos por 12 (40%) idosos - sendo 10 (83%) do sexo feminino e dois do masculino; a média de idade foi de 67,9 anos; quanto ao estado civil, cinco (41,6%) eram viúvos, quatro (33,4%), eram casados, dois (16,6%), divorciados, e um, solteiro. A média de escolaridade foi de 6,4 anos, 11 (91,6%) eram aposentados. Quanto ao desempenho cognitivo e funcional, a média do MEEM foi de 26,6, e para o desempenho funcional, a média da MIF foi de 117,5, caracterizando os idosos com Independência modificada ou completa.

Os grupos 3 (GF3) e 4 (GF4) de idosos mais velhos foram composto por 18 idosos, sendo 16 (88,9%) do sexo feminino e dois do masculino; a média de idade foi de 84,1 anos, e a da escolaridade, de 4,2 anos. Quanto ao estado civil, houve prevalência de viúvos (12; 66,7) seguido dos casados (3; 16,7%), solteiros (2; 11,1%) e um divorciado; 10 (55,6%) eram aposentados. Quanto ao desempenho

cognitivo, a média do MEEM foi de 23,75 e da MIF foi 109, o que indica que os idosos destes grupos também têm Independência modificada ou completa.

A Tabela 1 mostra a caracterização dos participantes dos grupos focais individualmente.

Tabela 1 – Caracterização dos idosos segundo grupos focais, sexo, idade, escolaridade, escores do MEEM e na MIF. Ribeirão Peto, 2013.

GRUPO FOCAL	Sujeito	Sexo	Idade	Escolaridade (em anos)	MEEM	MIF TOTAL
	1	F	67	4	28	124
	2	F	60	12	30	126
	3	F	63	0	25	126
GF 1	4	F	73	14	30	125
	5	F	69	3	27	125
	6	F	67	8	30	126
Média GF1			**66,5**	**6,8**	**28,3**	**125,3**
	16	F	74	3	21	119
	17	F	73	3	24	104
GF 2	18	F	74	11	28	107
	19	M	64	4	24	110
	20	M	61	11	27	123
	21	F	70	4	26	97
Média GF2			69,3	6	25	110
Média GF1+GF2			**67,9**	**6,4**	**26,6**	**117,5**
	7	F	81	4	25	125
	8	F	84	4	27	116
	9	F	80	4	23	124
GF 3	10	F	80	4	22	120
	11	F	83	4	28	111
	12	F	83	0	23	113
	13	F	82	4	25	120
	14	F	93	0	20	118
	15	F	86	4	26	119
Média GF3			**83,5**	**3,1**	**24,3**	**118,4**
	22	F	83	4	24	92
	23	M	81	8	24	94
	24	M	83	3	20	103
	25	F	82	4	22	101
GF 4	26	F	85	4	25	113
	27	F	85	15	26	97
	28	F	89	4	20	91
	29	F	91	3	25	107
	30	F	84	4	23	100
Média GF4			84,7	5,4	23,2	99,6
Média GF3+GF4			**84,1**	**4,2**	**23,7**	**109**

5.5.2 Significação dos Grupos Focais

Após a digitação dos grupos focais, foram identificadas as categorias assim como realizado na Fase Teórica com o proposito de facilitar a compreensão dos significados atribuídos pelos participantes dos grupos que emergiram da compreensão do conceito de incapacidade funcional segundo seus antecedentes, atributos e consequências.

ANTECEDENTES

Os antecedentes identificados nesta fase de Campo contemplam cinco (5) categorias, assim como os dados da Fase Teórica e estão descritas a seguir:

CATEGORIA 1 - Relacionados ao envelhecimento e às condições de saúde

ANTECEDENTES
Idade avançada
Presença de condições crônicas e/ou comorbidades
Déficit visual
Problemas musculoesqueléticos e osteoarticulares (osteoporose, problemas de coluna, fraturas)
Problemas neurológicos (perda de memória, doenças neurodegenerativas)
Problemas relacionados a equilíbrio (labirintite, tontura)
Dor
Fragilidade
Tremores

Quadro 18 – Antecedentes da incapacidade funcional em idosos relacionados ao envelhecimento e às condições de saúde – Fase de Campo

CATEGORIA 2 - Relacionados à limitação funcional prévia e a quedas

ANTECEDENTES
Alteração da mobilidade (marcha)/Tranferências (alterações do aparelho locomotor, cirurgias prévias diminuição de força)
Limitação para realização das AVDs
Diminuição de força
Queda
Medo de cair

Quadro 19 – Antecedentes da incapacidade funcional em idosos relacionados à limitação funcional prévia e a quedas – Fase de Campo

CATEGORIA 3 - Relacionados aos hábitos de vida

ANTECEDENTES
Má alimentação
Horas de sono inadequadas (poucas horas de sono)
Obesidade
Uso de bebidas alcoólicas
Excesso de trabalho
Falta de cuidados com a saúde

Quadro 20 – Antecedentes da incapacidade funcional em idosos relacionados aos hábitos de vida – Fase de Campo

CATEGORIA 4 - Relacionados a fatores sociais

ANTECEDENTES
Baixa renda
Pouca participação social
Incapacidade de ajudar outras pessoas

Quadro 21 – Antecedentes da incapacidade funcional em idosos relacionados a fatores sociais – Fase de Campo

CATEGORIA 5 - Relacionados a fatores ambientais

ANTECEDENTES
Mobilidade urbana
Más condições urbanísticas (calçadas, poluição do ar, dificuldades de acesso).
Medo da violência
Avanço tecnológico (caixas eletrônicos, celulares)

Quadro 22 – Antecedentes da incapacidade funcional em idosos relacionados a fatores ambientais – Fase de Campo

ATRIBUTOS

A seguir, demostram-se as palavras identificadas na fala dos idosos na realização dos grupos focais que substituem o conceito incapacidade funcional.

ATRIBUTOS
Incapacidade
Incapaz
Não realizar as atividades cotidianas
Incapacidade/Dificuldade para realizar as AVDs
Problemas com mobilidade/transferência
Limitação
Não poder trabalhar
Não sair sozinho
Não realizar as atividades de lazer
Ter dificuldade para realizar atividades
Deficiência
Não fazer o que quer
Perda das funções corporais
Ficar invalida
Corpo não obedece
Ter Necessidade
Invalidez

Quadro 23 – Atributos da incapacidade funcional em idosos – Fase de Campo

CONSEQUÊNCIAS

As consequências descritas pelos idosos estão descritas abaixo em 3 categorias.

CATEGORIA 1 - Relacionadas à morbimortalidade, às percepções de saúde e a qualidade de vida

CONSEQUÊNCIAS
Morte
Piora da condição de saúde
Pessoa fica doente
Diminuição da Qualidade de Vida
Dificuldade de fazer o que fazia antes
Não realizar as atividades cotidianas

Quadro 24 – Consequências da incapacidade funcional em idosos relacionadas à morbimortalidade, às percepções de saúde e a qualidade de vida – Fase de Campo

CATEGORIA 2 - Relacionados à necessidade de assistência/cuidados ou presença de terceiros/cuidadores

CONSEQUÊNCIAS
Institucionalização
Dependência
Necessidade de ajuda
Acamado
Necessidade de cuidados
Perda autonomia
Realizar as atividades de forma adaptada (*coping*)
Lentidão

Quadro 25 – Consequências da incapacidade funcional em idosos relacionadas à necessidade de assistência/cuidados ou presença de terceiros/cuidadores – Fase de Campo

CATEGORIA 3 - Relacionados a fatores sociais e emocionais

CONSEQUÊNCIAS
Parar de trabalhar
Diminuir a participação social
Parar com as atividades de lazer
Decepção
Irritação
Tristeza
Depressão
Infelicidade
Vergonha
Frustração

Quadro 26 – Consequências da incapacidade funcional em idosos relacionadas fatores sociais e emocionais - Fase de Campo

A Figura 6 apresenta a síntese dos resultados da fase de campo – Componentes do Conceito de Incapacidade Funcional em idosos - Fase de Campo.

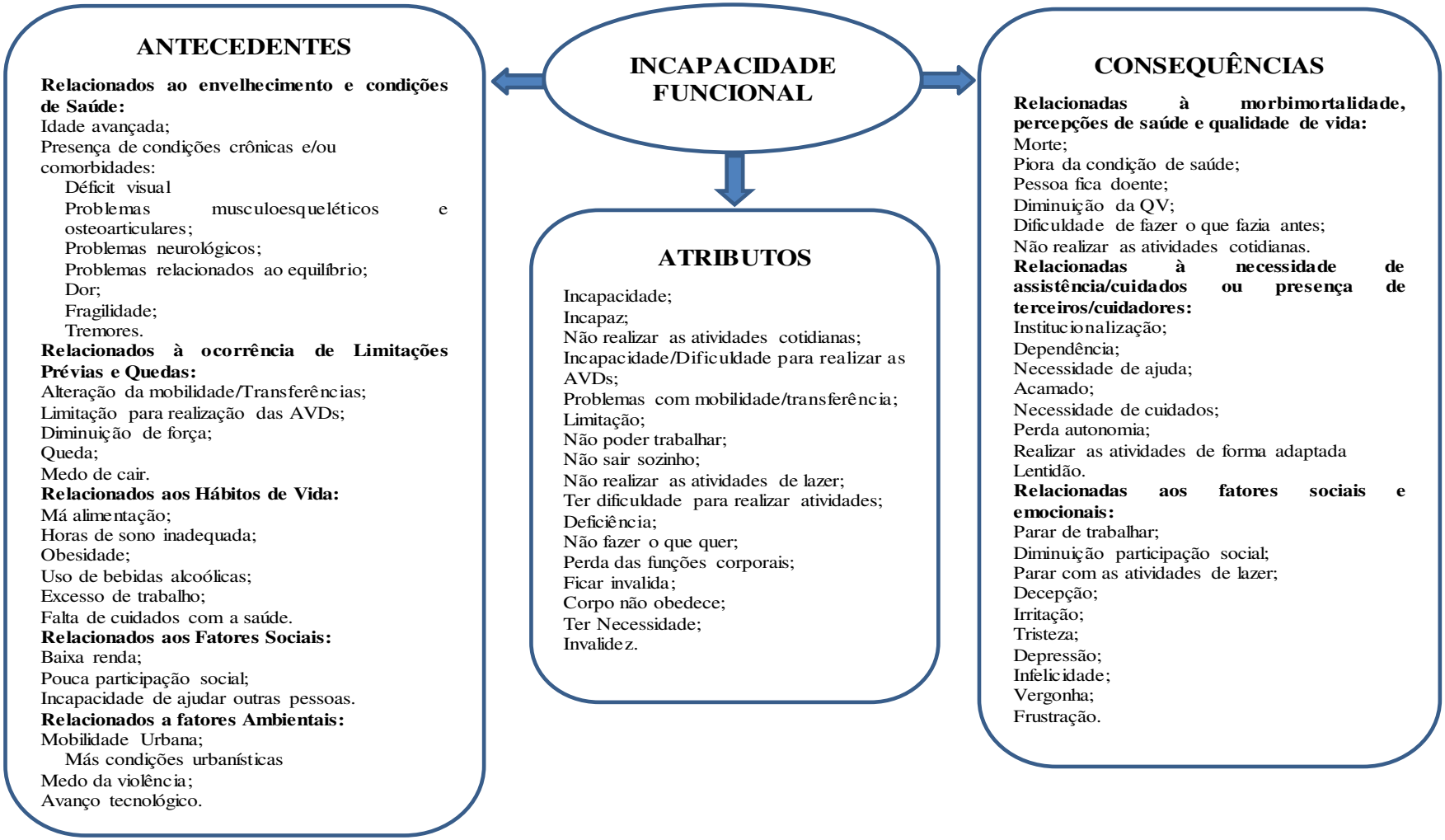


Figura 6 – Componentes do Conceito de Incapacidade Funcional em idosos na Fase de Campo.

6. FASE ANALÍTICA FINAL

FASE ANALÍTICA FINAL do conceito de incapacidade englobando a Fase Teórica e de Campo.

Nesta fase do Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceito, relaciona-se os achados do trabalho de campo e reexamina os dados encontrados na Fase Teórica na busca por pontos semelhantes e divergentes entre as fases.

Nessa avaliação, pode-se identificar que os componentes (antecedentes, atributos e consequências) do conceito de incapacidade funcional em idosos foram similares, porém com aspectos divergentes a serem discutidos a seguir. Talvez o mais importante seja de que o conceito permitirá que os enfermeiros compreendam mais para utilizar uma mesma linguagem para o planejamento de protocolos de cuidado ao idoso, para a tomada de decisões.

A ocorrência da incapacidade funcional em idosos está relaciona a vários fatores, entre eles, os antecedentes que merecem destaque foram os relacionados ao envelhecimento e às condições de saúde. Na **Fase Teórica,** a **IDADE AVANÇADA** (artigos 1, 2, 3, 7, 8,10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 32, 33, 35, 36, 37, 39, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58) e a **PRESENÇA DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E/OU COMORBIDADES** (artigos 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56) foram fortemente relacionadas à incapacidade funcional. Os artigos analisados consideram como principais condições incapacitantes os problemas musculoesqueléticos e articulares, como osteoporose, artrite, artrose, sarcopenia e fraturas; os problemas neurológicos como Acidente Vascular Encefálico (AVE), comprometimento cognitivo, doenças neurodegenerativas, traumatismo cranioencefálico e tumores.

Na **Fase de Campo**, verificou-se que a percepção dos idosos quanto à incapacidade funcional também identifica a **idade avançada** e a **presença de condições crônicas/comorbidades** como os principais antecedentes desta condição. Para os idosos, as principais condições crônicas incapacitantes são o déficit visual, problemas relacionados ao equilíbrio, neurológicos, principalmente a perda da memória, e os problemas musculoesqueléticos e osteoarticulares, como os de coluna, osteoporose e fraturas. Relatam também dores e fragilidade, porém com menos frequência.

Na Fase Teórica, os autores também abordam os problemas relacionados a déficits sensoriais e relacionados ao equilíbrio como antecedentes da incapacidade, porém apenas em poucos artigos.

No Brasil, anualmente, cerca de 650 mil idosos são incorporados à população brasileira, sendo que grande parte deles apresenta cronicidade das doenças que os acometem, gerando interferências na capacidade funcional (VERAS, 2009).

No decorrer do processo de envelhecimento, há uma redução da capacidade de adaptação perante situações de sobrecarga funcional do organismo (CARVALHO FILHO, 1996, p. 63) que pode ser resultante de diversos fatores como os genéticos, os relacionados ao estilo de vida e/ou agravos não transmissíveis. Esses fatores determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente ocasionando vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte. Portanto, as pessoas que envelhecem, apresentam mais predisposição ao surgimento de condições crônicas que, se não forem adequadamente tratadas ou controladas, podem levar à incapacidade e à perda da autonomia, e gerar a dependência (SILVA; GALERA; MORENO, 2007).

Covinski (2006) e Ferrucci et al. (1996) citam duas formas de instalação do comprometimento funcional. A primeira chamada de “catastrófica”, que acomete o indivíduo de forma abrupta como a ocorrência de um AVE, e a segunda, de forma progressiva, com início pouco perceptível para o indivíduo e evolução progressiva e gradativa, como o que ocorre com as doenças osteoarticulares.

Estudos têm mostrado que as doenças crônicas apresentam forte associação com a incapacidade funcional em idosos (COVINSKI et al., 2008; KLIJS et al., 2011; LIN et al*.,* 2010), dentre elas destacam-se as osteoarticulares (COVINSKI et al., 2008; SONG; CHANG; DUNLOP, 2006; SOUZA et al., 2009; VELASQUEZ et al., 2011), as neurológicas - as doenças relacionadas ao déficit cognitivo e à perda de memória, como a doença de Alzheimer (LIU et al., 2007; MONACI; MORRIS, 2012; RICCI et al., 2009; TALMELLI et al., 2013), as sensoriais, como déficit visual e auditivo (FREEDMAN et al., 2008; MURRAY; LOPEZ, 1996; STEINMAN; ALLEN, 2012), a depressão (LORENZ, 2010; SUTTAJIT et al., 2010), a diabete Mellitus (KALYANE et al., 2010; VELASQUEZ et al., 2011) e as cardiopatias (VELASQUEZ et al., 2011).

Foram referidas também como antecedentes na Fase Teórica as seguintes condições crônicas: Depressão, DM, Cardiopatias, Câncer, Dor, Doença Pulmonar, Hipertensão Arterial Sistêmica, Anemia, IRC em Hemodiálise, o uso de polifármacos/quimioterápicos, e o número de visitas médicas anteriores. Porém foram poucos os artigos que destacaram tais condições, as quais não foram mencionadas pelos idosos na Fase de Campo.

Outros fatores antecedentes à incapacidade e identificados na **Fase Teórica** estão relacionados à ocorrência de limitações prévias e quedas, estão descritas como **LIMITAÇÃO FUNCIONAL** (artigos 1, 6, 10, 11, 12, 18, 32, 40, 41, 49, 53). Os autores consideram que os idosos que já apresentam algum tipo de limitação, estão mais propensos a desenvolver a incapacidade funcional quando comparados com aqueles que não a possuem. Alguns autores foram mais específicos quanto a essa limitação considerando a **ALTERAÇÃO DA MOBILIDADE (deambulação) e TRANSFERÊNCIAS** (artigos 10, 15, 21, 26, 28, 30, 31, 44, 55), **LIMITAÇÃO FÍSICA** (artigos 2, 6, 10, 29, 44, 56) e **LIMITAÇÃO PARA REALIZAR AS AIVDs** (artigos 2, 14, 48, 49, 56). Na **Fase de Campo**, os antecedentes relacionados são a **Alteração da Mobilidade (marcha) e Transferência,** e a **limitação para realização das AVDs.** Os idosos referiam que a ocorrência de algum tipo de limitação prévia era considerada como um fator prévio à incapacidade como as dificuldades de abaixar e levantar, de realizar as AVDs e das atividades cotidianas (essas dificuldades são secundárias às alterações do aparelho locomotor, cirurgias prévias e diminuição de força).

As incapacidades prévias identificadas como antecedentes em ambas as fases deste trabalho levam a pensar em estratégias que, possivelmente evitariam a incapacidade futura. Com o processo de senescência e o aparecimento de condições crônicas, o indivíduo está sujeito a alterações fisiológicas e estruturais que podem comprometer suas capacidades de modo lento e progressivo e que, de início não compromete sua vida independente, dentre estas alterações, estão a diminuição de força e da massa muscular.

Ainda neste sentido, a ocorrência da **FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA** (artigos 1, 12, 13, 27, 28, 41, 44, 58) também foi demostrada em ambas as fases como um dos antecedentes da incapacidade em idosos. Está associada ao processo de envelhecimento, à inatividade física, a imobilidade e a fatores hormonais e nutricionais (DOHERTY, 2003). A diminuição de força muscular em idosos pode ser

secundária à diminuição da massa muscular, o que pode estar associado à diminuição da funcionalidade (JANSSEN, 2011).

Rosenberg (1989) chama de sarcopenia essa diminuição da massa muscular e refere ser secundária às alterações anatômicas que ocorrem em função do envelhecimento, com redução da massa muscular e, consequentemente, da força. Greenlund e Nair (2003) referem que há diminuição do gasto metabólico basal devido à menor quantidade de tecido magro e de células metabolicamente ativas presentes nos músculos. Neste sentido, percebe-se uma redução da atividade física em idosos e aumento do sedentarismo (NAIR, 2005). A literatura documenta a relação entre sarcopenia e déficit de atividade física (JANSSEN, 2006).

A sarcopenia ou perda de massa magra que decorre do envelhecimento não é uma doença em si, pois ocorre mesmo em atletas com o avançar da idade. Estima-se que evolua de 20% na sétima década de vida para 50% na nona década, com uma média de 1% ao ano de perda de massa magra ou muscular e redução de 20 a 40% de força voluntária contrátil máxima em membros superiores e inferiores em idosos entre a sétima e a oitava décadas de vida. Esta afeta prioritariamente, as fibras musculares do tipo II (responsáveis pelos movimentos rápidos), poupando as do tipo I (que respondem pelos movimentos lentos).(JANSSEN, 2006). Está também está relacionada à ocorrência da fragilidade em idosos.

Delmonico et al. (2007) e Visser et al. (2000) encontraram que idosos com sarcopenia tem os piores desempenhos em atividade como caminhadas, transferências e subir degraus sem descanso. Os idosos da Fase de Campo relataram a dificuldade de desempenhar atividades cotidianas devido à “fraqueza muscular” como lavar e estender roupas no varal, abaixar e levantar, atividades como antecedentes à incapacidade.

A ocorrência de **quedas** foi outro antecedente fortemente considerado pelos idosos na Fase de Campo juntamente com o **medo de cair**, porém na **Fase Teórica** poucos autores consideraram a **QUEDA** (artigos 26, 31, 44) como um fator preditivo para a incapacidade, e o medo de cair não foi revelado na literatura.

Ainda na **Fase de Campo**, os idosos relataram que deixaram de realizar as atividades por apresentarem recorrência de quedas e assim referiram medo de cair novamente, principalmente na rua. Diante desses relatos, privam-se de utilizar transporte coletivo, participar de atividades sociais e também de dependerem de

terceiros para realizar atividades fora de casa. Os idosos com dificuldades também disseram que houve piora da incapacidade depois da ocorrência de quedas.

A queda é definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a instabilidade, pode ser pela própria altura, de uma escada ou mobília. (AGUIAR; ASSIS, 2009; BUKSMAN et al., 2008; PERRACINI 2005; RESNICK, 1999).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a cada ano, 37,3 milhões de idosos sofrem quedas e precisam de assistência médica (OMS, 2010). Fhon et al. (2013) descobriram em seu estudo com idosos que vivem na comunidade, uma prevalência de quedas de 33,3%. Quanto mais idosa a população, maior a incidência e a gravidade das quedas, chegando a 50% ao ano entre indivíduos acima de 85 anos que vivem na comunidade, e até três vezes mais entre os que se encontram hospitalizados ou institucionalizados (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2001).

Dentre os fatores de risco para quedas, estão idade acima de 80 anos, gênero feminino, histórico de AVE, fraturas ou quedas prévias, artrites, doenças neurológicas, baixo nível cognitivo e fragilidade (CIGOLLE et al., 2007; DANDREA et al., 2010; FHON et al., 2013; KERR et al., 2010; TINETTI; KUMAR, 2010).

A ocorrência de quedas em idosos traz consequências além das físicas, implicações sociais e psicológicas significativas, uma vez que reduz a segurança nas próprias habilidades e leva à perda da autoconfiança, ao isolamento social e à crescente inatividade, o que aumenta o risco de reincidência. Muitos idosos jamais recuperam a habilidade de caminhar e os níveis de independência que tinham antes de cair. Além disso, o medo de cair tem as mesmas implicações até mesmo entre os idosos que nunca caíram (DELBAERE et al., 2010; FRIEDMAN; MARTIN; SCHOENI, 2002; HAUER et al., 2002; ZIJLSTRA et al., 2005).

Foi verificado também que fatores relacionados aos hábitos de vida contribuem para a ocorrência de incapacidade em ambas as fases. A literatura apresenta a influência destes na capacidade do idoso em desenvolver atividades, como a Alteração do IMC, com destaque para a obesidade. Os artigos da **Fase Teórica** apresentaram que valor do IMC está relacionado à capacidade funcional. Alguns autores consideraram a **OBESIDADE (**artigos 4, 11, 13, 24, 29, 34, 41, 54, 55) como um fator preditivo à incapacidade; outros identificaram o **BAIXO PESO**

(artigos 4, 14, 24, 28, 41) como antecedente, e ainda alguns consideraram a alteração do peso somente, isto é **ALTERAÇÃO/ OSCILAÇÃO DO IMC** (artigos 1, 13, 27, 41). Na **Fase de Campo,** os idosos consideraram também a **Obesidade** como um fator que os predispõem à incapacidade funcional.

Os potenciais riscos que a obesidade traz aos idosos tem recebido recentemente considerável atenção. Fried e Guralnik (1997); Jenkins (2004) e Wu et al. (2007) demonstraram que o resultado da obesidade tem contribuído para o aumento da incapacidade funcional em idosos. Em contrapartida, autores como Ferraro et al. (2002) e Wu, Mccrone e Lai et al. (2008) mostraram que aqueles idosos que estão abaixo do peso apresentam mais riscos de desenvolverem incapacidades. Porém para este último autor, esta associação foi significativa apenas na população de idosos considerados mais velhos.

Neste sentido, foram verificados alguns outros hábitos de vida que contribuem para a ocorrência de incapacidade funcional em idosos, na **Fase Teórica**, como a **INATIVIDADE FÍSICA**, alguns autores (artigos 13, 14, 47,53, 55, 58) consideraram a falta de atividade física, o repouso prolongado e o sedentarismo como um preditivo da incapacidade em idosos. Na **Fase de Campo**, identificaram-se a **falta de atividade física e o sedentarismo,** e os idosos consideraram ainda a realização de atividade física como uma das formas de se evitar a mesma.

Del Duca et al. (2011) descreveram, em seu estudo com idosos em Instituições de Longa Permanência, que os inativos apresentaram maior número de incapacidade na realização de atividades. Vários estudos têm verificado a associação entre incapacidade funcional em idosos e estilo de vida, e trazem os benefícios da atividade física na contramão às consequências dos hábitos sedentários, principalmente na realização das AVDs (BEN- EZRA; SHMOTKIN, 2006; HAIGHT et al. 2005; HARDY; GILL 2005; PELEGRIN et al., 2008). Chakravarty et al. (2008) referem que a prática de exercício físico tem sido grande aliado, pois reduz os efeitos deletérios associados ao envelhecimento, à imobilidade e às doenças relacionadas ao avanço da idade. Eles acrescentam que a prática da atividade é como uma oportunidade de socialização. Baixos níveis de atividade aumentam progressivamente a dependência, debilitam a saúde geral e qualidade de vida, o que reflete futuramente para o indivíduo altos custos com provisão de cuidados domiciliares, institucionalizações e internações hospitalares (TINETTI; WILIAM, 1997).

A Organização Mundial de Saúde em sua política de incentivo ao envelhecimento ativo, refere, especificamente, que a atividade física é capaz de reduzir a ocorrência de doenças crônicas, quedas, declínios cognitivos, promovendo benefícios como aumento/manutenção da capacidade aeróbia e massa muscular, melhora da autoestima e da autoconfiança do idoso (WHO, 2005). Autores como Kulmala et al.,(2009) e Tinetti (2010) reforçam que o sedentarismo é um grande alvo de preocupações para ações preventivas, e a inatividade agrava as perdas musculares decorrentes do envelhecimento, predispondo à fragilidade, a incapacidade e a quedas. Na **Fase de Campo**, os idosos mencionaram não somente a ausência de atividades físicas, mas também as que utilizam a memória, a exemplo o **treino/exercícios cognitivos** como leituras, jogos e palavras-cruzadas.

Outros fatores relacionados aos hábitos de vida tiveram menor frequência, como o **TABAGISMO,** na **Fase Teórica**; entretanto, a **má alimentação, dormir mal, abuso de bebidas alcoólicas, excesso de trabalho na juventude e falta de cuidados com a saúde** tiveram destaque nos relatos dos idosos, na **Fase de Campo**. Eles afirmam que uma boa alimentação ao longo da vida e o uso de bebidas alcoólicas, com moderação, poderiam evitar a incapacidade na fase do envelhecimento e que excesso de trabalho manual, associado a outros hábitos de vida não saudáveis, teve como consequência, várias dificuldades no envelhecimento, dentre elas, desgastes musculoesqueléticos e articulares.

As influências dos hábitos de vida na incapacidade funcional em idosos são descritas por alguns autores como controversa. Os estudos de LaCroix et al. (1993); Wang et al.(2002), Wu, Maccrone e Lai et al. (2008), mostraram que o uso de bebidas alcoólicas não teve relação com a piora da incapacidade funcional em idosos, assim como o hábito de fumar para Wu, Maccrone e Lai et al. (2008). Já Hubert et al. (2002) mostraram que a combinação entre tabagismo, etilismo e inatividade física tem impacto significante na piora da incapacidade em 12 anos.

Dentre os antecedentes relacionados aos fatores sociais e emocionais, na **Fase Teórica**, foram identificadas a **DIMINUIÇÃO DA REDE SOCIAL/PIORA DAS RELAÇÕES** (artigos 7, 8, 10, 14, 21, 33, 35, 36, 38) e a **LIMITAÇÃO EM ATIVIDADES SOCIAIS E PARTICIPAÇÃO** (artigos 20, 33, 49, 52), na **Fase de Campo** os idosos consideraram a **pouca participação social** como um antecedente. Eles referiram que idosos que não participam de grupos comunitários, como de artesanato, igrejas e círculos de amizade estão mais propensos a ficar

incapacitados, pois acreditam que a atividade de lazer fora de casa proporciona bem-estar, diminui a ansiedade, a depressão e relacionam como fator protetor para o desenvolvimento de incapacidades.

Poucos são os estudos que apontam a relação entre as relações sociais e o aparecimento ou piora da incapacidade funcional em idosos, Mendes de Leon, Glass e Berkman (2003) identificaram que atividades sociais e contato com amigos e parentes, inclusive crianças, reduziu o risco do aparecimento precoce de incapacidade nos idosos.

Outros fatores sociais identificados como antecedentes na **Fase Teórica**, porém em poucos artigos, foi a **BAIXA PERCEPÇÃO DE SAÚDE (**artigos 4, 8, 36, 54, 55)**.** Os autores concebem que idosos com piores percepções sobre sua saúde estão mais propensos a desenvolverem incapacidades, assim como aqueles que **MORAM SEM COMPANHEIROS (**artigos 33, 36, 47). Schoeni et al. (2008) apontam que idosos que vivem sem companheiro estão mais propensos a desenvolver incapacidades quando comparados com os que vivem com companheiro. Na **Fase de Campo**, os idosos também consideram como fatores predisponentes a b**aixa renda** e **a incapacidade de ajudar outras pessoas.** Os participantes dos grupos focais referiram que se sentiam incapazes quando não podiam ajudar outras pessoas em situações de doença ou de dificuldades financeiras. Uma das hipóteses para esta situação pode estar associada à ausência das incapacidades nos idosos dos grupos focais.

Verificou-se também que os fatores ambientais, mesmo que citados em menor frequência, podem contribuir para a incapacidade funcional em idosos. Em ambas as fases, as dificuldades relacionadas a **MOBILIDADE URBANA,** como as más condições urbanas podem anteceder a incapacidade funcional. Na **Fase Teórica**, os autores consideraram que as calçadas inadequadas, a poluição do ar e as dificuldades de acesso (artigos 13, 30, 40) são os principais agravantes, assim como na **Fase de Campo,** em que os idosos também destacaram a dificuldade de se mover para fora de casa, sendo que os principais obstáculos são **as calçadas** (más condições de conservação), e o **uso do transporte público** (escadas altas, paradas longe das calçadas, dificuldades de acesso visual aos painéis informativos de destino).

Mobilidade é a capacidade física de se movimentar e realizar atividades fora do ambiente domiciliar, ou seja, atividades externas à sua casa. Esse deslocamento pode ocorrer por motivos diversos, como uma visita a um amigo,

consulta médica e pode ser ainda a pé, de bicicleta ou de automóvel (MERCADO et al., 2007). Pode ainda ser mensurada por meio de um enfoque hierárquico, iniciando-se com tarefas simples, como se transferir da cama para a cadeira e progredir para as tarefas mais complexas, como caminhadas de curtas e longas distâncias, subir e descer escadas, atividades que exigem amplitude de movimento, resistência e força muscular (GURALNIK; FRIED; SALIVE, 1996)

Suen e Sen (2004) incluem ainda no conceito de mobilidade, a autonomia, ou seja, é a pessoa poder deslocar-se quando e para onde tiver vontade, estando bem informada sobre as opções e meios para esse deslocamento, saber utilizá-los e poder provê-los. A mobilidade é referida por idosos como requisito importante para sua saúde física e mental (COBB; COUGHLIN, 2004).

A mobilidade é uma característica fundamental das sociedades modernas e extrapola a compreensão de ser somente uma necessidade humana de movimentos físicos. Nos ambientes urbanos, nos quais os espaços construídos foram funcional e espacialmente separados para ofertar bens e serviços e áreas de moradia, a mobilidade passou a ser pré-requisito para participação social do homem (MERCADO et al., 2007).

A mobilidade urbana é um atributo das cidades, relativo às facilidades de deslocamento das pessoas e de bens no espaço urbano que ocorre por meio de veículos, vias e toda infraestrutura visando o ir e vir cotidiano (NUNES, 2009). Barreto (2012) refere que, para os indivíduos mais velhos, a mobilidade é um importante indicador da capacidade funcional desta população. Esse é um fator que retarda o início da incapacidade e da fragilidade, já que permite ao idoso uma vida participativa e independente e favorece sua participação social.

A dificuldade da mobilidade urbana, associada a outros problemas sociais, também foi um dos destaques que surgiu na **Fase de Campo**, com destaque para o **Medo da Violência.** Os idosos relataram aspectos essenciais que contribuem para o aumento da incapacidade, que não é somente do indivíduo, mas também resultado de fatores externos, mesmo entre aqueles que não apresentavam problemas com mobilidade. Os idosos mais jovens (60-79 anos) referiram que a violência urbana tem contribuído dificultar o desenvolvimento das atividades físicas, como as caminhadas fora de casa. Eles afirmam que necessitam de companhia para realizar atividades instrumentais, como ir ao banco, fazer compras e atividades sociais, fora de casa, principalmente à noite.

Rodwin, Gusmano e Butler (2006, p.6) destacam que os problemas das grandes cidades, como: violência urbana, polarização social, poluição, problemas habitacionais e de transportes, dentre outros, influenciam o modo de viver dos idosos residentes nessas cidades, exigindo dos formuladores de políticas públicas modelos de organização que atendam a essas necessidades.

Nesta perspectiva, considerando a urbanização e o envelhecimento populacional como duas grandes forças e um desafio para o Século em curso, a OMS, lançou em 2005, na cidade do Rio de Janeiro, o Projeto Cidade Amiga do Idoso, durante o XVIII Congresso da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria, que originou o Guia Global da Cidade Amiga do Idoso, lançado, mundialmente, em 1º de outubro de 2007, em comemoração ao Dia Internacional do Idoso. O objetivo do referido Projeto foi de verificar quais características uma cidade deve ter para ser amigável com seus moradores mais velhos.

Outros antecedentes relacionados a fatores ambientais foram identificados somente na análise dos artigos, porém, em menor frequência como **HOSPITALIZAÇÕES, ACIDENTES OCUPACIONAIS/TRÂNSITO, INSTITUCIONALIZAÇÕE**S. Os idosos também relataram o **avanço tecnológico** (caixas eletrônicos, celulares, computadores), porém não foram encontrados na análise dos artigos.

A evolução tecnológica foi considerada por alguns idosos como um fator que dificulta o desenvolvimento de suas atividades antes cotidianas, como ir ao banco, usar o telefone e utilizar eletrodomésticos. Esse avanço tecnológico torna cada vez mais sofisticados os dispositivos e os objetos que facilitam a vida em sociedade, porém, quanto mais complexos o seu domínio e manejo, pior a incorporação pelos indivíduos mais velhos, e as atividades que antes pareciam simples para estes, se tornam complexas e levam o idoso a necessitar de ajuda para desempenhá-las.

Os idosos necessitam de um tempo maior e seguem um ritmo mais lento para aprender a manipular e assimilar os mecanismos de funcionamento desses artefatos (KACHAR, 2003; 2009), seja para o uso pessoal e cotidiano ou em atividade profissional. Esses aparelhos nem sempre apresentam uma interface amigável ao universo e às características do idoso, considerando o tamanho e o tipo de fonte, o tamanho dos ícones, o contraste nas cores, assim como, o design de interação, que precisaria ser mais intuitivo (MORO, 2010). Ainda há poucas

publicações relacionadas à utilização de novas tecnologias por idosos, porém tem se visto iniciativas públicas visando à inclusão digital desses indivíduos e assim colaborando com seu nível de independência.

O conhecimento dos fatores que antecedem a incapacidade funcional em idosos é imprescindível na tentativa de prevenir sua ocorrência, principalmente os relacionados a limitações funcionais prévias e a fatores sociais e ambientais, uma vez que maioria é passível de ações preventivas e mudanças. Já os fatores relacionados ao processo de envelhecimento e aparecimento de condições crônicas, são de difícil controle, pois dependem de mudanças comportamentais e individuais. Porém acredita-se que o investimento em campanhas e políticas de incentivo ao envelhecimento saudável pode contribuir para prevenir as incapacidades.

Quanto aos atributos, estes são referentes aos termos utilizados para descrever a incapacidade funcional nos idosos identificados em ambas as fases. O primeiro que merece destaque é o termo **INCAPACIDADE,** tanto na **Fase Teórica** (artigos 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57), uma vez que os autores utilizaram o termo *disability,* assim como em todos os grupos focais da **Fase de Campo**. Os idosos relataram ainda uma variante do termo, **ser incapaz de/para.**

Na literatura internacional, o termo *disability* é amplamente utilizado para descrever os processos incapacitantes do indivíduo, porém, muito tem se estudado e discutido quanto à tradução do termo em português, já que, no "português corrente", a palavra refere-se ao termo deficiência e tem sido erroneamente utilizada assim. Segundo a Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde, os termos que geram confusão são geralmente utilizados com significado na forma corriqueira, falada e escrita. Os termos "deficiência", "incapacidade" e "limitação" (desvantagem) são usados frequentemente com o mesmo sentido dos contextos cotidianos. A partir da década de 80, do Século XX, com o surgimento da Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagem, em inglês *Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH/CIDID), esses termos passam a ter significados mais precisos, após a revisão. O termo incapacidade, por exemplo, depois da revisão, passou a abranger as perspectivas corporais, individuais e sociais. O termo desvantagem (*handicap*) entrou em desuso (OMS 1989).

Urdang (1997) refere que um agravante destas diferenças no conceito seja o fato de que muitos dicionários trazerem os termos com sinônimos, como o "American Century Thesaurus" onde a palavra "*disability"* tem como sinônimos as palavras "*handicap", "impairment", "disablement", "inability" e "incapacity",* entre outras.

Verifica-se assim, que a dificuldade de diferenciar adequadamente os termos não é só da língua portuguesa, porquanto a CIF, de alguma maneira, traz as definições dos termos "*impairment"* e "*disability"*. Para a CIF, o termo deficiência corresponde a alterações nas funções ou estruturas corporais, ou seja, apenas no nível do corpo, as deficiências de estruturas podem envolver a perda de um membro, um desvio, uma anomalia. Já a incapacidade está descrita como um termo mais abrangente, constituindo um termo genérico para deficiências, limitações de atividades e restrições à participação, indicando os aspectos negativos da interação entre o indivíduo e o meio em que vive. Tal diferenciação de termos foi facilitada com a mudança do Modelo Médico de atenção à saúde para o Modelo Social. No modelo médico, a incapacidade era um problema somente do indivíduo que necessitava de assistência médica a qual era fornecida através de tratamento individual por profissionais, e as pessoas tinham que se adaptar ao meio em que viviam. Já no modelo social, a incapacidade não se refere somente ao indivíduo, mas também a um conjunto complexo de condições que muitas vezes são criadas pelo ambiente em que vivem (OMS; OPAS, 2003).

Muitos profissionais, mesmo os que trabalham na área de reabilitação, ainda utilizam termos para se referir à deficiência e à incapacidade com pouca diferenciação do significado real entre eles (DI NUBLIA, 2008).

Neste trabalho, observou-se que, realmente, não há um consenso na literatura acerca da utilização de termo que se refere à incapacidade. Na Fase Teórica foram identificados: **LIMITAÇÃO FUNCIONAL** (artigos 1, 2, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 13, 21, 25, 30, 34, 40, 41, 44, 45, 50, 56) **INCAPACIDADE FUNCIONAL** (artigos 4, 8, 9, 12, 16, 17, 18, 21, 29, 36, 42, 43, 46, 47, 49, 58) **DECLÍNIO FUNCIONAL** (artigos 3, 14, 16, 25, 28, 31, 32, 36, 37, 58 **COMPROMETIMENTO FUNCIONAL** (artigos 5, 9, 20, 24, 25, 27, 28, 31, 38, 42) **INCAPACIDADE/LIMITAÇÃO FÍSICA** (artigos 2, 10, 11, 14, 19, 27, 30, 40, 42, 50) e com frequência menor os termos **DEPENDÊNCIA FUNCIONAL** (artigos 26, 37, 36, 53) e **LIMITAÇÃO** (artigos 13, 25, 51) Na **Fase de Campo** os idosos também utilizavam o termo **Limitação,**

Deficiência e "**Ter Necessidades",** como sinônimos de incapacidade.

Verbrugge e Jette (1994) reforçam que termos comuns como incapacidade, deficiências e limitações funcionais têm significados variados e sobrepostos. Isso ocorre devido à ausência de um modelo conceitual bem aceito e pelo fato de a literatura científica sobre deficiência e incapacidade conterem um vocabulário, ainda em construção.

Nota-se que apesar dos esforços para diferenciar os termos, ainda há uma gama de palavras ou expressões utilizadas para descreverem a incapacidade. Na literatura, como já descrito, o termo "*disability"* utilizado pelos autores foi descrito neste estudo como incapacidade, que tem uma abordagem mais abrangente, assim como descreve a CIF; na **Fase de Campo,** a identificação do termo deficiência é descrita pelos idosos como **perda de funções corporais** e o **corpo não obedece** termos também referentes à definição de deficiência da CIF.

A abrangência do termo incapacidade descrito na CIF permite que se considerem os termos referentes à limitação de atividades que são identificados como atributos nas fases deste estudo. Na **Fase Teórica,** as limitações de atividades referem-se á **INCAPACIDADE/DIFICULDADE/LIMITAÇÃO DE REALIZAR AS AVDs** (artigos 2, 3, 4, 5, 12, 14, 15, 18, 19, 21, 24, 25, 26, 30, 43, 48, 50, 55, 56, 57); **ABVDs** (artigos 1, 3, 4, 5, 7, 11, 13,18,20,25,26, 32, 34, 37,49,54); **AIVDs** (artigos 1, 2, 4, 7, 11, 13, 18, 20, 25, 26, 34, 49, 54); **LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE E AAVD** (artigos 1, 26, 44, 57); **LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE** não especificada (artigos 9, 42,49). Os equivalentes a limitações de atividades na Fase de Campo são: **Não realizar as atividades cotidianas; Incapacidade para realizar as AVDs; Não poder trabalhar; Não sair sozinho; Ter dificuldade de realizar atividade** não especificada; **Problemas com mobilidade/transferência e lentidão.**

As AVDs, também conhecidas como ABVDs por alguns autores, consistem nas tarefas de autocuidado, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, deitar/levantar da cama, usar o sanitário, atravessar um cômodo caminhando e são os indicadores de incapacidade funcional mais utilizados. Para Katz, (1963), quanto maior o número de dificuldade que uma pessoa tem com as AVDs, mais severa é a sua incapacidade. As AIVDs são tarefas mais adaptativas ou necessárias para vida independente na comunidade, como, por exemplo, fazer compras, telefonar, utilizar o transporte, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição, cuidar do próprio dinheiro (LAWTON; BRODY, 1969). Essas tarefas

são consideradas mais difíceis e complexas do que as ABVDs (ALVES, 2007), devido ao fato de as AIVDs envolverem atividades cognitivas mais complexas, por se tratar de atividades mais elaboradas, como por exemplo, contar dinheiro, usar tecnologias como telefones (FERRUCCI; GURALNIK; CHECCI, 1998; GURALNIK; FRIED; SALIVE 1996).

As definições de Katz (1963) e de Lawton (1969) ainda são amplamente utilizadas e reconhecidas no meio acadêmico para avaliar a incapacidade funcional, principalmente em idosos, assim como a mobilidade (FREEDMAN; MARTIN; SCHOENI, 2002; KAWAMOTO et al., 2006; PALACIOS-CEÑA et al., 2012; PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005; ROSA et al., 2003; SHINKAI et al. 2003; SIMONSICK *et al.*, 2001).

Outro termo genérico que segundo a CIF está incluído no conceito de incapacidade é a restrição na participação, que foi identificado neste estudo como atributos também relacionados a este termo na fala dos idosos na **Fase de Campo - não realizar atividades de lazer, não fazer o que quer e ficar inválido.** Na **Fase Teórica,** identificou-se a **LIMITAÇÃO NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL** (artigos 3 e 9), porém tais atributos em ambas as fases, apareceram com menos frequência quando comparados aos outros.

A pesquisa mostrou que, apesar dos esforços voltados para a padronização de um termo que descreve a incapacidade funcional, ele ainda merece atenção quanto à diversidade de derivações existentes principalmente na literatura, talvez por esse fato, a definição da incapacidade ainda não esteja descrita de forma clara.

Com referência às consequências da incapacidade funcional em idosos, verificou-se que esta pode estar relacionada às morbimortalidade, às percepções de saúde e à qualidade de vida; necessidade de assistência/cuidados ou presença de terceiros/cuidadores; e aos aspectos sociais e emocionais.

Das consequências relacionadas à morbimortalidade, às percepções de saúde e a qualidade de vida, na **Fase Teórica,** merece destaque a **MORTALIDADE/DIMINUIÇÃO DA EXPECTATIVA DE VIDA** (artigos 1, 2, 5, 7, 14, 16, 17, 18, 25, 26, 29, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 53, 55), sendo uma das mais citadas pelos autores. Na **Fase de Campo**, os idosos consideraram a ocorrência da **morte** como uma consequência da incapacidade funcional,

destacaram que esta condição traz consequências tanto para eles quanto para suas famílias.

Boyle et al. (2010), em um estudo de coorte, com acompanhamento por cerca de oito anos com 1.445 idosos não institucionalizados em idade avançada, verificaram que idosos com pior desempenho funcional que vivem em espaço restrito, apresentam mais chances de morrer. Outros autores, como Allman; Sawyer; Roseman, (2006) e Xue et al (2008) também identificaram associação entre incapacidade e mortalidade entre os idosos.

Outras consequências identificadas que estão relacionadas à morbimortalidade, à percepção de saúde e à qualidade de vida evidenciadas em ambas as fase foram: A**UMENTO DA MORBIDADE** (artigos 1, 5, 7, 35, 41) na **Fase Teórica** que está relacionada à **Piora da condição de saúde** e a **"pessoa fica doente"** na **Fase de Campo;** o **DECLINIO FUNCIONAL** em apenas dois artigos (artigos 48, 53) na **Fase Teórica** que está relacionado à **dificuldade de fazer o que fazia antes** e **não realizar as atividades cotidianas ou AVDs** identificados na **Fase de Campo**.

Interessante ressaltar que, tanto a Fase Teórica quanto a de Campo consideraram a piora da funcionalidade como consequência da própria condição de incapacidade. Assim, esse aspecto se evidencia na Fase de Campo, o que reforça o que já foi descrito anteriormente; a limitação funcional é um antecedente da condição incapacidade funcional. Neste estudo, a percepção dos idosos em relação a este aspecto foi muito maior. Um estudo revelou que 39% dos idosos com algum grau de limitação funcional irão desenvolver incapacidade severa em um período de 15 anos (WU et al, 2007). Balzi et al. (2010) estimaram a incidência de comprometimento funcional em 8,5% em um período de três anos, e para aqueles que já apresentavam algum comprometimento no inicio da avaliação no mesmo período, houve piora da condição em 10,8% dos idosos.

Identificaram-se também **MÁ PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA** (artigos 3, 6, 9, 21, 31, 50, 51, 55, 57) na **Fase Teórica** e a **diminuição da qualidade de vida** na **Fase de Campo**. Nos grupos focais, foi descrito que o idosos com incapacidade funcional não tem qualidade de vida, e quando questionado acerca do seu significado, eles identificaram como ter uma vida autônoma e independente.

Na **Fase Teórica** também foram identificadas ainda como consequência **HOSPITALIZAÇÕES RECORRENTES** (artigos 6, 19, 29, 43, 49), **FRAGILIDADE**

(artigos 1, 7, 43, 47), **MÁ PERCEPÇÃO DE SAÚDE (**artigos 3, 54, 57) e **QUEDAS** (artigos 36, 43), porém, na **Fase de Campo**, estes fatores não foram identificados como consequências.

A diminuição de reservas metabólicas e funcionais, a menor capacidade de resposta fisiológica aos estímulos externos e internos e o risco aumentado de perda de autonomia, institucionalização e morte coincidem com a síndrome de fragilidade que representa um desafio à abordagem geriátrica e gerontológica devido à sua complexidade, indefinição de critérios de identificação e avaliação de prevalência populacional (FRIED; WALSTON, 2003).

Historicamente, a literatura tem utilizado o termo fragilidade como sinônimo de uma ou mais das seguintes características: idade avançada, incapacidade e presença de múltiplas doenças crônicas (FRIED et al*.,* 2004). Porém ainda é controverso e não há uma definição internacional consensual. Não é uma doença e nem um desfecho obrigatório na velhice. Trata-se de uma síndrome multidimensional, que envolve uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina em um estado de maior vulnerabilidade associado ao maior risco de ocorrência de desfechos adversos de saúde como morte, incapacidade e hospitalização (FRIED et al., 2001).

Os sinais e sintomas relacionados à fragilidade e que fazem parte de um fenótipo, de acordo com o modelo de Fried e Walston (2003), são perda de apetite e de peso e desnutrição, fraqueza, cansaço físico, inatividade física, perda de massa muscular e óssea (sarcopenia e osteopenia) e anormalidades do equilíbrio e da marcha (FRIED et al., 2001).

Na estrutura muscular do indivíduo idoso, podem-se encontrar fibras musculares normais, hipertróficas, íntegras e ativas, juntamente com aumento de esclerose ou substituição de músculo por tecido conjuntivo ou gordura. Desta forma, existiria não apenas prejuízo da quantidade de massa muscular, mas também de sua qualidade, ocasionando disfunção do sistema musculoesquelético com perda de mobilidade, força, equilíbrio e de massa óssea, elevando o risco de quedas e de fraturas (KINNEY, 2004). Esses dois últimos eventos, por sua vez, poderiam levar à hospitalização e à imobilização e, consequentemente, à sarcopenia.

Quanto à percepção de saúde, autores identificam que idosos com algum grau de incapacidade possuem piores percepções acerca de sua saúde. (JONES, 2012; VAN DEN BRINK et al, 2005). Paul, Aysis e Ebrahim (2007) reforçam que, a

além da piora da percepção de saúde, os idosos com incapacidades também apresentam piora da percepção da qualidade de vida e menos otimismo.

Uma das características do conceito de incapacidade é a independência para realizar as atividades que o indivíduo deseja, sem a necessidade da participação ou do auxílio de terceiros. Neste sentido, foram identificadas também como consequências da incapacidade funcional em idosos a necessidade de assistência/cuidados ou presença de cuidadores para manutenção ou realização de suas atividades. Define-se cuidador segundo descrito pela Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) e pelo Ministério do Trabalho (BRASIL, 2002), como aquele que é responsável por cuidar da pessoa doente ou dependente, facilitando o exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, além de aplicar a medicação de rotina e acompanhá-la junto aos serviços de saúde, ou outros requeridos no seu cotidiano, excluindo, para tal, técnicas ou procedimentos identificados como exclusivos de outras profissões legalmente estabelecidas.

Dentre as consequências identificadas nesse contexto, a **INSTITUCIONALIZAÇÃO** (artigos 10, 15, 26, 35, 36, 43, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 55), foi mencionada pelos autores na **Fase Teórica**, inclusive, muitos relatam que a incapacidade funcional em idosos é o principal motivo para que as famílias institucionalizem seus idosos, já nos grupos focais, na **Fase de Campo**, a **institucionalização** foi pouco mencionada, talvez pelo fato de os idosos que participaram desses grupos ainda contarem com a ajuda de seus familiares e considerarem essa possibilidade ainda distante.

Embora as políticas públicas em vigor (BRASIL, 1994; 2003) reforcem a importância da presença da família no cuidado ao idoso e a sua permanência na comunidade, em muitas situações isso não ocorre. Fatores como as baixas condições econômicas e financeiras da família, poucas atividades de lazer para os idosos e níveis de saúde precários levam à institucionalização desses indivíduos (BORN & BOECHAT, 2006).

As transformações histórico-culturais que ocorreram, principalmente após a metade do Século XX, também contribuíram para a institucionalização dos idosos. A entrada da mulher no mercado de trabalho, a diminuição do tamanho das famílias, as modificações dos núcleos familiares com os divórcios, os recasamentos e o ritmo de vida cada vez mais acelerado alteram a relação de cuidados da família com o idoso. No século passado, a mulher detinha um papel na família de cuidadora, seja

das crianças ou dos idosos, e os homens eram responsáveis pelo sustento da casa. Com a mudança do perfil econômico e social, a mulher passa a desempenhar seu papel cada vez mais crescente no mercado de trabalho, passando a ter dificuldade de conciliar a função de cuidadora (POLLO; ASSIS, 2008). Diante disso as famílias que não têm condições financeiras de arcar com um cuidador contratado optam por institucionalizar o idoso.

Outras consequências relacionadas e identificadas na **Fase Teórica** são a **DEPENDÊNCIA** (artigos 27, 28, 29, 35, 47, 56, 57, 58) e a **NECESSIDADE DE CUIDADOS PESSOAIS** (artigos 15, 21, 39, 42, 45, 47, 48, 49); na **Fase de Campo,** os idosos também referem a **dependência, necessidade de ajuda, ficar acamado, necessidade de cuidados** . Essas foram as principais consequências relatadas pelos idosos no decorrer dos grupos focais. Vale ressaltar, que os mesmos também consideraram a **perda da autonomia,** o que caracteriza que, para eles, a incapacidade funcional não está somente relacionada à dependência, mas também a sua capacidade de tomar decisões, de se autogovernar.

A independência é definida como a capacidade da pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação, podendo estar relacionada a limitações físico-funcionais ou a limitações cognitivas (BRASIL, 2006; FARO, 2001; PAVARINI; NERI, 2000). Camarano (2002) ressalta que as condições de dependência variam individualmente e podem ser influenciadas por fatores adversos, como a qualidade do cuidado recebido ou por restrições ambientais. A perda de independência ao longo da vida faz com que aumente a necessidade de assistência em longo prazo, seja por esforços de familiares, amigos, ou vizinhos, conhecidos por cuidadores informais, ou pela dedicação de profissionais e serviços de saúde capacitados (WHO, 2000).

Já a autonomia relatada pelos idosos na **Fase de Campo**, refere-se à habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente de acordo com suas próprias regras e preferências (WHO, 2005).

Outro ponto importante a ser considerado e relacionado à independência do idoso é a necessidade de utilizar estratégias para manter este nível de independência. Neste sentido, na **Fase Teórica** os autores consideraram a **NECESSIDADE DE REABILITAÇÃO** (artigos 8, 11, 12, 20, 24, 44, 49), para manutenção ou restabelecimento da capacidade funcional e a **UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS ASSISTIVAS/ADAPTAÇÕES** (artigos 3, 11, 23, 25, 30, 33, 34), na

Fase de Campo, eles relataram a **realização de atividades de forma adaptada.** No decorrer da discussão, nos grupos, os idosos disseram que apesar de a incapacidade funcional, estar presente em alguns deles, eles não deixam de realizar as atividades, seja ela de forma adaptada com o uso de dispositivos como bengalas, andadores, adaptadores, ou realizam as atividades de forma mais lenta.

Ainda neste sentido, sabe-se da importância do papel do cuidador e da necessidade da preocupação com sua saúde. Neste estudo somente dois autores na **Fase Teórica** consideraram sua sobrecarga, em inglês ***BURDEN*** (artigos 3 e 21) como consequência a incapacidade dos idosos. Pesquisas apontam que a experiência de cuidar de um idoso com incapacidade funcional tem sido relacionada pelos cuidadores como sendo uma tarefa difícil, exaustiva, estressante, que exige muita responsabilidade, dedicação, coragem e paciência. (FERNANDES; GARCIA, 2009; NARDI; OLIVEIRA, 2008). Alguns autores identificaram a capacidade funcional como inversamente proporcional à sobrecarga do cuidador, ou seja, quanto maior a dependência do idoso, maiores as chances de sobrecarga do mesmo (GORT et al. 2007; GRATÃO et al., 2010, 2012; PEDRAZZI et al. 2010).

Foram consideradas também algumas consequências relacionadas a fatores sociais e emocionais que são afetados com a ocorrência da incapacidade, segundo dados encontrados neste estudo. Na **Fase Teórica**, os autores consideraram principalmente, aqueles relacionados ao aumento de custos tanto para o idoso e/ou sua família como para o estado, como **ALTO CUSTO COM SAÚDE E CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO** (artigos 2, 37, 39, 45, 50, 52, 56), **MAIS NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA** (artigos 11, 15, 19, 29). Na **Fase de Campo,** os idosos mencionaram a **necessidade de parar de trabalhar,** em decorrência da condição de saúde. Nota-se que, para os idosos, as consequências da incapacidade em sua vida social têm relevância, quando há necessidade de deixar de trabalhar pela incapacidade, onerando o orçamento de toda a família, uma vez que a aposentadoria é reduzida pelo sistema previdenciário, e em muitos domicílios, a renda do idoso é a principal fonte de rendimento familiar. O Censo do IBGE (2010a) apontou que 27% dos idosos são responsáveis por 90% da renda de seu domicílio.

A população idosa é grande usuária dos serviços de saúde. Em países desenvolvidos, o uso desses serviços é três a quatro vezes maior em relação ao seu tamanho proporcional na população. Isso é resultante do aumento de doenças

cônicas e incapacidades. A prevalência anual de hospitalizações nesta população varia entre países - 10% no Japão, 14%, no Reino Unido, 16%, na Alemanha, 18% nos Estados Unidos e 14% no Brasil (LIMA COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Outras consequências relacionadas a aspectos sociais e emocionais estão descritas na **Fase de Campo,** como **parar com as atividades de lazer** e **diminuir as participação sociais**. Na **Fase Teórica**, os autores descrevem como **ISOLAMENTO SOCIAL** (artigos 31, 33,40, 55). O isolamento social segundo os idosos, acontece devido à dificuldade de sair de casa, como já descrito neste estudo. Os obstáculos de acesso às calçadas, transporte urbano inadequado, falta de vagas para estacionamento, violência urbana. As dificuldades também ocorrem dentro de casa, onde as famílias tendem a isolar o idoso, com incapacidade, das atividades e decisões familiares. Outro aspecto é por considerarem que o idoso com incapacidade, com algum grau de dependência, também não esteja em condições de tomar decisões.

Algumas consequências foram pouco evidenciadas na **Fase Teórica** e estão relacionadas a fatores emocionais como a **DEPRESSÃO** (artigos 20, 31, 32, 38, 46, 54) que também foi identificada na **Fase de Campo**. Porém, nessa fase, identificam-se outros fatores relacionados à emoção, como **tristeza, decepção, irritação, infelicidade, vergonha e frustração.** Para os idosos, a ocorrência da incapacidade está fortemente relacionada aos aspectos emocionais. Muitos relataram, nos grupos focais, que a sensação de se sentir incapaz tem pior impacto na vida, quando comparado à incapacidade física. Referem que, quando pensam na possiblidade de ficar dependentes, afloram sensações e preocupações com a demanda de cuidados e responsabilidades que poderiam gerar para os filhos ou familiares mais próximos.

Quadros depressivos resultantes da incapacidade funcional em idosos podem estar associados a outras consequências já relacionadas anteriormente. Suttajit et al. (2010) relacionam a depressão, em idosos com incapacidade, à diminuição da participação social, reforçam ainda que o apoio social e a melhoria das condições de cuidados com a saúde deles podem prevenir depressão nesta população. Dunne, Wrosch e Miller (2011) relatam que a ocorrência de quadros depressivos em idosos com incapacidade funcional, é relativa à sua capacidade de desengajamento e de resiliência, ou seja, de lidar com a situação e aceitá-la. Diante do exposto acerca das consequências evidenciadas neste estudo, podem-se

verificar aspectos em comum em ambas as fases, porém vê que os idosos se preocupam mais com a piora do declínio funcional, com perda de sua autonomia e às consequências sociais e emocionais que a incapacidade funcional pode causar. Já os estudiosos da **Fase Teórica** mencionam os altos custos com a saúde; hospitalizações recorrentes, cuidados de longa duração, mais necessidade de assistência médica.

Compreender o conceito de incapacidade funcional em idosos é uma foram de contribuir para sistematizar a assistência a esse grupo populacional e prover recursos humanos e financeiros. Conhecendo sua percepção acerca desta condição, o profissional de saúde poderá propor ações voltadas não somente para a manter e reabilitar a independência, mas também para promover a autonomia, considerando o idoso participante das decisões sobre suas necessidades, zelando pelo bem estar do binômio idoso-família.

6.1 O Conceito de incapacidade funcional em idosos

A necessidade de compreender o conceito de incapacidade funcional em idosos se justifica devido à especificidade dessa população, que aumenta a cada dia em nosso país. A pesquisa acerca do conceito de incapacidade funcional em idosos se deu pela busca da literatura aliada à percepção dos idosos, nos grupos focais. Diante dos resultados apresentado tentou se produzir o conceito de incapacidade funcional em idosos:

A INCAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS é multidimensional, está relacionada aos aspectos físicos, pessoais, sociais, ambientais e emocionais, e não se restringe à presença de patologias ou à incapacidade de realizar atividades de vida diária de maneira independente, mas também no prejuízo da manutenção da autonomia e bem-estar do idoso. A incapacidade funcional ocorre em distintos contextos. Relaciona-se à idade avançada, à presença de condições crônicas, aos resultados acumulativos de hábitos de vida, ao prejuízo no desempenho de papeis sociais e às condições ambientais desfavoráveis. Os resultados da incapacidade funcional são deletérios e trazem prejuízo tanto para o idoso quanto para a família, porquanto estão relacionados à diminuição da expectativa e qualidade de vida, perda da independência e autonomia, ao aumento de custos, adequações

ambientais, e principalmente, ao prejuízo emocional.

Diante dos achados apresentados após a análise das fases propostas pelo Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceito, a síntese da interface entre as fases Teórica e de Campo estão demonstradas de acordo com os componentes do conceito de incapacidade funcional em idosos na Figura 7:

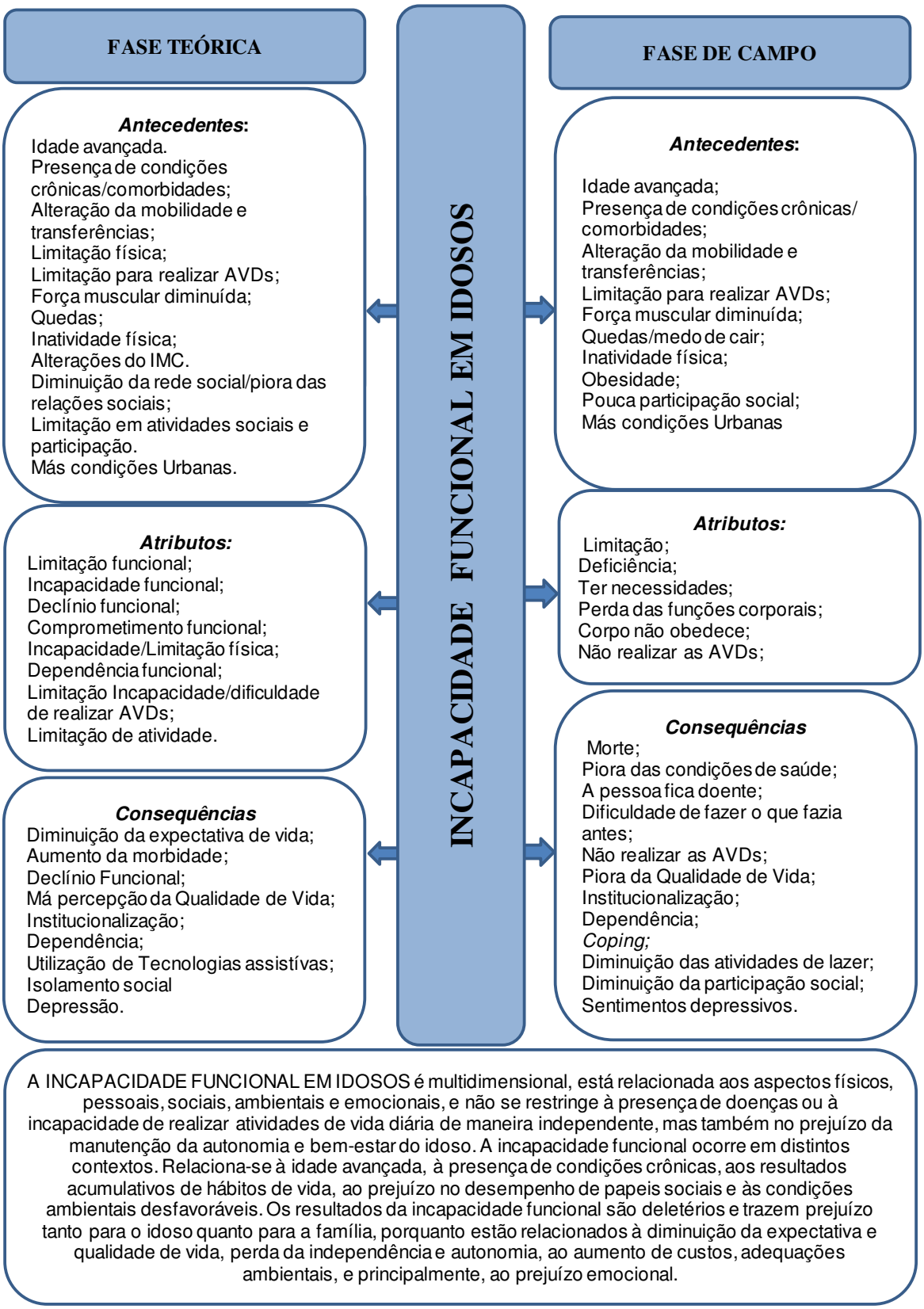


Figura 7 - Componentes do conceito de incapacidade funcional em idosos na Fase Analítica Final, 2013.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de conceito de incapacidade funcional em idosos, com o Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceito, por meio da revisão integrativa da literatura (Fase Teórica) e os dados advindos dos grupos focais com os idosos (Fase de Campo) nos permite compreender os achados da literatura e os relatos de pessoas que estão vivenciando o processo de envelhecer.

O avanço tecnológico, as melhorias das condições de vida e de saúde contribuíram para o aumento da expectativa de vida, uma vez que doenças preocupantes que acometiam os mais jovens foram controladas e erradicadas, dando-lhes mais chances de sobrevida. Essas doenças, conhecidas por seu perfil infectocontagioso, foram silenciosamente substituídas por condições crônicas, de curso longo e, muitas vezes, progressivas, que, em decorrência do tratamento, ajudam o homem viver mais anos, porém com limitações ou dificuldades.

Nos **antecedentes**, f oi evidente, em ambas as fases, que há relação da incapacidade funcional com o processo de senescência, que trata dos efeitos naturais do envelhecimento e caracteriza-se pelo declínio progressivo dos órgãos, principalmente os problemas musculoesqueléticos, articulares, neurológicos, além dos déficits sensoriais, o que pode também levar a problemas relacionados ao equilíbrio. Assim, o enfermeiro deve estar atento ao conceito de incapacidade funcional, que é multidimensional e está relacionado a fatores como o processo de senescência, as condições de saúde, limitações prévias, como alterações da mobilidade e transferência, quedas, hábitos de vida, fatores sociais, emocionais e ambientais.

A ocorrência de uma limitação prévia, também foi identificada como responsável pelo aparecimento das incapacidades em idosos. Acredita-se que a não identificação precoce de limitações, nesta população, pode acelerar a incapacidade funcional e suas complicações. O objetivo da detecção precoce visa à prevenção de complicações e agravos futuros, em alguns casos, até irreversíveis. Neste sentido, a reabilitação tem um papel fundamental para manter a autonomia e a independência do idoso por um maior tempo possível.

Os hábitos de vida também vêm se destacando quando nos referimos à ocorrência de incapacidade funcional em idosos, como a falta de atividade física e o sedentarismo que mereceram destaque em ambas as fases do estudo. A falta de atividade física colabora para a ocorrência de doenças musculoesqueléticas, uma das causas da incapacidade; a obesidade também tem sua parcela de contribuição,

uma vez que aumenta o risco de ocorrência de doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, entre outras também consideradas, como fatores predisponentes. Quanto aos hábitos de vida, escassos estudos têm relacionado o tabagismo, as poucas horas de sono, o abuso de álcool e o excesso de trabalho à ocorrência de incapacidade funcional, porém, tais hábitos foram considerados importantes, pelos idosos deste estudo, razão porque merecem destaque.

A inclusão de hábitos saudáveis de vida, como a prática de esportes, opção por alimentos mais saudáveis, horas de sono adequadas e o abandono de velhos hábitos, como o tabagismo e o etilismo, não é uma tarefa fácil, e deve partir de mudanças individuais que ocorrem progressivamente, e têm sido alvo de políticas públicas de incentivo ao envelhecimento ativo e saudável.

Verificou-se ainda que tanto a literatura, quanto os idosos relacionaram a ocorrência da incapacidade funcional aos fatores individuais e consideraram a influência dos sociais e ambientais como responsáveis por sua condição. A restrição da participação social priva o indivíduo de interagir com outras pessoas e outros ambientes, acredita-se assim, que idosos limitados socialmente tendem a desenvolver alterações emocionais importantes que também podem ser responsáveis pelo agravamento de quadros depressivos e incapacitantes.

Outro aspecto considerado relevante pela causa da incapacidade em idosos e pelo favorecimento do isolamento social são as más condições urbanas, em decorrência da precariedade das calçadas, dificuldade de acesso ao transporte púbico e violência urbana, uma vez que impossibilita ou dificulta a independência fora do domicílio, assim como a inserção de novas tecnologias relacionadas à dependência para realizar atividades, como ir ao banco e utilizar seus recursos, por exemplo.

Quanto à utilização dos termos incapacidade, na análise dos **atributos,** alguns autores tecem considerações sobre a utilização de um *rol* de termos que descrevem a incapacidade funcional. Várias têm sido as tentativas de padronizar uma nomenclatura mais adequada, porém, devido à utilização de termos como deficiência, desvantagem, limitação funcional, entre outros, por profissionais e estudiosos da área, verificou-se que ainda não há um consenso para utilização na literatura e considera-se que ele ainda se encontra em processo de consenso linguístico.

As **consequências** da incapacidade funcional para o idoso podem ser deletérias. Ele pode experimentar agravos a sua condição de saúde, piora da

qualidade de vida, dependência, prejuízos emocionais e pode ainda a condição por levá-lo à morte.

As dificuldades de acesso a serviços de saúde pela baixa condição econômica, a dificuldade de transporte público adequado e o isolamento social podem agravar os quadros mórbidos preexistentes naqueles indivíduos incapacitados e piora a percepção de qualidade de vida para eles, uma vez que qualidade de vida está associada a melhores condições de saúde, manutenção da autonomia e independência.

A dependência de cuidados ou auxílio para fazer atividades pertinentes à sobrevivência do ser humano podem ocorrer em quadros incapacitantes, se o idoso não tem condição de se manter. Neste sentido, deve-se considerar a presença de um cuidador que assista este idoso em suas necessidades. Neste estudo, foi identificada em ambas as fases, a dependência como uma das consequências da incapacidade, porém pouco foi apresentado acerca do papel do cuidador e as consequências que a incapacidade do idoso tem sobre o mesmo. A Institucionalização considerada uma alternativa às famílias que não tem condições de arcar com os cuidados do idoso no domicilio, também foi citada como uma consequência da incapacidade, porém neste estudo, foi mais destacada na Fase de Campo.

Como o intuito de evitar, minimizar ou recuperar os efeitos da incapacidade, a reabilitação foi considerada pelos autores da fase teórica como uma alternativa, e também a utilização de tecnologias assistivas foi considerada em ambas as fases. A reabilitação e o uso destas tecnologias visam melhorar o nível de independência do idoso que já se encontra com a condição instalada, lançar mão de dispositivos como bengalas, andadores, assim como a realização de adaptações no domicílio como a utilização de barras de apoio, assentos elevados, adaptações de utensilio entre outros, tendem a manter a independência do idoso por um maior tempo possível.

As publicações sobre o prejuízo emocional do idoso diante de condição de incapacidade, foram encontradas, em raros estudos. Esse prejuízo pode acelerar o processo de dependência, uma vez que os sintomas depressivos contribuem para piorar o estado funcional.

Outro ponto importante identificado na Fase de Campo, porém pouco considerado na literatura, foi a manutenção da cognição do idoso, porque eles

relataram que essa preservação pode postergar a incapacidade. Manter o estado cognitivo preservado está relacionado a manter a autonomia, porquanto ela se refere a capacidade de autogoverno e ao poder e de decisão.

Os dados apresentados tanto na Fase Teórica quanto na de Campo, trazem reflexões importantes para serem aplicadas na prática do enfermeiro. No processo do ciclo de vida, o homem deve ter alguns pressupostos importantes para a prevenir a incapacidade que, frequentemente, aparece na fase do envelhecimento. Essa condição não focaliza apenas a questão física, mas também a interação do homem no ambiente psicossocial. Em relação ao conceito, sempre requer novos refinamentos, a depender da evolução das pesquisas, com problema delimitado, local em que os idosos se encontram, métodos das pesquisas e instrumentos de aplicação. Com o aumento de idosos na população, os enfermeiros precisam clarear os conceitos utilizados na Enfermagem Gerontológica e Geriátrica e dar oportunidade aos idosos de registrarem suas experiências nessa fase da vida.

Embora os antecedentes, atributos e consequências do conceitos muitas vezes se entrelaçarem, o desenvolvimento de pesquisa com a utilização de métodos teóricos e empiricos requer novas indagações, porém, a questão central, que é o cuidado de enfermagem ao idoso deve ser pesquisado para indicar intervenções.

As pesquisas apresentam suas forças, mas também suas limitações, assim, neste estudo, consideram-se duas dessas: a primeira pelo fato da pesquisa ter sido realizada com idosos que vivem na comunidade e como a incapacidade funcional é um conceito que pode estar relacionado ao ambiente, acredita-se que a percepção de idosos em outros contextos, como Instituições de Longa Permanência, Hospitais e *Home Care,* possa ter resultados diferentes desta condição; e a segunda pelo fato de os idosos terem independência modificada ou completa, segundo a MIF, ou seja, os idosos não vivenciam uma condição de incapacidade funcional importante. Diante de tais limitações, acredita-se que novos trabalhos devam ser realizados com idosos inseridos em outros contextos, com diferentes níveis de incapacidade funcional e levando em consideração a opinião de profissionais de saúde, para que o conceito de incapacidade seja mais ampliado.

REFERÊNCIAS[1]

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AGUIAR, C. F.; ASSIS, M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao idoso da UNATI/UERJ. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 391-404, 2009.

ALLMAN, R. M.; SAWYER, P.; ROSEMAN, J. M. The UAB Study of Aging: background and insights into life-space mobility among older Americans in rural and urban settings. **Journal of Aging and Health**, Galveston, v. 2, n.3, p. 417-429, 2006.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciências e saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 1199-1207, jul./ago. 2008.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Guideline for the prevention of falls in older persons. **Journal of American Geriatric Society,** New York, v. 45, n. 5, p. 664-672, May 2001.

AMIRALIAN, M. L. T. et al. Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública***,* São Paulo, v. 34, n. 1, p. 97-103, 2000.

AYSIS, S. A. et al. The effect of definition of activity of daily living on estimates of changing ability among older people. **International Journal of Rehabilitation Research**, London, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2007.

BALZI, D. et al. Risk factors for disability in older persons over 3-years follow up. **Age and Aging**, v. 39, n. 1, p. 92-98, 2010.

BANDEEN-ROCHE, K. et al. Phenotype of frailty: characterization in the women's health and aging studies. **The Journals of Gerontology,** Washington, v. 61, n. 3, p. 262-266, 2006.

BARRETO, K. M. L. **Envelhecimento, mobilidade urbana e saúde:** um estudo da população idosa. 2012. 177 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

BATTISTELLA, L. R.; BRITO, C. M. M. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 98-101, maio 2002.

BECKETT, L. A. et al. Analysis of change in self-reported physical function among older persons in four population studies. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 143, n.8, p. 766–778, 1996.

BEN-EZRA, M.; SHMOTKIN, D. Predictors of mortality in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal: aging study. **Journal of the American Geriatric Society**, New York, v. 54, n. 6, p. 906-911, 2006.

BERTOLUCCI, P. F. et al. O. Mini Exame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **Association of periOperative Registered Nurses**, Philadelphia, v. 67, n. 4, p. 877-880, Apr. 1998.

BORN, T.; BOECHAT, N. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1131-1141.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C.C. A; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 15, n. 5, p. 121-136, maio/ago. 2011.

BOYLE, P. A. et al. Association between live space and risk of mortality in advantage ages**. Journal of the American Geriatrics Society**, New York v. 58, n. 10, p.1925–1930, 2010.

BRANDT JR. E. N.; POPE, A. M. **Enabling America:** assessing the role of rehabilitation science and engineering. Washington: National Academy Press, 1997.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 out. 1988. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília,** 20 set. 1990. Seção 1, p. 169.

BRASIL. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Delibera sobre a Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Seção 1, p. 57.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, de 09 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 1999. Seção 1, p.20

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Políticas Públicas e de Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**: CBO 2002. Brasília: MTE, 2002.

BRASIL. Lei 10.471 de 01 de outubro de 2003. Cria o Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 out. 2003. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 10 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 399 de 23 de Fevereiro de 2006. Institui o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasilia, DF**,** 2006b. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, 19).

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology,** v. 3, n. 2, p.77-101, 2006.

BRITO, F. C.; NUNES, M. I.; YUASO, D. R. Multidimensionalidade em gerontologia II: Instrumentos de Avaliação. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado e Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 134-139.

BROOME, M. E. Integrative reviews for development of concepts. In: RODGERS B. L.; KNAFL, K. A. editors. **Concept development in nursing**. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p. 231-250.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

BUKSMAN, S. et al. (Orgs.). **Quedas em idosos: prevenção**. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Sessão São Paulo, 2008, p. 1-10.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002, p. 59-71.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do Envelhecimento. In: PAPALEO NETO, M. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996, p. 60-70.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CHAKRAVARTY, E. F. et al. Reduced disability and mortality among aging runners: a 21-year longitudinal study. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 168, n. 15, p. 1638-1646, 2008.

CIGOLLE, C. T. et al. Geriatric conditions and disability: the health and retirement study. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 147, n. 3, p. 156-164, 2007.

COBB, R. W.; COUGHLIN, J. F. Transportation policy for aging society: keeping older Americans on the move. Transportation in an aging society. A decade of experience. **Technical Papers and Report from a Conference,** Washington, p. 275-289, 2004.

COOPER, H. M. **The integrative research review:** a systematic approach. Beverly Hills: Sage, 1984.

COSTA, M. E. B. Grupo Focal. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

COVINSKY, K. E. Aging, arthritis, and disability. **Arthritis and Rheumatism,** Atlanta, v. 55, n. 2, p.175-176, 2006.

COVINSKY, K. E. et al. Effect of arthritis in middle age on older-age functioning. **Journal of American Geriatric Society**, New York, v. 56, n. 1, p. 23-28, 2008.

DALL'AGNOLL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos Focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

DANDREA, S. et al. E. Risk factors for falls in community-dwelling older people. a systematic review and meta-analysis. **Epidemiology,** v.21, n. 5, p. 658-668, 2010.

DATASUS. **Censos demográficos e contagem populacional para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.** 2012. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2013.

DAVIS, E. P. Challenges posed by aging to financial and monetary stability. **The Geneva Papers**, Cidade v. 30, n. 4, p. 542-564, 2005.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigación: mediante grupos focales.** Washington: Academy for Education Development. 1997.

DELBAERE, K. et al. Determinants of disparities between perceived physiological risk of falling among elderly people: cohort study. **British Medical Journal,** London, v. 341, n. 4165, 2010.

DEL DUCA, G. F. et al. Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 120-124, 2011.

DELMONICO, M. J. et al. Alternative definition of sarcopenia, low extremity performance, and functional impairment with aging in older men and women. **Journal of American Geriatric Society**, New York, v.55, n. 5, p. 769-774, 2007.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade**. Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 324-335. 2008.

DOHERTY, T. J. Invited review: aging and sarcopenia. **Journal of Applied Physiology**, Bethesda, v. 95, n. 4, p. 1717-1727, 2003.

DUBA, A. S. et al. Determinants of disability among the elderly population in a rural south Indian community: the need to study local issues and contexts. **International Psychogeriatric**, New York, v. 24, n. 2, p. 333-341, 2012.

DUNNE, E.; WROSCH, C.; MILLER, G. E. Goal disengagement, functional disability, and depressive symptoms in old age. **Health Psychology,** Hillsdale, v. 30, n. 6, p. 763-770, 2011

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FARO, A.C. Autonomia, dependência e incapacidades: aplicabilidade dos conceitos na saúde do adulto e idoso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de Enfermagem: Programa de Saúde da Família**. Brasilia, DF, 2001, p. 137-140.

FERNANDES, M. G. M. et al. Análise conceitual: considerações metodológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1150-1160, nov./dez. 2011.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.3, p. 469-476, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a02. htm>. Acesso em 20 de jun. 2013.

FERRARO, K. F. et al. Body Mass Index and disability in adulthood: a 20-year panel study. **American Journal of Public Health,** New York, v. 92, n. 5, p. 834–840, 2002.

FERRUCCI, L. et al. Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences**, Washington, v. 51, n. 3, p. M123-130, 1996.

FERRUCCI, L.; GURALNIK, J. M.; CHECCHI, F. Constant hierarchic patterns of physical functioning across seven population in five countries. **Gerontologist**, Washington, v. 38, n. 3, p. 286-294, 1998.

FHON, J. R. S. et al. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade**. Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 266-273, 2013.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. “Mini-mental exam state”: a practical method for grading de cognitive state of patients for the clinicians. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 12, n.3, p. 189-198, 1975.

FREEDMAN, V. A.; MARTIN, L. G. Contribution of chronic condition to aggregate changes in old-age functioning. **American Journal of Public Health,** New York, v.90, n.11, p. 1755-1760, 2000.

FREEDMAN, V. A.; MARTIN, L. G.; SCHOENI, R. F. Recent trends in disability and functioning among older U.S. adults**.** Journal of the American Medical Association, Chicago, v. 288, n. 24, p. 3137-3146, Dec. 2002. Errata em **Journal of the American Medical Association,** Chicago**,** v. 289, n. 24, p. 3242, Jun 2003.

FREEDMAN, V. A. et al. Declines in late-life disability: the role of early- and mid-life factors. **Social Science & Medicine**, New York, v. 66, n. 7, p. 1588-1602, Apr. 2008.

FRIED, L. P. et al. Preclinical disability: hypothesis about the bottom of the iceberg. **Journal of Aging and Health**, Galveston, v.3, n. 2, p. 285-300, 1991.

FRIED, L. P. et al. Functional decline in older adults: expanding methods of ascertainment. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences,** Washington**,** v. 51, n. 14, p. M206–M214, 1996.

FRIED, P. P.; GURALNIK, J. M. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology and risk. **Journal of American Geriatric Society,** New York, v. 45, n. 1, p. 92-100, Jan. 1997.

FRIED, L. P. et al. A. Preclinical mobility disability predicts incident mobility disability in older women. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences,** Washington**,** v. 55, n. 1, p. M43-52, 2000.

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype**. The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences,** Washington v.56, n. 3, p. 146-156, 2001.

FRIED, L. P.; WALSTON, J. Frailty and Failure to drive. In: HAZZARD, W. R. et al. (edits). **Principles of geriatric medicine and gerontology,** 5nd ed. New York: MacGraw-Hill, 2003, p. 1487-1502.

FRIED, L. P. et al. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences,** Washington**,** v. 59, n. 3, p. 255-263, Mar. 2004.

GALVÃO, C.M.; MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P. Revisão Integrativa: métodos de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: BREVIDELLI, M.M.; SERTÓRIO, S.C.M. **TCC Trabalho de Conclusão de Curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde,** 4 ed. Iátria, 2010, p.107-125.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, Hoboken, v. 10, n. 1, p. 1-11, Mar. 1987.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idosos doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, 2006.

GONDIN, S. M. G. Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-16, 2003.

GORT, A. M. et al. Use of Zarit scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. Chichester, v. 22, n. 10, p. 957-962, Oct 2007.

GRATÃO, A. C. M. et al. Family caregivers demands from elderly individuals with dementia. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 873-880, dez. 2010.

GRATAO, A. C. M. et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 304-312, abr./jun. 2012.

GREENLUND, L. J.; NAIR, K. S. Sarcopenia: consequences, mechanism, and potencial therapies. **Mechanisms of Aging and Development**, Lausanne, v. 124, n. 3, p. 287-299, 2003.

GURALNIK, J. M.; FRIED, L. P.; SALIVE, M. E. Disability as a public health outcome in the aging population. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto, v. 17, p. 25-46, 1996.

GURALNIK, J. M.; FERRUCCI, L. Assessing the building blocks of function: utilizing measures of functional limitation. **American Journal of Preventive Medicine,** New York, v. 25, n. 3, p.112–121, 2003, Supplement 2.

HAIGHT, T. et al. Effects of body composition and Leisure-Time physical activity on transitions in physical functioning in the elderly. **American Journal of Epidemiology,** Baltimore, v. 162, n. 7, p. 607–617, 2005.

HARDY, S. E.; GILL, T.M. Factor associated with recovery of independence among newly disabled older persons. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 165, n. 1, p. 106–112, 2005.

HAUER, K. et al. Intensive physical training in geriatric patients after severe falls and hip surgery. **Age and Aging**, London, v. 31, n. 1, p. 49-57, 2002.

HICKMAN, J. . Introdução à teoria de enfermagem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre. Artes Médicas, 2000, p. 11-20.

HUBERT, H. B. et al. Lifestyle habits and compression of morbidity. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences,** Washington**,** v. 57, n. 6, p. 347–351, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010**. 2010a. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1866>. Acesso em: 30 set. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm.>. Acesso em 30 set. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Atlas do Censo demográfico do IBGE mapeia mudanças na sociedade brasileira**. 2012 Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&id=3&idnoticia=2417&busca=1&t=atlas-censo-demografico-ibge-mapeia-mudancas-sociedade-brasileira>. Acesso em 30 set. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período de 2000/2060**, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em 30 set. 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE **Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention**. Washington, DC: National Academy Press; 1991.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Enabling America: Assessing the Role of Rehabilitation Science and Engineerin***g*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1997.

JANSSEN, I. Influence of sarcopenia on the development of physical disability: the Cardiovascular Health Study. **Journal of American Geriatric Society**, New York, v. 54, n.1, p. 56-62, 2006.

JANSSEN, I. The epidemiology of sarcopenia. **Clinics in geriatrics medicine**, Philadelphia, v. 27, n. 3, p. 355-363, 2011.

JENKINS, K. R. Obesity's Effects on the onset of functional impairment among elder adults. **The Gerontologist,** Cary, v. 44, n.2, p. 206–216, 2004.

JONES, A. Disability, health and generation status: how Hispanics in the US Fare in late life. **Journal of Immigrant & Minority Health,** New York, v. 14, n. 3, p. 467-474, 2012.

KACHAR, V**. Terceira Idade e Informática: aprender revelando potencialidades**. São Paulo: Cortez, 2003.

KACHAR, V. Inclusão Digital e Terceira Idade. In: BARROSO, A. E. S. (Coord.) **Novas necessidades de aprendizagem**. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social, Fundação Padre Anchieta, 2009.

KALYANI, R. R. et al. Association of diabetes, comorbidities, and A1C with functional disability in older adults: results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 1999-2006. **Diabetes Care**, New York**,** v. 33, n. 5, p. 1055-1060, 2010.

KATZ S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. **Journal of American Geriatric Society**, New York, v. 31, n.12, p.721-727, 1963.

KAWAMOTO, R. et al. N. Predictors of functional status in Japanese community-dwelling older persons during a 2-year follow up. **Geriatrics and Gerontology International,** Tokio, v. 6, n. 2, p.116–123, 2006.

KERR, G. K. et al. Predictors of future falls in Parkinson disease. **Neurology**, Minneapolis, v. 75, n. 2, p. 116-124, Jul. 2010.

KINNEY, J. M. Nutritional frailty, sarcopenia and falls in the elderly. **Current Opinion of Clinical Nutrition Metabolic Care**, London, v. 7, n. 1, p. 15-20, 2004.

KLIJS, B. et al. Contribution of chronic disease to the burden of disability. **PLos ONE**, San Francisco, v. 6, n. 9, 2011. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/info %3Adoi% 2F10. 1371%2F journal.pone.0025325>. Acesso em 10 jan. 2013

KNAFL, K. A. Q.; DEATRICK, J. A. Knowledge synthesis and concept development in nursing. In: RODGERS B.L.; KNAFL, K.A. (Eds.). **Concept development in nursing**. 2nd. Philadelphia: Saunders, 2000. p. 39-54.

KULMALA, J. et al. Poor vision accompanied with older sensorial impairment as a predictor of falls in older women. **Age and Aging**, London, v. 38, n. 2, p. 162-167, 2009.

LACROIX, A. Z. et al. Maintaining mobility in late life. II. smoking, alcohol consumption, physical activity and body mass index. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 137, n. 8, p. 858–869, Apr 1993.

LAWRENCE, R.H.; JETTE, A. M. Disentangling the disablement process. **The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences,** Washington, v. 51, n. 4, p. 173-182, 1994.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, Cary, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LAWTON, M. P.; NAHEMOW, L. Ecology and the aging process. In: EISDORFER, C.; LAWTON, M. P. (Eds.) **The psychology of adult development and aging**. Washington DC: American Psychological Association, 1973, p. 619–674.

LEBRÃO, M. L. Epidemiologia do Envelhecimento. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 47, p.22-25, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 735-743, maio/jun. 2003.

LIN, K. et al. Time-varying nature of risk factor for the longitudinal development of disability in older adults with arthritis. **Journal of Epidemiology,** Tokio, v. 20, n. 6, p. 460-7, 2010.

LIU, K. P. et al. Activities of daily living performance in dementia. **Acta Neurologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 116, n. 2, p. 91-5, 2007.

LOPES, C. M. M. **Posicionamento Cirúrgico: Evidência para o cuidado de enfermagem.** 2009. 156f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

LORENZ, R. A. Coping with preclinical disability: older women's experiences of everyday. **Journal of Nursing Scholarship,** Indianapolis**,** v. 42, n. 4, p. 439-447, Dec 2010.

MELNIK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based pratice in nursing & healthcare**. A guide to best pratice. Philadelphia: Lippincott Willians, 2005

MENDES DE LEON, C. F.; GLASS, T. A.; BERKMAN, L. F. Social engagement and disability in a community population of older adults. **American Journal of Epidemiology,** Baltimore**,** v. 157, n.7, p. 633–642, 2003.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, 2012.

MENDONÇA, N. D. **O uso dos conceitos: uma tentativa de interdisciplinaridade**. Petrópolis: Vozes, 1985.

MERCADO, R. et al. Transport policy in aging societies: an international comparison and implication for Canada. **The Open Transportation Journal,** v.1, p.1-13, 2007.

MEYER, M. J. **Tecnologia em Enfermagem: desenvolvimento de um conceito**. Florianópolis, SC, 2004. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

MONACI, L.; MORRIS, R. G. Neuropsychological screening performance and the association with activities of daily living and instrumental activities of daily living in dementia: baseline and 18- to 24-month follow-up. **International Journal of Geriatric Psychiatry,** West Sussex, v. 27, n. 2, p.197-204, 2012.

MOREY, M. C, PIEPER, C. F.; CORNONI-HUNTLEY, J. Physical fitness and functional limitations in community-dwelling older adults**. Medicine Science in Sports and Exercises**, Madison, v. 30, n. 5, p. 715-723, 1998.

MORGAN, D. **Focus group as qualitative research**. Qualitative Research Methods. Series 16, 2nd. London: Sage Publications 1997.

MORO, G. H. M. **Uma nova interface para a inclusão digital na terceira idade**. Campinas, SP. 2010. Dissertação (Mestrado) - Programa em Tecnologias da Inteligência e Design Digital, PUC-SP. 2010.

MURRAY, C.; LOPEZ , A. editors. **The global burden of disease**. a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factor in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard University Press; 1996.

NAGI, S. Z. A study in the evaluation of Disability and rehabilitation potential: concepts, methods, and procedures. **American Journal of Public Health Nations Health,** Albany, v. 54, n. 9, p. 1568-1579, 1964.

NAGI, S. Z. Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In: SUSSMAN, M. B. (ed.), **Sociology and Rehabilitation**. Washington, DC: American Sociological Association, 1965, p. 100-113.

NAGI, S. Z. An epidemiology of disability among adults in the United States. **Milbank Memorial Fund Quartely Health and Society**, New York, v. 54, n. 4, p. 439–467, 1976.

NAGI, S. Z. Disability concepts revisited: implications for prevention. In: POPE, A. M.; TARLOV, A. R. (eds.) **Disability in America:** toward a national agenda for prevention. Washington, DC: National Academy Press; 1991.

NAIR, K. S. Aging muscle. **American Journal of Clinical Nutrition,** v. 81, n. 5, p. 953-963, 2005.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 47-53, mar. 2008.

NG, T. P. et al. Prevalence and correlates of functional disability in multiethnic elderly Singaporeans. **Journal of American Geriatric Society**, New York, v. 1, n. 1, p. 21-29, 2006.

NUNES, M. C. R. G. **Avaliação da aplicação do desenho universal em vias públicas: modelo e estudo de caso**. 2009. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente Urbano) – Universidade da Amazônia, Belém, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps): um manual de classificação das consequências das doenças**. Lisboa; 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID 10:** Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 9. ed. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Panamericana de Saúde (OPAS). CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** São Paulo: EDUSP, 2003. 325p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégias mundial sobre regimen alimentário, actividad física y salud**. 2010. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_mysths/es/>. Acesso em 20 de set. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World Health Statistics**. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_ statistics/ EN_ WHS 2013_Full.pdf>, acesso em 25 set. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇOES UNIDAS (ONU). United Nations Departament of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Aging, 2007**. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/ES-English.pdf>, acesso em 25 set. 2013.

PALACIOS-CEÑA, D. et al. Has the prevalence of disability increased over the past decade (2000–2007) in elderly people? A Spanish population-based survey. **Journal of the American Medical Directors Association,** Hagerstown, v. 13, n. 2, p. 136-142, 2012.

PAPALÉO NETTO, M. Processo de envelhecimento e longevidade. In: _____. **Tratado de gerontologia.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 3-9.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383-391, 2005.

PAÚL, C.; AYIS, S.; EBRAHIM, S. Disability and psychosocial outcomes in old age. **Journal of Aging & Health,** Newbury Park, v. 19, n. 5, p. 723-741, 2007.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, A. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 49-70.

PEDRAZZI, E. C. et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, 8 telas, jan./fev. 2010.

PELEGRIN, A. K. et al. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 4, p.182-128, 2008.

PEREIRA, M. R. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 63.

PERRACINI, M. R. Prevenção e manejo de quedas. In: RAMOS, L. R.; TONIOLO NETO, J. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar:** UNIFESP – Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole, 2005. p. 193-207.

POLES, K. **O Desenvolvimento de Conceito de Morte Digna na UTI Pediátrica**. 2008. 135 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. Instituições de Longa Permanência para idosos – ILPIs, desafios e alternativas no município do Rio de janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v.11, n.1. 2008. Disponível em <http://www.unati.uerj.br>. Acesso em 02 Jun. 2013.

POPE, A. M.; TARLOV. A. R. **Disability in America**: toward a national agenda for prevention. Washington, DC: National Academy Press. 1991.

QU, W. et al. Understanding the linkages between perceived causative impairment and activity limitations among older people living in the community: A population-based assessment. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation,** Baltimore, v. 90, n. 6, p. 466-476, 2011.

RESNIK, B. Falls in a community of older adults; putting research into practice**.** **Clinical Nursing Research**, Newbury Park, v. 8, n.3, p. 251-266, 1999.

REUBEN, D.; RUBENSTEIN, L.; HIRSCH, S. Value of Functional Status as a Predictor of mortality: Results of a Prospective Study. **The American Journal of Medicine,** New York**,** v. 93, n. 6, p. 663-669, 1992.

RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.

RIBERTO, M. et al. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

RICCI, N. A.; KUBOTTA, M. T.; CORDEIRO, R. C.; Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Publica**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005.

RICCI, M. et al. Clinical findings, functional abilities and caregiver distress in the early stage of dementia with Lewy Bodies (DLB) and Alzheimer's disease (AD). **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Chichester, v. 49, n. 2, p.101-104, 2009.

ROCHAT, S. et al. Frailty and use of health and community services by community-dwelling older men. **Age and Ageing,** London**,** v. 39, n. 2, p. 228-233, Mar 2010.

RODGERS, B. L. Concept, analysis, and the development of nursing knowledge: The evolutionary cycle. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 14, n.14, p. 330-335**,** 1989.

RODGERS, B. L. Philosophical foundation of concept development. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (eds.). **Concept development in nursing**. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p. 7-37.

RODGERS, B. L. Concept analysis: an evolutionary view: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (eds.). **Concept development in nursing**. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p. 77-102.

RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. Introduction to concept development in nursing. editors. **Concept development in nursing**. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p. 1-6.

RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. Application and future direction for concept development in nursing. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (eds.). **Concept development in nursing**. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p. 401-409.

RODWIN, V. G.; GUSMANO, M. K.; BUTLER, R. Growing older in world cities: implications for health and long-term care policy. In: RODWIN, V. G.; GUSMANO, M. K. (Ed.). **Growing Older in World Cities: New York, London, Paris, and Tokyo.**

Nashville: Vanderbilt University, 2006, p. 416.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão Integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 109-112, 1998.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

ROSENBERG, I. H. Summary comments. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 50, n. 5, p. 1231-1233, 1989.

SCHOENI, R. F.; FREEDMAN, V. A.; MARTIN, L. G. Why is late-life disability declining? **The Milbank Quarterly**, New York, v. 86, n. 1, p. 47-89, 2008.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e os estudo de carga de doença no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCHWARTZ-BARCOTT, D.; KIM, H. S. An expansion and elaboration of the Hybrid Model of Concept Development. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (eds.). **Concept development in nursing**. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p. 129-159.

SHINKAI, S. et al. Predictors for the onset of functional decline among initially non-disabled older people living in a community during a 6-year follow up. **Geriatric Gerontology International**,Tokyo**,** v. 3, p. S31–S39, 2003. Supplement 1.

SILVA, L.; GALERA, S, A. F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para familiares de idosos dependentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 397-403, 2007.

SIMONSICK, E. M. et al. Severity of upper and lower extremity functional limitation: scale development and validation with self-report and performance-based measures of physical function. WHAS Research Group. Women's Health and Aging Study. **The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences,** Washington, v. 56, n. 1, p. 10-9, Jan 2001.

SIMPSON, S.M. Near death experience: a concept analysis as applied to nursing. **Journal of Advanced Nursing,** Oxford, v. 36, n. 4, p. 520-526, 2001.

SONG, J.; CHANG, R. W.; DUNLOP, D. D. Population impact of arthritis on disability

in older adults. **Arthritis and Rheumatism,** Atlanta, v. 55, n. 2, p. 248-255, 2006.

SOUZA, M. et al. Contribution of chronic disease to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 dementia research group population-base survey**. Lancet**, London, v. 374, n. 9704, p.1821-30, 2009.

STEINMAN, B. A.; ALLEN, S. M. Self-reported vision impairment and its contribution to disability among older adults. **Journal of Aging and Health**, v. 24, p. 307-322, Mar. 2012.

SUEN, S. L.; SEN, L. Mobility option for senior. Transportation in an aging society. A decade of experience. **Technical Papers and Report from a Conference,** Washington, p.97-113, 2004.
SUTTAJIT, S. et al. Impairment, disability, social support and depression among older parents in rural Thailand. **Psychological Medicine**, London, v. 40, n.10, p. 1711-1721, 2010.

TALMELLI, L. F. S. et al. Alzheimer's disease: functional decline and stage of dementia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n.3, p.219-225, 2013.

TINETTI, M. E. ;WILLIAN, C. S. Falls, injuries due to falls and the risk of admission to a nursing home. The **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 337, n. 18, p.1279-1284, 1997.

TINETTI, M. E.; KUMAR, C. The patient who falls. It's always a trade-off**. The Journal of American Medical Association**, Chicago v. 303, n. 3, p. 258-266, 2010.

URDANG, L. **The American Century Thesaurus**. New York (NY): Warner Books Inc.; 1997.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VAN DEN BRINK, C. L. et al. The contribution of self-rated health and depressive symptoms to disability severity as a predictor of 10-year mortality in European elderly men. **American Journal of Public Health**, New York, v. 95, n. 11, p. 2029-2034, 2005.

VELÁSQUEZ, G, V. F. et al. Tejido de significados en la adversidad: discapacidad, pobreza y vejez. **Hácia la promocion de la Salud,** Manizales**,** v. 16, n. 2, p. 121-

131, 2011.

VENDRAMINI, S. H. F. et al. Tuberculose no idoso: análise de conceito. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n.1, p. 96-103. 2003.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. The disablement process. **Social Science and Medicine**, New York, v. 38, n.1, p. 1-14, 1994.

VERBRUGGE, L. M. A global disability indicator. **Journal of Aging Studies,** v. 11, n. 4, p. 337-362, 1997.

VISSER, M. et al. Skeletal muscle mass and muscle strength in relation to lower-extremity performance in older men and women. **Journal of American Geriatric Society**, New York, v. 48, n. 4, p. 381-386, 2000.

XUE, Q. L. et al. Life-space constriction, development of frailty, and the competing risk of mortality: The women's health and aging study. **American Journal of Epidemiology,** Baltimore, v. 167, n. 2, p. 240–248, Jan. 2008.

WANG, L. Predictors of functional change: a longitudinal study of nondemented people aged 65 and older. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 50, n. 9, p. 1525–1534, 2002.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M.. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletin de la Oficina Sanitaria. Panamericana**, v.120, n. 6, p. 472-481, 1996.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, Dec 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps.** Geneva: World Health Organization, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Home-based and long-term care, report of a WHO Study Group**. Genebra, 2000. (Série de Relatórios Técnicos 898).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): **World Health Organization International Classification of Functioning, Disability and Health**. Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A glossary of term for community health care and services for older persons**. 2004. (Ageing and Health Technical Report, v. 5). Disponível em: <http://www.who.org>. Acesso em: 25 jun. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento Ativo:** uma política de saúde. Tradução S. Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WU,Y. et al. Age distribution and risk factors for the onset of severe disability among community-dwelling older adults with functional limitations. **Journal of Applied Gerontology**, v. 26, n. 3, p. 258–273, 2007.

WU, Y.; MCCRONE, S. H.; LAI, H. J. Health behaviors and transitions of physical disability among community-dwelling older adults. **Research on Aging**, v. 30, n. 5, p. 572-592, 2008.

ZIJLSTRA, J. A. R. et al. Evaluating an intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in elderly person: design of a randomized controlled trial. **BioMed Central Public Health**, Londres, v. 5, n. 26, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para Coleta de Dados dos Artigos – Fase Teórica

1.Identificação

TITULO DO ARTIGO	
TITULO DO PERIÓDICO	
AUTORES	NOME_____ _____ LOCAL DE TRABALHO_____ _____ _____ GRADUAÇÃO_____ _____
PAÍS	
IDIOMA	
ANO DE PUBLICAÇÃO	

2. INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO

HOSPITAL	
UNIVERSIDADE	
CENTRO DE PESQUISA	
INSTIUIÇÃO ÚNICA	
PESQUISA MULTICÊNTRICA	
OUTRAS INSTITUIÇÕES	
NÃO IDENTIFICA O LOCAL	

3. TIPO DE REVISTA CIENTIFICA

PUBLICAÇÃO DE ENFERMAGEM	
PUBLICAÇÃO DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA E GERONTOLÓGICA	
PUBLICAÇÃO DE ENFERMAGEM DE OUTRA ESPECIALIDADE	
PUBLICAÇÃO MÉDICA	
PUBLICAÇÃO DE OUTRAS AREAS DA SAÚDE	

4.QUESTÕES NORTEADORAS PARA ANÁLISE DO CONCEITO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL*

ORIGEM	Definição da origem da incapacidade funcional no idoso?
DEFINIÇÂO:	
ANTECEDENTES	De que forma a incapacidade está descrita? Em que contextos?
ATRIBUTOS	Quais as palavras relevantes ou expressões utilizadas para descrever a incapacidade?
CONSEQUÊNCIAS	Quais as consequências da incapacidade para o idoso?

*Adaptado de Poles (2008)

APENDICE B – Síntese dos artigos da Revisão Integrativa

1	ARROYO, P. et al. Indicadores antropométricos, composición corporal y limitaciones funcionales en ancianos. **Rev. méd. Chile,** v. 135, n. 7, p. 846-854, 2007
	Nível de Evidência: **VI**
Objetivo/ Intervenção	Avaliar a associação entre medidas antropométricas e composição corporal de idosos com limitações funcionais que vivem na comunidade.
Método	Em estudo transversal, foram analisados 377 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos selecionados aleatoriamente do projeto SABE/Chile. Foram calculadas as medidas antropometricas, força de preensão com utilização do dinamômetro e para mensuração da composição corporal foi utilizado o método de absormetria de Raio X com dupla energia. Para identificação das limitações funcionais, foram avaliados os auto-relatos, observação das ABVDs, AIVDs, mobilidade e AAVDs.
Resultados	O índice de massa corporal foi fortemente associada com a massa gorda e com massa magra. Os homens apresentaram significativamente maior massa magra quando comparado com as mulheres. A prevalência de limitações funcionais foi alta e esteve presente mais nas mulheres mulheres do que nos homens (63,7% vs 37,5%, $p < 0,01$). No modelo de regressão múltipla foi identificado que a limitação funcional está negativamente associada a força de preensão em ambos os sexos. Idade também foi um fator de risco significativo de limitações funcionais entre as mulheres.
Conclusão	A força de preensão esteve fortemente associado a limitação funcional, portanto pode se dizer que o dinamômetro é um importante intrumento a ser utilizado na avaliação geriátrica.

2	DUNLOP, D. D. et al. Racial/ethnic differences in the development of disability among older adults. **American Journal of Public Health,** v. 97, n. 12, p. 2209-15, Dec 2007.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Investigar as diferenças no desenvolvimento de incapacidade funcional para realização das AVDs entre os idosos brancos não – hispânicos, afro-americanos e hispânicos entrevistado em espanhol, e hispânicos entrevistados em inglês.
Método	Estudo de coorte prospectivo de uma amostra nacional do programa de aposentadoria de idosos que viviam na comunidade. Foram entrevistados 10524 idosos em 1998 (linha de base) e bienalmente até o ano de 2004 para estimar o risco de desenvolver a incapacidade funcional. Foram utilizados os auto-relatos para coletar

	informações sobre raça/etnia, limitação física e, a incapacidade para realizar as AIVDs, evitar ou receber ajudar com tarefas como preparar refeições quentes, compras, usar o telefone, tomar medicação e administrar o dinheiro.
Resultados	O risco para o desenvolvimento de incapacidade entre os hispânicos, entrevistados em inglês foi similar entre brancos, mas foi substancialmente maior entre americanos africanos (HR = 1.6; 95% CI = 1.3, 1.9) e hispânicos entrevistaram em espanhol (HR = 1,8; 95% CI = 1,4, 2.1). Quanto as caracteristicas demográficas, apenas idade foi significativa para o aumento do risco para desenvolver incapacidade (para 74–84 de idade anos, OR = 1,92; 85 anos ou mais velhos, OR = 3,69 em relação à idade de referência [65–74]).As condições crônicas que aumentaram significativamente o risco para desenvolver incpacidade foi AVE (OR=1,71), DM (OR=1,31) e Artrite (OR=1,22). Limitação funcional nas atividades instrumentais de vida diária (HR = 3.21) e limitações físicas (HR = 1,45) foram preditores de incapacidade funcional
Conclusão	Foram identificados maiores riscos para o desenvolvimento de incapacidade entre afro-americanos mais velhos, e hispânicos entrevistados em espanhol, em comparação com os brancos, tais diferenças eram em grande parte atenuada pelas condições de saúde e diferenças sócio-econômicas. Programas para aumentar a atividade física e promover a manutenção de peso podem reduzir as taxas de incapacidade para realizar as AVDs e reduzir as diferenças etnicas/raciais da incapacidade.

3	PAÚL, C.; AYIS, S.; EBRAHIM, S. Disability and psychosocial outcomes in old age. **Journal of Aging & Health,** v. 19, n. 5, p. 723-741, 2007. ISSN 0898-2643.
	Nível de Evidência: **VI**
Objetivo/ Intervenção	Os objetivos do estudo foram identificar, entre três grupos de idosos os problemas autorrelatados de saúde, incapacidade, percepção da condição de saúde, otimismo e qualidade de vida e explorar a relação entre as variáveis psicossociais, incapacidade e saúde na terceira idade.
Método	Trata-se de um estudo transversal e composto por 999 idosos com mais de 65 anos. Uma série de questões foi perguntada sobre demografia, qualidade de vida, otimismo–pessimismo, solidão, sofrimento psicológico, percepção de saúde, as AVDs diária, uso de dispositivos e aparelhos, serviços e equipamentos, participação social e redes sociais.
Resultados	Os autores identificaram que os idosos mais velhos (com idade

	superior a 80 anos mostram maior prevalência de problemas de saúde e incapacidade, boa percepção de saúde e qualidade de vida. No entanto, entre o grupo etário mais velho, aqueles com melhor saúde foram mais otimista, ou seja, mais problemas de saúde significou baixa autopercepção de saúde, qualidade de vida e otimismo confirmando o paradoxo da incapacidade (deficiência elevada, alto otimismo e autopercepção de qualidade de vida).
Conclusão	O estudo concluiu que os idosos mais velhos possuem um otimismo maior relacionado a sua saúde mesmo que apresente maiores limitações e mais condições crônicas quando comparado àqueles mais jovens.

4	BERGER, S.; PORELL, F. The association between low vision and function. **Journal of Aging & Health,** v. 20, n. 5, p. 504-525, 2008.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	O estudo teve com objetivo verificar a relação entre a perda de visão e a capacidade do idoso em realizar às AVDs, e ainda verificar se há diferença associada com a realização das ABVD e AIVDs e Incapacidade.
Método	Trata-se de um estudo transversal descritivo que utilizou os dados de um estudo de coorte do de Aposentadoria e Saúde (HRS) que deu inicio em 1998 com indivíduos que nasceram entre 1924-1930 e 1942-1947. Utilizaram como modelo conceitual a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade que considera a relação entre saúde, fatores pressoai, ambientais e estrutura corporal. Fizeram parte deste estudo 9.115 idosos que respondiam aos critérios de inclusão. Utilizaram de auto-relato do idoso para verificar função visual, a capacidade do idoso em realizar atividades de vida diária e condições de saúde.
Resultados	Os pesquisadores evidenciaram uma forte correlação entre a baixa acuidade visual e a capacidade de realizar as AVDs, principalmente as atividades instrumentais, já que para realiza-las, exige-se uma acuidade maior. A regressão logística confirmou a hierarquia entre as ABVDs e as AIVDs quando controlaram as variáveis demográficas e cognitiva.
Conclusão	Os resultados fornecem evidências de que as ABVDs e AIVDs exigem habilidades diferentes e associam-se de forma diferente dependente de inúmeras variáveis. Como a incidência de pessoas com perda visual vem aumentando a proporções epidêmicas devido ao envelhecimento da população, a compreensão da relação entre visão e participação em atividades significativas tem implicações importantes.

5	COOK, W. L.; JASSAL, S. V. Functional dependencies among the elderly on hemodialysis. **Kidney International,** v. 73, n. 11, p. 1289-1295, 2008.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Os objetivos deste estudo foram verificar o nível de incapacidade funcional de idosos com Insuficiência Renal Crôncia (IRC) em Hemodialise (HD) de acordo com a capacidade de realizar as AVDs e as AIVDs e identificar variáveis clínicas que são associadas com a dependência funcional.
Método	Trata-se de um estudo transversal descritivo, em que avaliarm 162 idosos em tratamento de IRC em HD. Os dados foram colhidos antes e durante a sessão de HD em entrevista estruturada e no prontuário do idoso. A dependência no desempenho de tarefas básicas de autocuidado e atividades instrumentais foi obtidas pelas escalas de Barthel e Lawton. Associações entre incapacidade, idade, sexo, educação, uso de polifarmácia, diabetes, cognição, sintomas depressivos e desempenho físico foram examinados usando regressão logística.
Resultados	A maioria dos idosos eram do sexo masculino com uma média de 75 anos de idade, oito não apresentavam nenhuma incapacidade, 69 tinham apenas dependência para AIVDs e 85 apresentavam incapacidade de fazer as AVDs e AIVDs. O uso de polifármacos, baixo desempenho fisico em mobilidade e baixo nível educacional foram associados com dependência em AVDs básica.
Conclusão	O estudo mostrou que a limitação no autocuidado é comum entre os pacientes mais idosos em hemodiálise.

6	DOLANSKY, M. A.; MOORE, S. M. Older adults' early disability following a cardiac event. **Western Journal of Nursing Research,** v. 30, n. 2, p. 163-180, 2008.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Examinar as limitações funcionais e a incapacidade de idosos depois de um evento cardíaco utilizando o modelo de Invalidez.
Método	Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo cujos dados sobre incapacidade, limitações funcionais, depressão e comorbidades foram coletados no domicilio dos participantes referentes aos dados antes do evento cardíaco, 3 e 6 semanas após. A amostra foi composta por 60 pacientes idosos. Para coleta de dados foram utilizados o autorrelato das limitações funcionais pré-evento, depressão atual e dificuldades em realizar as AVD e também instrumentos de medida para limitação funcional no desempenho físico.
Resultados	Embora a maioria dos participantes tenham apresentado melhora em

	seu desempenho físico, 70% não relataram melhora ou piora. Desempenho físico durante a hospitalização foi um preditor de incapacidade melhor do que o desempenho físico autorrelatado pré-evento mesmo quando controlado para depressão, gênero e comorbidade.
Conclusão	A avaliação do desempenho fisico antes de um evento cardíaco em idosos, pode identificar riscos para incapacidades progressivas em indivíduos com doença cardiaca prévia.

7	ESCOBAR BRAVO, M. A.; PUGA, D.; MARTIN, M. [Protective effects of social networks on disability among older adults in Madrid. **Revista Espanhola de Salud Publica,** v. 82, n. 6, p. 637-51, Nov-Dec 2008.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Analisar a associação entre as redes sociais e o nível de autonomia em ABVDs e AIVDS em estágios iniciais da velhice.
Método	Trata-se de um estudo descritivo com uma amostra de 1244 idosos. A fonte de dados foi a primeira onda do Pesquisa "Processos de vulnerabilidade na idade", em 2005. A população de estudo foi a coorte entre 70 e 74 anos, residentes em grandes áreas urbanas (Madrid e Barcelona) e nãoinstitucionalizados. Para mensurar a incapacidade foi utilizada a capacidade para o desenvolvimento de ABVDs e AIVDs. Os aspectos estruturais das relações sociais foram medidos através da diversidade da rede social e da participação.
Resultados	Os autores encontraram que para cada unidade em que se reduz o indicador de diversidade da rede social, aumenta a probabilidade de ter uma dificuldade para realizar atividades instrumentais e básicas de vida diária (OR=0,97 e OR=0,93 respectivamente).
Conclusão	A diversidade das relações sociais pode ser consideradaum fator protetor para o desenvolvimento de incapacidade em idosos mais jovens que vivem na comunidade.

8	GIACOMIN, K. C. et al. [A population-based study on factors associated with functional disability among. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 24, n. 6, p. 1260-70, Jun 2008.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Determinar os fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
Método	Trata-se de um estudo transversal realizado com 1.786 idosos não

	institucionalizados. Foi considerada como variável dependente, a incapacidade funcional, definida como incapacidade leve ou moderada (alguma dificuldade) e grave (total dependência) para realizar atividades da vida diária e como variáveis independentes os fatores sociodemográficos (sexo, escolaridade etc), rede social de apoio, uso de serviços de saúde, e condições de saúde
Resultados	A prevalência da incapacidade foi de 16% (8% leve e 8% grave). A idade e pior autoavaliação da saúde apresentaram associações positivas e independentes com ambos os níveis de incapacidade. HAS e Artrite apresentaram associações com incapacidade leve ou moderada, enquanto DM e AVE apresentaram associações com incapacidade grave. Associação negativa com incapacidade grave foi observada para visita de amigos nos últimos trinta dias.
Conclusão	Esses resultados mostram que as condições crônicas associadas à incapacidade na população estudada são passíveis de prevenção e que o apoio social externo à família é menor em idosos com incapacidade grave.

9	HORGAS, A. L. et al. The relationship between pain and functional disability in Black and White older. **Res Nurs Health,** v. 31, n. 4, p. 341-54, Aug 2008.
	Nível de Evidência: **VI**
Objetivo/ Intervenção	Verificar a relação entre raça (brancos e negros), dor e incapacidade funcional (fisica e social) em idosos.
Método	Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado com uma amostra de conveniência de idosos (> 60 anos) que frequentavam duas igrejas com uma grande diversidade racial na cidade de Midwest em 2000. Todos os idosos que cabiam nos critérios de inclusão presentes no dia do inquérito foram convidados a participar do estudo. A amostra foi composta por 115 idosos que foram divididos em grupos distintos de brancos e negros. Foram utilizadas questões e instrumentos para verificar presença de dor e de intensidade (Escala de descrição de dor), Incapacidade funcional e social (SIP Short Form) e condições de saúde (Older American Resources and Services)
Resultados	Os estudiosos encontraram que 60% dos entrevistados informaram algum tipo de dor, 57,4% apresentaram ao menos uma limitação funcional referente a mobilidade e 61,7% indicaram possuir pelo menos uma limitaçaõ social. Foi encontrada uma diferença estatisticamente significante da limitação funcional secundária a dor maior em negros que em brancos mesmo após controlar variáveis de confusão como aspectos sociodemográficos e condições de saúde.
Conclusão	O estudo destaca a importância da dor na vida diária de idosos e a necessidade de efetivamente, avaliar e tratar a dor, para evitar agravos ou causar limitações funcionais ou sociais.

10	MURABITO, J. M. et al. Temporal trends in self-reported functional limitations and physical disability among the community-dwelling elderly population: the Framingham Heart Study. **American Journal of Public Health,** v. 98, n. 7, p. 1256-1262, 2008.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Verificar a mudança na prevalência de limitações funcionais e incapacidade física entre a população idosa que vive na comunidade através de três décadas.
Método	Trata-se de um estudo de coorte que consistiu em três avaliações, uma em cada década, no qual fora utilizado os dados da coorte original do estudo de Framinghan avaliando os dados de individuos mais velhos, consideradondo as avaliações funcionais (dados da década de 1970 a 1990). As informações desta coorte foram obtidas por autorrelato dos idosos sobre limitações funcionais e incapacidades físicas utilizando a escala de Nagi, o Rosow-Breslau e escalas de Katz.
Resultados	Os autores verificaram diminuição das limitações funcionais de 74,6% para 60,5% para 37,9% (P <. 001) entre as mulheres e de 54,2% a 37,8% a 27,8% (P <. 001) entre os homens. A Incapacidade física diminuíu de 74.5% para 48,5% a 34,6 % (P <. 001) entre as mulheres e 42,3% para 33,3% para 22,8% (P =.OO9) entre os homens. Entre as mulheres, houve melhoria das limitações funcionais (P =.05) nas avaliações 20 e 25, para incapacidade física (P =.O2), as melhorias foram maiores na avaliação de 15 a 20. Já para os homens, as melhorias foram constantes para as três avaliações.
Conclusão	Entre os idosos que vivem na comunidade, a prevalência de limitações funcionais e incapacidades físicas diminuíram significativamente em homens e mulheres na década de 1970 a 1990. Isso pode ser em parte devido à melhoria tecnológica e a utilização de dispositivos para manter a independência.

11	RAMSAY, S. E. et al. Extent of social inequalities in disability in the elderly: results from a population-based study of British men. **Annals of Epidemiology,** v. 18, n. 12, p. 896-903, 2008.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Verificar a influência e os detrminantes das desigualdades socioeconômicas nas incapacidades e limitação funcional em homens idosos do Reino Unido.
Método	Trata-se de um estudo transversal que utilizou dados de um trabalho britânico de coorte que envolveu 7.735 indivíduos e os os dados coletados em 2003 de homens idosos com idade entre 62-82 anos.

	A amostra foi composta por 3981 idosos. Para avaliação da limitação funcional, foram consideradas as ABVDs e AIVDs e avaliadas as medidas de socioeconômicas.
Resultados	Os autores encontraram que idosos em classes sociais mais baixas tinham maiores riscos de desenvolver limitações para realizar as ABVDs e AIVDS. Outros fatores de risco como índice de massa corporal, tabagismo, atividade física, riscos comportamentais e particularmente comorbilidade podem atenuar essas diferenças reduzindo o risco relativo. Não foi encontrada relação de idade e escolaridade com limitações funcionais quando considerada a classe social. Idosos que não eram proprietários de casa ou não possuiam carro tinham maiores chances de limitação funcional e incapacidade em ABVDs quando comparado com proprietários de casa ou carro, independentes de fatores de risco comportamentais, comorbidades e classe social.
Conclusão	Foram encontradas grandes diferenças socioeconômicas entre idosos que apresentavam maiores comprometimentos funcionais. São necessários esforços de política para reduzir as disparidades sociais e incapacidade no idoso.

12	RICHARDSON, J. et al. Does monitoring change in function in community-dwelling older adults alter outcome? A randomized controlled trial. **Clinical Rehabilitation,** v. 22, n. 12, p. 1061-1070, 2008
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Determinar se as informações fornecidas para os idosos e seu médico sobre sua avaliação funcional realizadas por fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais causam melhores resultados para a saúde e funcionalidade. O grupo de intervenção foi avalido três vezes (inicial, 9 e 18 meses) quanto a sua performance com feedback para o participante idoso e o médico da família do participante. Já o outro grupo foi avalido duas vezes (inicio-18 meses) sem feedback da avalição para o idoso e o médico da familia
Método	Trata-se de um estudo randomizado controlado, cujos avalidores não foram cegos para porceder a distribuição dos grupos. O estudo foi feito com pacientes idosos com mais de 65 anos que viviam em comunidade atendidos em duas clinicas de reabilitação. Os sujeitos foram recrutados aleatoriamente e a seleção para os grupos controle e caso foi de forma aleatória randomizada. Para verificar o status de saúde, de foi utilizado o Short Form-36 (SF-36), e para avaliar a incapacidades pré-clínica foram utilizadas medidas que incluíam o desempenho muscular dos membros e o teste de força de membros inferiores.

Resultados	Foram avaliados 265 idosos, sendo 131 controles e 134 com intervenção. Os autores encontraram pouca diferença entre os grupos caso e controle, exceto para a incidência de quedas que foi maior para o grupo que não sofreu a intervenção e o aumento da força muscular para o grupo que sofreu a intervenção, já que este grupo realizou mais sessãos de fisioterapia e exercício fisico se comparado com o outro grupo.
Conclusão	O fornecimentos de informações sobre os resultados da avaliação detalhada do funcionamento físico para idosos e seus médicos não apresentou significativa diferenças em escores de função entre os grupos intervenção e controle.

13	SCHOENI, R. F.; FREEDMAN, V. A.; MARTIN, L. G. Why is late-life disability declining? **Milbank Quartely,** v. 86, n. 1, p. 47-89, Mar 2008.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Investigar as causas da diminuição da incapacidade em idosos mais velhos evidenciada desde a década de 1980.
Método	Trata-se de ume estudo de coorte realizado entre os anos de 1982 e 2005 e análise da literatura. As análises originais incluem modelos de tendência de dados sobre a necessidade de ajuda com atividades diárias e causas autorrelatados de tais limitações para a idosos com 70 anos ou mais.
Resultados	Os autores encontraram que o uso de tecnologias assistivas foi importante para diminuir a incapacidade, assim como o declínio em problemas cardiocirculatórios, visão e condições músculoesqueléticas já que são relatadas como causas da incapacidade. Os autores referem que tais melhorias correspondem à expansão nas condições de saúde, procedimentos e tratamento farmacológico para a doença cardiovascular, aumento das cirurgias de catarata, prótese de joelho e expansão de medicamentos para condições artríticas e reumáticas. Foi identificado também como causa dessa diminuição, maior aproveitamento escolar, diminuição da pobreza e da viuvéz. Mudanças no comportamento de fumar.
Conclusão	A diminuição das incapacidade funcional em idosos mais velhos a partir da década de 1980 se deu pelo avanço tecnológico, melhores condições de vida e mudanças de hábitos de vida.

14	WU, Y.; MCCRONE, S. H.; LAI, H. J. Health behaviors and transitions of physical disability among community-dwelling older adults. **Research on Aging,** v. 30, n. 5, p. 572-591, 2008.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Os objetivos deste estudo foram examinar a variação das mudanças no estado funcional em cinco anos, incluindo o início, recuperação,

	a melhoria, o declínio de incapacidade e da morte.
Método	Trata-se de um estudo de coorte que utilizou dados de um estudo maior anterior realizado com idosos com 65 anos ou mais, com enfâse naqueles que tinham incapacidade funcional que viviam em comunidade ou institucionalizados. Este trabalho utilizou os dados colhidos em 1994 e 1999. Para avaliar o comprometimento funcional, foi utilizados medidas que avaliam capacidade de realizar AVDs, outra medidas tambem foram consideradas como IMC, hábitos de vida e relações sociais.
Resultados	Fizeram parte deste estudo 3.067 idosos. Foi encontrado que a obesidade aumenta o risco de incapacidade, e o uso de bebida alcoolicas diminui este risco. Entre os idosos inicialmente com incapacidade funcional, o declínio foi maior para aqueles abaixo do peso ou fisicamente inativos. Aqueles que utilizam regularmente vitamina e/ou suplementos minerais ou têm um passatempo eram menos propensos a aumentar ainda mais sua incapacidade. Ter mais contatos com amigos, atividades sociais regulares e possuir IMC ≥ 25 beneficiou a sobrevivência destes idosos.
Conclusão	Os autores concluiram que os idosos podem ter mais controle pessoal sobre suas vidas baseado em suas escolhas sobre conexões sociais e estilos de vida.

15	BERLAU, D. J.; CORRADA, M. M.; KAWAS, C. The prevalence of disability in the oldest-old is high and continues to increase. **Int J Geriatr Psychiatry,** v. 24, n. 11, p. 1217-25, Nov 2009.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Determinar a extensão e o tipo de incapacidade presente em idosos mais velhos usando dados de um estudo maior realizado com essa população.
Método	Trata-se de um estudo tranversal descritivo que utilizou dados de um estudo maior de coorte. Os autores utilizaram somente os dados colhidos de 2003, que foram colhidos através de questionários enviados por email aos idosos que viviam na comunidade e institucionalizados, que foram preenchidos por seus cuidadores. O questionário incluía dados sociodemográficos e escala para avaliar a capacidade funcional do idoso com indice de Katz. Os sujeitos foram classificados como tendo dificuldade para realizar as AVDs e dependentes para realizá-las.
Resultados	Os autores enontraram que 71% dos idosos com idade entre 90 e 94, 89% dos idosos entre 95–99 anos e 97% em centenários apresentavam dificuldades para realizar as AVDs. Quanto à dependência para realizar as AVDs, estava presente em 92% dos centenários, 66% dos 95–99 anos de idade e 44% de 90–94 anos de

	idade. 70% dos idosos apresentavam dificuldade para caminhar. A AVD que mais causa dependência foi tomar banho (51%). Idade, gênero e institucionalização foram significativamente associados com dificuldade e dependência nas AVDs.
Conclusão	Os autores concluíram que a prevalência de incapacidade continua a aumentar rapidamente em idosos com mais de 90 anos e consequentemente traz implicações para saúde pública.

16	BYFORD, M. et al. Lewy bodies and neuronal loss in subcortical areas and disability in non-demented. **BMC Geriatr,** v. 9, p. 22, 2009.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	O objetivo deste estudo foi de examinar as correlações clínicas de incapacidade funcional e alterações subcorticais neuronais em indivíduos idosos não demenciados
Método	Trata-se de um estudo de coorte que avaliou 156 idosos não demenciados quanto à sua capacidade funcional por meio de entrevistas, os quais doaram seus tecidos cerebrais para análise *post morten.* Sua capacidae funcional foi medida pela capacidade de realizar as ABVDs e as AIVDs.
Resultados	Os autores encontraram maior incapacidade funcional em idosos mais velhos de ambos os sexos. Eles também identificaram pior desempenho funcional em idosos que apresentavam perda neuronal severa nas regiões subcorticais do cerebro e presença de corpusculos de Lewy.
Conclusão	Concluiu-se que a perda neuronal está associada ao pior desempenho funcional em idosos não demenciados

17	CRIMMINS, E. M. et al. Change in disability-free life expectancy for Americans 70-years-old and older. **Demography,** v. 46, n. 3, p. 627-46, Aug 2009.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Examinar as mudanças na expectativa de vida livre de incapacidade.
Método	Trata-se de um estudo que utilizou os dados de coorte de outros dois estudos longitudinais que ocorreram entre os anos de 1984-1990 e 1994-2000.
Resultados	Foi encontrado que a expectativa de vida livre de incapacidade aumentou mais de um ano quando comparadas as coortes com 10 anos de diferença. A duração média de vida esperada de idosos com incapacidade nas AIVDs e ABVDs não mudou. Mudanças na expectativa de vida livre de incapacidade resultaram da diminuição da incidência de incapacidade e aumento na incidência de recuperação da mesma.

Conclusão	Esses resultados indicam a importância dos esforços tanto para prevenir e retardar a incapacidade quanto para recuperá-la da mesma para o aumento da expectativa de vida sem comprometimentos.

18	DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among. **Revista de Saúde Pública,** v. 43, n. 5, p. 796-805, Oct 2009.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Estimar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional de idosos para realização das ABVDs e as AIVDs
Método	Trata-se de um trabalho transversal descritivo de base populacional realizado na zona urbana de Pelotas/RS com idosos com 60 anos ou mais. Os idosos foram selecionados em amostragem por conglomerado em dois estágios. Para avaliação das ABVDs, foi utilizado o indice de Katz e para as AIVDS, a escala de de Lawton.
Resultados	Os autores encontraram prevalências semelhantes para realizar as ABVDs e AIVDS (26,8 e 28,8 respectivamente). Nas ABVDs, a atividade que mostrou maior nível de dependencia foi urinar e evacuar, para as atividades instrumentais foi realizar deslocamentos utilizando algum meio de transporte. Foi encontrada forte associação entre ABVDS com cor da pele parda/preta/outras (p=0,01) e com o aumento da idade (p<0,001). Já a incapacidade de realizar as AIVDs associou-se apenas com o aumento da idade (p<0,001).
Conclusão	A associação da dependência para realizar as AVDs com a idade, é um importante fator preocupante para que os serviços de saúde planejem ações visando postergar a incapacidade funcional em idosos.

19	HSIAO, C. et al. The effect of disability on personal quality of primary care received by older adults. **Disability & Rehabilitation,** v. 31, n. 22, p. 1835-1842, 2009.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Quantificar a associação entre a incapacidade e a qualidade pessoal de cuidados primários entre os idosos
Método	Trata-se de um estudo descritivo, em que utilizaram dados de dois anos de avaliação de um estudo maior de coorte avaliando idosos usuários de dois sistemas de saúde. Para este estudo foram considerados dois momentos da avaliação (1998 e 1999) que foi realizada por correio ou por telefone. Para avaliação funcional, foram consideradas ABVDs e as AIVDs. Os idosos foram classificados de acordo com seu desempenho (sem incapacidade, incapacidade persistente, incidente ou anterior). A qualidade dos cuidados

	primários, foi avaliada pelo autorrelato em cinco dominios de acordo com a Pesquisa de Avaliação de Cuidados Primários a Saúde (PCAS).
Resultados	Os idosos que apresentaram algum grau de incapacidade anterior, relataram baixa qualidade do atendimento primário a saúde. Porém, não foi identificada diferença entre os idosos com incapacidade persistente ou incidente quando associado aos cuidados primários com a saúde.
Conclusão	A presença de incapacidade prévia tem efeitos negativos para percepção de cuidados primários com a saúde.

20	KARP, J. F. et al. Use of the late-life function and disability instrument to assess disability in major depression. **Journal of American Geriatric Society,** v. 57, n. 9, p. 1612-9, Sep 2009.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Avaliar a ocorrência de incapacidade em idosos com quadros depressivos quando comparadoscomos que não apresentam depressão, e verificar a correlação entre a gravidade da depressão e da incapacidade depois da utilização de farmacoterapia antidepressiva.
Método	Trata-se de um estudo de caso-controle realizado com idosos com mais de 60 anos que participavam de um estudo sobre o tratamento da depressão com Citalopran. Os idosos foram acompanhados durante 22 semanas. Foram recrutados 313 idosos para este estudo, sendo 244 sendo tratados para depressão e 69 foram do grupo controle sem depressão. Foram avaliados os sintomas depressivos, incapacidades, ansiedade, qualidade de vida, cognição, presença de comorbidades e aspectos sociodemográficos.
Resultados	Os resultados demonstraram que os idosos depressivos tiveram pior desempenho funcional, correlacionados com a severidade da depressão, ansiedade e cognição. Houve melhora da incapacidade com o tratamento antidepressivo, para os idosos que continuaram a receber tratamento antidepressivo em doses mais elevadas, a melhoria foi continuada, embora não ao nível de indivíduos sem depressão.
Conclusão	A incapacidade está associada à ocorrência de sintomas depressivos, e que o tratamento adequado pode minimizar esta incapacidade.

21	LIU, J. et al. Prevalence and correlates of functional disability in Chinese older adults. **Geriatrics & Gerontology International,** v. 9, n. 3, p. 253-261, 2009.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/	Verificar a prevalência de incapacidade funcional e sua correlação

Intervenção	com aspectos sociodemográficos de idosos chineses baseado.
Método	Trata-se de um estudo tranversal descritivo que avaliou os dados de um inquérito nacional chinês. Foram considerados para este estudo 354.859 individuos que foram entrevistados quanto aos fatores sociodemográficos e funcionalidade. A incapacidade funcional foi avaliada de acordo com a descrição da CIF
Resultados	Os autores encontraram uma prevalência de incapacidade funcional de 8,1%. As principias causas foram doenças vasculares, osteoartrite e acidentes. Outros fatores associados à incapacidade funcional foram: idade avançada, residência rural, baixa escolaridade, baixa renda, desemprego, ser solteiro, viver em habitação simples e viver com os outros.
Conclusão	Os pesquisadores concluíram que estratégias que minimizem a ocorrência de doenças crônicas e baixa a condição socioeconômica podem contribuir para reduzir incapacidade em idosos.

22	PARAHYBA, M. I. et al. Reductions in disability prevalence among the highest income groups of older Brazilians. **American Journal of Public Health,** v. 99, n. 1, p. 81-86, 2009
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Identificar a correlação entre baixa renda e incapacidade entre idosos brasileiros idosos.
Método	Trata-se de um estudo tranversal que utilizou os dados da Pesquisa Nacional de Domicilios (PNAD) nos anos de 1998 e 2003. Foram considerados 63.985 idosos entrevistados em seu domicílio quanto às características sociodemográfica, perfil socioeconômico e avaliação funcional. Para identificar os idosos dificuldades funcionais, foi considerada sua capacidade de deambulação por 100 metros.
Resultados	Os autores entcontram uma forte relação entre o aumento da renda e a redução da prevalência da incapacidade para a maioria das classes sociais. Os dados mostraram que a melhoria se manteve mesmo para os idosos com melhores condições econômicas.
Conclusão	A prevalencia da incapacidade tende a diminuir com a melhoria das condiçoes de renda.

23	SEIDEL, D. et al. Recovery in instrumental activities of daily living (IADLs): findings from the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). **Age & Ageing,** v. 38, n. 6, p. 663-668, 2009.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento da incapacidade precoce para realizar as AIVDs

Método	Trata-se de um estudo longitudinal, feito com dados de um estudo maior com idosos maiores de 65 anos em cidades do Reino Unido. Os participantes foram submetidos a uma entrevista entre 1990 e 1994 e foram reavaliados dois anos mais tarde. Os participantes considerados para este estudo foram aqueles incapazes ou que necessitavam de auxílio para realizar qualquer AIVD.
Resultados	Os resultados mostraram que uma minoria de idosos apresentou piora no desempenho funcional em realizar as AIVDs em dois anos de seguimento. Os idosos com mais de 75 anos, mulheres, idosos que faziam uso de pelo menos uma medicações, que apresentavam pior percepção de saúde e mais de duas comorbidades apresentaram também uma piora no desempenho para realizar as AIVDs.
Conclusão	Os autores concluiram que programas de intervenções precoce podem minimizar alguns fatores de risco para o desenvolvimento de incapacidade

24	AL SNIH, S. et al. Obesity and disability: relation among older adults living in Latin America and. **Am J Epidemiol,** v. 171, n. 12, p. 1282-8, Jun 15 2010
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	O trabalho teve como objetivo avaliar a relação entre obesidade e incapacidade em idosos de seis cidades latinas e do Caribe.
Método	Estudo descritivo tranversal que utilizou dados do estudo SABE realizado em sete cidades latino-americanas. Os idosos foram analisados entre 1999-2000. Foram incluídos neste estudos 6.166 idosos que tinham seus dados antropométricos completos. Para avaliação da funcionalidade, foi utlizada a escala de Katz e considerado para análise, o Indice de Massa Corporal (IMC).
Resultados	Os autores encontraram que idosos com IMC abaixo de 18,5 (muito baixo peso) e acima de 35 (obesidade) apresentaram indices maiores de incapacidade. Outros fatores que predispuseram a uma maior incapacidade foram: genero feminino, doenças cronicas como DM, Osteoartrite, problemas cardiacos, câncer e uso do cigarro.
Conclusão	A obesidade é um fator independente que contribui para a incapacidade em idososo e que por isso, pode ser considerada para o planejamento de ações que visam reduzir a incapacidade na saúde mundial

25	CASKIE, G. I.; SUTTON, M. C.; MARGRETT, J. A. The relation of hypertension to changes in ADL/IADL limitations of Mexican. **Journal of Gerontology: Psychol Science and Social Science,** v. 65b, n. 3, p. 296-305, May 2010.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/	Avaliar as mudanças na limitação para realizar as AVDs e as AIVDs

Intervenção	ao longo do tempo de idosos hipertensos que vivem na comunidade
Método	Trata-se de um estudo longitudinal que avaliou idosos em quatro momentos, porém para este estudo foi considerado somente os três ultimos (1995-96, 1998-99, 2000-01). Incluiram-se 3.046 indivíduos. Os idosos foram avaliados no domicílio quanto a HAS, AVDs, AIVDs, aspectos demográficos, sintomas depressivos e utilização da língua inglesa.
Resultados	Houve um declínio funcional ao longo do tempo, e indivíduos com HAS apresentaram maiores índices de incapacidade quando comparado com aqueles sem HAS. Outros fatores que também influenciaram para o aumento das limitações foram idade, presença de comorbidade e depressão
Conclusão	Os autores concluiram que a HAS pode aumentar o risco de incapacidades em idosos, por isso seu controle e diagnóstico precoce podem atenuar este efeito

26	CHEN, H. et al. A hierarchical categorization of tasks in mobility disability. **Disability & Rehabilitation,** v. 32, n. 19, p. 1586-1593, 2010.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Os objetivos do estudo foram categorizar um modelo completo hierárquico de mobilidade e; verificar a relação entre a hierarquia da mobilidade e a incapacidade de realizar AVDS e AIVDs.
Método	Trata-se de um estudo tranversal que utilizou dados de um estudo coorte. Para este estudo foram considerados 2626 idosos que foram classificados dentro de nove categorias de acordo com seu desempenho na avaliação da mobilidade. Os dados foram colhidos por autorrelatos dos idosos quanto à moblidade e capacidade em realizar as AVDs e AIVDs.
Resultados	Os autores identificaram três niveis hierárquicos de incapacidade na mobilidade: incapacidade leve, incapacidade moderada e incapacidade grave e observaram que idosos com icapacidade leve de mobilidade apresentavam dificuldade apenas para desenvolver as AIVDs, que idosos com incapacidade moderada na mobilidade demonstravam incapacidade para realizar AIVDs e pouca ou nenhuma para realizar as AVDs e que os idosos com incapacidade grave ne mobilidade, apresentavam, pelo menos, dificuldade em todos os domínios das AVDs.
Conclusão	É evidente a correlação da incapacidade em realizar AVDs e AIVDs com a categorização hierárquica da incapapcidade na mobilidade, e que tal categorização de ver ser utilizada para melhor avaliar os riscos de incapacidade
27	CHIEN, M. Y.; KUO, H. K.; WU, Y. T. Sarcopenia, cardiopulmonary fitness, and physical disability in. **Physical Therapy,** v. 90, n. 9, p. 1277-87, Sep

	2010.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Os objetivos deste estudo foram: Comparar atividade física, força muscular, desempenho físico cardiopulmonar e autorrelato de incapacidade com sarcopenia em idosos que vivem na comunidade; testar a hipótese de que a sarcopenia está associada á incapacidae fisica e verificar esta associação a dimuniução da força muscular e o desempenho físico cardipulmonar.
Método	Estudo é descritivo transversal que avaliou 275 idosos que vivem na comunidade. Os sujeitos foram avaliados quanto à massa mascular, ao índice de massa muscular e esquelética, à incapacidade fisica, à atividade fisica e desempenho fisico ardipulmonar.
Resultados	O desempenho físico cardiopulmonar era significantemente inferior em idosos com sarcopenia, mesmo naqueles com índice de massa muscular e esquelética normal. Força muscular e gasto energético não apresentaram diferenças estatísticas entre os idosos com sarcopenia.
Conclusão	A sarcopenia está mais associada a incapacidade física em idosos do sexo masculino e que está mediada pela diminuição do desempenho cardio pulmonar.

28	GIBSON, K. et al. Screening for pre-clinical disability in different residential settings. **BMC Geriatric,** v. 10, p. 52, 2010.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Este estudo teve como objetivos descrever o uso de uma ferramenta de rastreio para incapacidade pré-clínica para selecionar um grupo funcionalmente comparável de idosos e explorar os fatores associados à função e à incapacidade.
Método	Trata-se de um estudo tranversal descritivo que avaliou idosos com condição pré-clinica de incapacidade residentes em um vilarejo para aposentados e na comunidade. A funcionalidade foi avaliada segundo os autorrelatos dos idosos e a aplicação de instrumentos físicos em 471 individuos.
Resultados	Os autores não encontraram diferenças da limitação funcional pré-clinica em idosos residentes na comunidade e no vilarejo para aposentados. Encontraram que fatores como sexo feminino, presença de condições crônicas, diminuição de força em extremidades, baixo peso e depressão influenciaram na ocorrência da condição pré-clinica de incapacidade.
Conclusão	Os autores concluiram que estes resultados oferecem *insights* sobre o tipo de fatores incapacitantes caracterizam-se mais cedo a perda funcional que pode ser resolvida através de iniciativas de prevenção da incapacidade.

29	KALYANI, R. R. et al. Association of diabetes, comorbidities, and A1C with functional disability in older adults: results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 1999-2006. **Diabetes Care,** v. 33, n. 5, p. 1055-1060, 2010
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	O objetivo deste estudo foi verificar a realação entre DM e incapacidade funcional em idosos mediada pelas comorbidades e pelo valor da hemoglobina Glicada.
Método	Trata-se de um estudo tranversal descritivo que utilizou dados de um estudo seccional muito maior realizado nos anos de 1999 a 2006. Para este estudo foram considerados idosos com mais de 60 anos cujos dados dados eram completos para DM, nível educacional, IMC e história de tabagismo. Foram incluidos 6.097 idosos que foram avaliados quanto a incapacidade funcional, aos dados demográficos, comorbidades, e aos valores da Hemoglobina glicada. Foram considerados 19 tarefas fisicas que, ao final, distribuiram os idosos em cinco grupos.
Resultados	Os autores encontraram que os idosos com DM possuem maiores chances de incapacidades e que se associada a doenças cardiovasculares e obesidade aumenta ainda mais a chance de o idoso ser incapaz, e que o controle glicêmico pode atenuar estas incapacidades
Conclusão	Os autores concluiram que idosos diabéticos apresentam alta prevalência de incapacidades que pode ser atribuída ao mal controle glicêmico e a comorbidades. A gestão dos fatores de risco para DM como obesidade podem contribuir com esta população

30	KEYSOR, J. J. et al. Community environmental factors are associated with disability in older adults. **Journal of Gerontology: Biological Science Medicine Science,** v. 65, n. 4, p. 393-9, Apr 2010
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Verificar a prevalência das barreiras e dos facilitadores de mobilidade e transporte para pessoas idosas que vivem na comunidade, e verificar qual a associação entre as barreiras e as facilidades da com a incapacidade em idosos.
Método	Trata-se de um estudo transversal que utilizou a população de um estudo de coorte maior que avaliava os fatores de risco e incidência de osteoartrite de joelho em uma população. Para este estudo, foram considerados somente os idosos que apresentavam algum nível de incapacidade. Foram avaliados 435 idosos quanto à limitação em atividades de vida diária e frequência de atividades.
Resultados	Os autores relataram que cerca de 1/3 dos idosos que viviam em

	comunidade apontaram presença de barreiras ou dificuldades relacionadas à mobilidade e ao transporte fora de casa.
Conclusão	Os autores concluíram que as limitações funcionais apresentadas por idosos que vivem na comunidade podem ser também resultantes de más condições urbanísticas.

31	KVALE, E. A. et al. Cognitive speed of processing and functional declines in older cancer survivors. **European Journal of Cancer Care (Engl),** v. 19, n. 1, p. 110-7, Jan 1 2010
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Comparar a ocorrência de incapacidade funcional e cognitiva em idosos sobreviventes ao câncer que fizeram uso de quimioterapia
Método	Trata-se de um estudo caso-controle randomizado e longitudinal que comparou dois grupos de idosos: um de idosos sobreviventes ao câncer em tratamento quimioterápico (39) e outro com idosos sem histórico de câncer (37). Os idosos foram avaliados quanto a características demográficas, sintomas depressivos, capacidade cognitiva (referente a velocidade de processamento de informações) e capacidade de realizar AIVDs (avaliado o tempo de realização em laboratório).
Resultados	Os autores encontraram diminuição da performance em realizar as AIVDs em idosos que foram submetidos ao tratamento quimioterápico por estarem relacionadas a velocidade de processamento de informações que também se mostrou diminuída neste idosos.
Conclusão	Os autores concluíram que a disfunção cognitiva secundária ao tratamento de câncer, contribui para a incapacidade funcional em idosos com câncer, e sugerem eu mais estudos sobre temática seja desenvolvidos

32	LORENZ, R. A. Coping with preclinical disability: older women's experiences of everyday. **Journal of Nursing Scholarship,** v. 42, n. 4, p. 439-47, Dec 2010
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	O objetivo foi descrever as práticas de *coping* utilizadas por mulheres idosas durante a fase pré-clínica da incapacidade.
Método	Trata-se de um estudo longitudinal qualitativo que avaliou 12 mulheres idosas a cerca de sua performance funcional. Foram avaliadas durante seis meses e após 12 e 18 meses. Foi utilizada a técnica de observação e para interpretação dos dados.
Resultados	Os autores encontraram seis temas que descrevem a realização de *coping* nesas idosas em fase pré-clínica: resistência, adaptação, substituição, suporte e eliminação. As idosas demostraram

	estratégias para realizar as atividades quando apresentavam declínio funcional.
Conclusão	Os autores concluíram que os achados sugerem que os enfermeiros precisam estar cientes de que idosos que exteriormente parecem funcionalmente capazes, de experimentar uma perda de sua capacidade influenciando na lida das AVDs.

33	LUND, R.; NILSSON, C. J.; AVLUND, K. Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relation? A longitudinal study of non-disabled men and women? **Age and Ageing,** v. 39, n. 3, p. 319-26, May 2010
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Investigar o risco aumentado de incapacidade funcional em idosos que vivem sozinhos e se as relações sociais podem amenizar esta incapacidade.
Método	Estudo longitudinal que utilizou a coleta de dados de um estudo de coorte maior. Foram incluídos para este estudo 2697 idosos de ambos os sexos. Os idosos foram avaliados quanto à funcionalidade, às relações sociais e coabitação por três anos.
Resultados	Os autores encontraram idosos do sexo masculino que vivem sozinhos e possuem baixa participação social, tem risco aumentado de desenvolver incapacidade precoce, mas que idosos que coabitam e também possuem baixa participação social, não possuem este risco. Não foram encontrados dados estatisticamente significativos para a população feminina.
Conclusão	Os homens que moram sozinhos, podem aliviar os riscos para incapacidade quando mantém boas relações sociais e se satisfazem com estas relações.

34	MARTIN, L. G.; SCHOENI, R. F.; ANDRESKI, P. M. Trends in health of older adults in the United States: past, present, future. **Demography,** v. 47, p. S17-40, 2010. Supplement.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Analisar na literatura passada as tendências para incapacidade e outros indicadores de saúde, e em seguida estimar as tendências mais recentes em para os biomarcadores e as limitações funcionais para a população com idades superior a 65 anos e aqueles com idade entre 40 a 64.
Método	Trata-se de um estudo longitudinal, de coorte que utilizou também de revisão bibliográfica para verificar fatos anteriores. Utilizaram-se os dados de dois outros grande estudos. Para este trabalho, foram incluídos 1.863 indivíduos de 40 a 64 anos e 1330 indivíduos com idade de 65 anos ou mais. Os sujeitos foram analisados anualmente

	durante 10 anos em um estudo (National Health Interview Survey) ou bienalmente por 8 anos no outro (National Health and Nutrition Examination Survey). Foram avaliados quanto à presença de alguns biomarcadores como proteína reativa C (colesterol), presença de doenças, percepção de saúde, limitação funcional e limitação para AVDs.
Resultados	Os autores encontraram que melhorias na saúde da população idosa em geral continuaram durante a primeira década do século XXI. Encontraram que a proporção de idosos que necessitam de ajuda não aumentou muito, e que fatores como educação e obesidade minimizam a ocorrência de incapacidade. O recente aumento na proporção de população mais jovem precisando de ajuda com as AVDs é relativa, como é a duplicação da obesidade nas últimas décadas. No entanto, o aumento da obesidade tem recentemente estado em pausa, e tendências favoráveis no ensino e tabagismo são animadoras.
Conclusão	Os autores concluíram que em relação a incapacidade, há uma tendência à diminuição na população mais velha se forem levados em conta os fatores que poderiam estar associados, já que a escolaridade tende a aumentar, o tabagismo diminuir e a obesidade apresentou pausa no crescimento.

35	MILLÁN-CALENTI, J. C. et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Archives of Gerontology & Geriatrics,** v. 50, n. 3, p. 306-310, 2010
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Verificar a existências de correlação entre diferentes variáveis pessoais com idade e sexo com dependência funcional para realização das AVDs e AIVDs.
Método	É um estudo transversal, descritivo que realizou a escolha dos sujeitos com base no censo de maneira randomizada com nível de confiança de 95%. Fizeram parte da amostra, 598 idosos que foram avaliados quanto aos fatores sociodemográficos e à funcionalidade (capacidade em realizar ABVDs e AIVDs).
Resultados	Os autores encontraram que 34,6% dos idosos eram dependentes para realizar pelo menos uma ABVD e 53,5% e, pelo menos uma AIVD. As mulheres foram mais dependentes que os homens, e fatores como idade, dias de internação e comorbidades também apresentaram forte associação com incapacidade.
Conclusão	Foi concluído que idade avançada e gênero feminino são fatores importantes para o desenvolvimento de incapacidade.

36	NOGUEIRA, S. L. et al. Determinant factors of functional status among the oldest old. **Revista Brasileira de Fisioterapia,** v. 14, n. 4, p. 322-9, Jul-Aug 2010.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	O objetivo deste trabalho foi determinar os fatores associados à capacidade funcional em idosos longevos levando em conta as dimensões sociodemográfica, de saúde e as relações sociais.
Método	Trata-se de um estudo transversal de base populacional que avaliou 129 idosos com mais de 80 anos residentes na comunidade. Os dados foram colhidos no domicílio do idoso que foram avaliados quanto a capacidade funcional, realizada antropometria, aspectos sociodemográficos e percepção de saúde.
Resultados	Os autores encontraram que os fatores independentes associados à pior capacidade funcional foram idade, gênero feminino, fazer uso contínuo de cinco ou mais medicamentos, não visitar parentes e/ou amigos pelo menos uma vez por semana e considerar a própria saúde pior que a de seus pares.
Conclusão	Os resultados sugerem que a capacidade funcional está associada a uma complexa rede de fatores multidimensionais, sendo importante o desenvolvimento de ações relacionadas àqueles fatores que são passíveis de intervenção.

37	ROCHAT, S. et al. Frailty and use of health and community services by community-dwelling older men. **Age Ageing,** v. 39, n. 2, p. 228-33, Mar 2010.
	Nível de Evidência:VI
Objetivo/ Intervenção	Descrever a relação entre a fragilidade e a utilização de serviços de saúde e da comunidade em homens idosos; comparar o uso dos serviços de saúde pelos homens idosos frágeis com incapacidade em ABVDs e verificar se o tipo de serviços utilizados é diferente.
Método	Trata-se de um estudo transversal descritivo que avaliou 1674 idosos do sexo masculino com mais de 70 anos que moravam na comunidade. Os idosos foram avaliados quanto à presença de fragilidade, capacidade funcional, presença de comorbidades, sintomas depressivos, cognição, atividade física, utilização de serviços de saúde e velocidade de marcha.
Resultados	Os autores encontraram que 158 sujeitos eram frágeis, 679 pré-frágeis e 837 eram saudáveis. A Fragilidade foi associada ao uso de serviços de saúde e na comunidade nos últimos 12 meses, incluindo a consultar um médico, visitando ou sendo visitado por um enfermeiro ou um fisioterapeuta, recebendo a ajuda com as refeições ou tarefas domésticas e passar pelo menos uma noite em um hospital ou casa de repouso. Homens idosos frágeis sem

	incapacidade para realizar as AVDs foram duas vezes mais a uma consulta médica nas duas semanas anteriores que homens saudáveis independentemente de idade, comorbidade e status socioeconômico.
Conclusão	Os autores concluíram que a fragilidade está fortemente associada à utilização de serviços de saúde e da comunidade.

38	SUTTAJIT, S. et al. Impairment, disability, social support and depression among older parents in. **Psychol Med,** v. 40, n. 10, p. 1711-21, Oct 2010
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	O objetivo deste trabalho foi verificar a associação entre comprometimento, incapacidade, suporte social de idosos e depressão, e investigar se modificações no suporte social são associadas à incapacidade, à depressão e ao envelhecimento.
Método	Trata-se de um estudo transversal descritivo que utilizou dados de um estudo maior longitudinal. Foram considerados para este estudo 1104 idosos residentes em zona rural que foram avaliados quanto ao comprometimento físico, à incapacidade e ao suporte social.
Resultados	Os autores encontraram fortes correlações entre incapacidade, comprometimento físico, déficits de apoio social e depressão. O nível de comprometimento funcional foi associado com baixo apoio social e depressão.
Conclusão	O apoio social é importante para reduzir a associação entre a incapacidade física e a depressão em idosos, especialmente para aqueles com um grande número de incapacidades. O reforço ao apoio social, e a melhoraria das instalações de cuidados de saúde e incapacidade devem ser enfatizado em intervenções para prevenir a depressão nesta população.

39	TAYLOR, M. G. Capturing transitions and trajectories: the role of socioeconomic status in later. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci,** v. 65, n. 6, p. 733-43, Nov 2010
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	O objetivo deste trabalho foi investigar os efeitos da educação e da renda no aparecimento e progressão da incapacidade ao longo de uma década.
Método	Trata-se de um estudo populacional epidemiológico que acompanhou idosos ao longo de 10 anos para avaliar a interferência da renda e da escolaridade no aparecimento e na progressão da incapacidade. Os idosos foram avaliados em quatro momentos quanto aos fatores socioeconômicos e à incapacidade.
Resultados	A escolaridade assim como a renda, tem um efeito protetivo para o aparecimento de incapacidade, porem os efeitos preventivos da

	escolaridade são maiores e ambas não têm efeito significativo na progressão.
Conclusão	Educação e renda afetam através de mecanismos compartilhados e independentes a capacidade funcional do idoso ao longo da vida.

40	WHITE, D. K. et al. Are features of the neighborhood environment associated with disability in older adults? **Disability & Rehabilitation,** v. 32, n. 8, p. 639-645, 2010
	Nível de Evidência:VI
Objetivo/ Intervenção	Avaliar a associação entre as características de fatores ambientais da vizinhança de pessoas com limitação para realizar as AVDs.
Método	Trata-se de um estudo transversal descritivo que utilizou dados sociodemográficos de um estudo de coorte maior. Foram entrevistados 436 idosos via telefone, quanto à capacidade de realizar as AVDs e quanto à presença de barreiras/facilidades presentes na vizinhança que residem, como estacionamento exclusivo, transporte público adaptado, calçadas adequadas etc.
Resultados	Os autores encontraram que os idosos que residiam em bairros com parques e calçadas adequadas participavam mais de atividades sociais. Houve também uma associação entre a presença de transporte público adequado, e o sentimento do idoso em não se sentir limitados em atividade de lazer, sociais, trabalho e atividades instrumentais de vida diária.
Conclusão	Os autores concluíram que áreas urbanas com parques, calçadas e estacionamento adequado e transporte público estão associados a maior participação social dos idosos residentes nesta área.

41	ALBALA, C. et al. Socioeconomic inequalities in active life expectancy and disability related to. **Rev Med Chil,** v. 139, n. 10, p. 1276-85, Oct 2011
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Verificar as trajetórias de incapacidade associadas com obesidade em grupos de idosos chilenos de diferentes classes socioeconômicas e caracsteristicas.
Método	O estudo utilizou dados de três outros estudo longitudinais (SABE, CENEX e ISAPRES). Para avaliar a influência da obesidade em diferentes grupos sociais, foram avaliados 2.185 idosos (1.235+950). Para este estudo foram considerados somente os dados sociodemográficos, relacionados à funcionalidade e medidas, histórico de saúde, aspectos cognitivos e depressão.
Resultados	Os autores encontraram diferenças associadas às coortes estudadas quanto a gênero e aspectos sociais. Foram estudados somente os dados de ISAPRES e SABE. Encontraram associação entre sexo e idade com funcionalidade. A obesidade foi associada a

	limitações funcionais apenas para realização de AAVDs. Força de preensão também esteve associada à limitação funcional para realizar ABVDs, AIVDs e AAVDs.
Conclusão	O estudo demonstra profundas desigualdades socioeconômicas e de gênero em pessoas idosas, assim mostrando que os anos de vida saudáveis adquiridos não são os mesmos para toda a sociedade.

42	AL HAZZOURI et al. Gender differences in physical disability among older adults in underprivileged communities in Lebanon. **Journal of Aging & Health,** v. 23, n. 2, p. 367-382, 2011.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Verificar se as condições de saúde, socioeconômicas e fatores socioambientais poderiam explicar as diferenças de gênero para incapacidade em idosos.
Método	Trata-se de um estudo transversal descritivo que avaliou 740 idosos de ambos os gêneros (412 mulheres e 328 homens) residentes em comunidades de baixa renda. Os idosos foram avaliados quanto a capacidade em realizar as ABVDs, AIVDs e performance física.
Resultados	Os autores encontraram maior prevalência de incapacidade em idosos do gênero feminino para realização de ABVDs, AIVDs e pior performance física. Esta diferença de gêneros foi explicada pela presença maior de comorbidades entre as mulheres e piores condições de saúde.
Conclusão	Provavelmente as diferenças no status funcional entre mulheres e homens pode ter sido influenciado pela sensibilidade das medidas para o contexto social e ambiente .

43	ARATANI, M. C. et al. Disability rank in vestibular older adults. **Geriatrics & Gerontology International,** v. 11, n. 1, p. 50-54, 2011
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Analisar a estrutura hierárquica das AVDs entre idosos com doença vestibular de acordo com o seu poder de gerar incapacidade.
Método	O estudo foi transversal descritivo e avaliou 235 idosos com disfunção vestibular crônica. Os indivíduos foram avaliados quanto à capacidade de realizar cerca de 15 AVDs. Os idosos foram classificados de acordo com o nível de dificuldade de realizar cada atividade. Por fim, foi realizada uma análise de correlação múltipla para hierarquizar as AVDs.
Resultados	Os autores encontraram que as atividades as quais os idosos apresentaram maiores incapacidade foram: levantar e deitar na cama; comer; pentear o cabelo; andar; tomar banho; vestir-se; chegar a tempo no banheiro; subir escadas; tomar medicamentos

	na hora; andar perto de casa; fazer compras; preparar refeições; cortar as unhas; pegar ônibus; e limpar a casa.
Conclusão	Os autores concluíram que a disfunção vestibular crônica é uma importante causa de incapacidade entre os idosos e merece atenção quando falamos em políticas públicas para prevenção destas incapacidades.

44	BEAN, J. F. et al. Performance-based versus patient-reported physical function: what are the. **Physical Therapy,** v. 91, n. 12, p. 1804-11, Dec 2011.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	O objetivos deste estudo foi comparar a utilização de dois instrumentos de medida da capacidade funcional por desempenho físico (um de autorrelato e outro de avaliação direta) e sua associação com fatores fisiológicos e outros que influenciam na reabilitação como fatores psicossociais e condições de saúde.
Método	Trata-se de um estudo transversal que avaliou 137 idosos residentes na comunidade que tinham algum tipo de limitação de marcha. Tais sujeitos já haviam sido selecionados em outro estudo randomizado sobre exercícios. Os idosos foram avaliados fisicamente pelo instrumento SPPB e os autorrelatos foram extraídos com auxílio do instrumento LLFDI. Outros fatores considerados foram idade, gênero, peso, IMC, número de doenças crônicas e quedas.
Resultados	Os autores constataram que a velocidade de marcha e força muscular de membro inferior estavam positivamente associados ao autorrelato da performance física. Condições crônicas, gênero e número de quedas estavam associados ao pior desempenho físico avaliado diretamente.
Conclusão	Os autores concluíram que o instrumento de medida direta está mais associado à idade e aos fatores fisiológicos; já o instrumento de autorrelato está associado também a esses e a outros fatores como psicossociais e condições de saúde.

45	CHAN, A.; ZIMMER, Z.; SAITO, Y. Gender Differentials in Disability and Mortality Transitions: The Case of Older Adults in Japan. **Journal of Aging & Health,** v. 23, n. 8, p. 1285-1308, 2011
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Os objetivos deste estudo foram: examinar os diferenciais de gênero na transição de incapacidade e expectativa de vida ativa entre idosos japoneses e determinar se estes diferenciais de gênero variam de acordo com a idade, as características socioeconômicas e

	as condições de saúde.
Método	Trata-se de um estudo longitudinal, no qual foram avaliados os idosos japoneses em três momentos (1999, 2001 e 2003). Foram avaliados 3.635 homens e 4.724 mulheres. Os idosos foram avaliados quanto a presença de incapacidade, comorbidades, escolaridade, mortalidade e expectativa de vida.
Resultados	Mulheres idosas no Japão vivem mais que os idosos do sexo masculino, mesmo com um número de comorbidades e menor escolaridade e que grande proporção destas, vivem os anos extras com incapacidades.
Conclusão	Os autores concluíram que o aumento do número de anos que os indivíduos, em particular as mulheres vivem, requer cuidados de longa duração. As implicações políticas incluem a necessidade de reforçar os cuidados de longa duração nos serviços no Japão.

46	DUNNE, E.; WROSCH, C.; MILLER, G. E. Goal Disengagement, Functional Disability, and Depressive Symptoms in Old Age. **Health Psychology,** v. 30, n. 6, p. 763-770, 2011.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Verificar a associação entre capacidade de desengajamento, incapacidade funcional e sintomas depressivos.
Método	Foi um estudo longitudinal que avaliou os idosos quanto às características sociodemográficas, à capacidade funcional, aos sintomas depressivos e capacidade de desengajamento. Os idosos foram avaliados em quatro momentos: inicial, dois anos depois, quatro anos depois e 6 anos após a avaliação final.
Resultados	Os autores encontraram aumento dos sintomas depressivos e incapacidade funcional ao longo do tempo e concluiram que idosos que apresentavam baixa capacidade de desengajamento e altos níveis de incapacidade funcional apresentavam aumento dos sintomas depressivos.
Conclusão	Os resultados sugerem uma capacidade de desengajamento para o alcance dos objetivos em idosos. Quando confrontados com o aumentos de incapacidade funcional, a capacidade de desengajamento e compromisso de atingir metas inatingíveis pode ajudar a proteger os idosos em longo prazo experimentar um aumento de sintomas depressivos.

47	ISRAEL, N. E.; DE ANDRADE, O. G.; TEIXEIRA, J. J. [The family caretaker perception about the elderly physical recovery with. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 16, p. 1349-56, 2011. ISSN 1678-4561 (Electronic). Supplement 1.
	Nível de Evidência: VI

Objetivo/ Intervenção	Identificar a percepção de cuidadores familiares sobreo processo de recuperação física de idosos que receberam alta hospitalar em condições de dependência física.
Método	Trata-se de um estudo descritivo qualitativo que avaliou seis idosos e seus cuidadores quanto à funcionalidade e às percepções dos cuidadores durante a alta hospitalar e seis meses epois no domicílio do idoso. Para avaliação da funcionalidade, foi utilizado o índice de Barthel.
Resultados	A hospitalização está relacionada a maior incapacidade funcional, além de morbidades como AVC, ICC, DA etc. Cuidadores percebem a melhora na capacidade funcional com a ida do idoso para casa e que a reabilitação potencializa esta melhora.
Conclusão	Os autores concluíram que, além de o cuidador perceber melhora da funcionalidade depois da alta, ele visa suas ações a fim de potencializar esta melhora durante os cuidados prestados aos idosos.

48	MARTIN, L. G.; ZIMMER, Z.; HURNG, B. S. Trends in late-life disability in Taiwan, 1989-2007: the roles of education. **Popul Stud (Camb),** v. 65, n. 3, p. 289-304, Nov 2011.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	O objetivo foi avaliar as tendências de incapacidade entre idosos em um estudo longitudinal.
Método	Trata-se de um estudo longitudinal que avaliou idosos quanto a capacidade visual, auditiva, funcional e aos aspectos sociodemográfico em três ou seis momentos (1989, 1993, 1996, 1999, 2003 e 2007).
Resultados	Os autores observaram que limitações auditivas, visuais e para realização das AIVDs diminuíram ao longo do tempo. Os idosos que residiam na zona rural apresentavam menos comprometimento auditivo e visual, porém apresentavam comprometimento maior para realização das AIVDs e pior desempenho físico.
Conclusão	Os autores concluíram que o avanço tecnológico como nas telecomunicações, informática pode interferir para aumentar a incapacidade para realizar as AIVDs, porém, o uso de dispositivos como óculos e aparelhos auditivos podem melhorar a qualidade de vida dos idosos e diminuir sua incapacidade

49	QU, W. et al. Understanding the Linkages Between Perceived Causative Impairment and Activity Limitations Among Older People Living in the Community: A Population-Based Assessment. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation,** v. 90, n. 6, p. 466-476, 2011
	Nível de Evidência: VI

Objetivo/ Intervenção	O objetivo deste trabalho foi compreender melhor os vínculos entre limitação de atividade e comprometimento funcional entre grupos de idosos que vivem na comunidade.
Método	Trata-se de um estudo transversal em que se utilizaram dados de outros três estudos longitudinais. Foram avaliados 2.429 idosos residentes na comunidade nos EUA que tinham pelo menos, uma limitação para realização das ABVDs ou das AIVDs. Os idosos foram avaliados quanto a capacidade em realizar as AVDs, performance física, aspectos sociodemográficos e condições de saúde.
Resultados	Os estudiosos encontraram que problemas músculoesquelético foram responsáveis por mais de um terço das causas percebidas de incapacidade. As chances de ter qualquer limitação de AVDs para pessoas cujas limitações foram atribuídas a problemas musculoesqueléticos e para o comprometimento cerebral ou comportamental foram 2,12 vezes e 3,00 vezes maior que para o grupo de idosos com comprometimentos cardiopulmonares e hematológicos.
Conclusão	Apesar de os problemas musculoesqueléticos serem os maiores causadores da limitação de atividade, incapacidades associadas a distúrbios cerebrais e comportamentais foram percebidos na maioria dos idosos com incapacidades.

50	SZANTON, S. L. et al. Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders: A Bio-Behavioral-Environmental Intervention to Improve Function and Health-Related Quality of Life in Disabled Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society,** v. 59, n. 12, p. 2314-2320, 2011
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	O objetivo deste trabalho foi determinar a aceitabilidade e o efeito de uma intervenção multidisciplinar para minimizar a interferência de fatores intrínsecos e extrínsecos da incapacidade funcional em idosos de baixa renda. A intervenção consistiu em seis visitas com terapeuta ocupacional, até quatro visitas com uma enfermeira e uma média de US $1.300 em reparos e adaptações no ambiente domiciliar do idoso. Cada idoso do grupo de intervenção recebeu todos os componentes da intervenção individualmente de acordo com seu perfil de risco.
Método	Trata-se de um estudo prospectivo randomizado controlado. Foram incluídos idosos com incapacidade funcional para pelo menos uma ABVD ou duas AIVDs. Participaram do estudo 35 idosos, sendo 20 do grupo de intervenção e 15 do grupo controle que foram avaliados no primeiro momento, após as intervenções e seis meses após.
Resultados	O grupo de intervenção melhorou em todos os resultados avaliados

	quanto a melhora da incapacidade. Os idosos do grupo de intervenção mostraram diminuição da incapacidade em realizar as AVDs ao comparar com os idosos do grupo controle, melhora do escore na escala de qualidade de vida, e para prevenção de quedas.
Conclusão	Os autores concluíram que intervenções que minimizem os fatores extrínsecos e intrínsecos da incapacidade são bem aceitos e válidos para melhorar a capacidade funcional do idosos e sua independência.

51	VELÁSQUEZ G, V. F. et al. Tejido de significados en la adversidad: discapacidad, pobreza y vejez. **Hacia promoc. salud,** v. 16, n. 2, p. 121-131, 2011
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Descrever os significados de pobreza, velhice e incapacidade para idosos residentes em um município da Colombia.
Método	Trata-se de um estudo etnográfico, qualitativo o qual entrevistaram 15 idosos colombianos no município de Guapi. A Interpretação dos dados se deu de forma interpretativa, foi utilizado um caderno de campo para anotar as percepções dos idosos.
Resultados	Os autores descreveram que os idosos entendiam incapacidade como a inabilidade em atividades e participação social. Quanto à pobreza, relacionam a aspectos espirituais, materiais e a velhice com doenças crônicas, sofrimento, aceitação e limitações.
Conclusão	Os autores concluíram que a compreensão dos significados de pobreza, velhice e incapacidade, pode ajudar a equipe multidisciplinar a lidar com estas condições e proporcionar melhores condições de vida e saúde.

52	VIRUES-ORTEGA, J. et al. Prevalence of disability in a composite >/=75 year-old population in Spain: a. **BMC Public Health,** v. 11, p. 176, 2011.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	Relatar taxas de prevalência de incapacidade leve, moderada e severa/extrema pelos domínios de atividades e participação da CIF.
Método	Trata-se de um estudo tranversal que utilizou dados de estudos anteriores de coorte em nove populações. A amostra do estudo foi composta por 503 idosos com idade ≥75 que foram avaliados utilizando o WHO DAS II, 12 itens e posteriormente após a identificação das incapacidades, o WHO DAS II 36 itnes. Cada área de incapcidade avaliada pelo WHO-DAS II (36 itens) foi relatado de acordo com a gravidade da CIF (sem incapacidade, 0-4; incapacidade leve 5-24; incapacidade moderada, 25-49; Incapacidade Severa/Extrema 50-100).

Resultados	Foram encontrados valores maiores de prevalência de incapacidade em idosos mais velhos e do gênero feminino. A prevalência de incapacidade severa e extrema em mobilidade e AVDs foi de três vezes maior que a média e mais alta entre as mulheres. Variações do gênero foram mínimas, embora a incapacidade para realizar as AVDs para as mulheres de 85 anos e mais eram mais graves/extremas, em comparação com os homens.
Conclusão	A incapacidade é altamente prevalente entre os idosos espanhóis. Variações específicas de sexo e idade estão associadas a domínios especificos da incapacidade segundo a CIF.

53	BELLELLI, G. et al. The Combined Effect of ADL Impairment and Delay in Time from Fracture to Surgery on 12-Month Mortality: An Observational Study in Orthogeriatric Patients. **Journal of the American Medical Directors Association,** v. 13, n. 7, p. 664.e9-664.e14, 2012
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Este trabalho teve como objetivo avaliar se a combinação de incapacidade funcional pré-fatura de fêmur e tempo pré-cirúrgico retardado podem afetar a mortalidade em 12 meses em uma população de pacientes idosos que foi submetido a este tratamento.
Método	Trata-se de um estudo retrospectivo de coorte, em que foram acompanhados durante 12 meses de idosos submetidos à cirurgia de fratura de fêmur. Foram incluídos no estudo, idosos atendidos em uma unidade ortogeriátrica na Itália que deram entrada com fratura de fêmur. Os idosos foram avaliados quanto ao tempo pré-cirúrgico, capacidade funcional pré e pós-cirúrgica, à morbidade e á mortalidade ao longo dos 12 meses depois da cirurgia.
Resultados	Os autores encontraram mortalidade maior entre os idosos mais velhos, com tempo maior pré-cirúrgico e com incapacidade prévia a fratura. Também encontrou mortalidade maior mesmo nos que apresentavam incapacidade porém sem adiamento cirúrgico.
Conclusão	Os autores concluíram que idosos com incapacidade funcional prévia mesmo sem adiamento da cirurgia obtiveram risco de morrerem muito maiores.

54	JONES, A. Disability, Health and Generation Status: How Hispanics in the US Fare in Late Life. **Journal of Immigrant & Minority Health,** v. 14, n. 3, p. 467-474, 2012.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Este trabalho teve como objetivo explorar os níveis e a trajetória da incapacidade entre idosos latinos de acordo com as gerações.
Método	Foi um estudo de coorte prospectivo, em que utilizaram dados do estudo HEPESE que avaliou idosos de 1993 a 2005. Para este

	estudo foram considerados 2.823 indivíduos que iniciaram o estudo desde a primeira etapa. Eles foram avaliados em cinco etapas quanto à capacidade funcional, aos hábitos de vida, às comorbidades, ao IMC e aos aspectos sociodemográficos. Foram classificados em 1ª geração (latinos que migraram para os EUA); 2ª geração (filhos da primeira geração nascidos nos EUA) e 1,5ª geração (latinos que migraram para os EUA ainda crianças ou adolescentes).
Resultados	Os autores encontraram níveis mais elevados de incapacidade entre os idosos hispânicos da 2ª e da 1,5ª geração de idosos hispânicos quando comparados a primeira geração. Além disso, os idosos da 1,5ª geração tinham médias superiores de incapacidade em AIVDS do que a segunda geração. Os autores constataram também que idosos casados tinham níveis mais baixos de incapacidade.
Conclusão	Os autores concluíram que a incapacidade se mostrou maior entre os idosos nos EUA ou que migraram ainda crianças e que a presença de companheiro serve como fator protetor para incapacidades.

55	PALACIOS-CEÑA, D. et al. Has the Prevalence of Disability Increased Over the Past Decade (2000–2007) in Elderly People? A Spanish Population-based Survey. **Journal of the American Medical Directors Association,** v. 13, n. 2, p. 136-142, 2012.
	Nível de Evidência: IV
Objetivo/ Intervenção	Os principais objetivos do presente estudo foram: descrever a prevalência de incapacidade de acordo com as características sociodemográficas, o estado de saúde autopercebido, comorbidade e os hábitos de vida; determinar os fatores associados com incapacidade em homens e mulheres; e estudar as tendências do tempo e prevalência de incapacidade no período de 2000 a 2007.
Método	Trata-se de um estudo transversal, no qual foram utilizados dados individualizados da Pesquisa Nacional de Saúde Espanhola 2001, 2003 e 2006 (SNHS). Para este estudo, foram considerados os idosos com mais de 65 anos (18.325 indivíduos). Foram consideradas variáveis principais a incapacidade em realizar ABVDs, AIVDs e comprometimento de mobilidade. Também se avaliaram as características sociodemográficas, o estado de saúde, os hábitos de vida e a presença de comorbidades.
Resultados	Os autores encontraram maior prevalência de incapacidade em mulheres quanto à realização das ABVDs, AIVDs e à mobilidade em comparação com os homens. Encontraram também tendências do tempo na prevalência de incapacidade total, assim como aumento para faixa etária mais alta. As variáveis significativamente

	associadas com uma probabilidade mais elevada de incapacidades eram: idade maior de 84 anos, baixa escolaridade; duas ou mais doença crônica, obesidade (apenas em mulheres), dormir mais de oito horas por dia e não praticar exercício físico.
Conclusão	Os autores concluíram que houve um aumento da incapacidade entre os anos de 2001 e 2006 em idosos espanhóis, principalmente daqueles mais velhos, com baixa escolaridade, obesos, que não praticavam atividade física, que dormiam mais de oito horas por dia, com piores percepções de saúde e com maior número de comorbidades

56	PURSER, J. L. et al. A New Classification of Function and Disability in China: Subtypes Based on Performance-Based and Self-Reported Measures. **Journal of Aging & Health,** v. 24, n. 5, p. 779-798, 2012.
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	O objetivo deste trabalho foi desenvolver um novo método de classificação para descrever a incidência, prevalência e os preditores de incapacidade funcional em idosos chineses.
Método	Trata-se de um estudo longitudinal que utilizou dados de um estudo coorte. Este estudo utilizou somente dados dos anos de 2002 e acompanhou os idosos (16.020) até 2005. Eles foram avaliados quanto à presença de incapacidade funcional, ao desempenho físico, às condições de saúde, à moradia, à renda, escolaridade, aos arranjos domiciliares etc.
Resultados	Os autores encontraram que o subtipo mais prevalente, foram os idosos que tinham limitações no desempenho físico sem dependência para AVDs, isso ficou mais evidente nos idosos que viviam na zona rural.
Conclusão	Os autores concluíram que as ferramentas de autorrelato da capacidade funcional e da avaliação do desempenho físico, podem ser usadas em combinação para estimar conceitualmente diferentes subtipos de função e incapacidade.

57	STEINMAN, B. A.; ALLEN, S. M. Self-Reported Vision Impairment and Its Contribution to Disability Among Older Adults. **Journal of Aging & Health,** v. 24, n. 2, p. 307-322, 2012
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	O objetivo deste trabalho foi verificar a contribuição do autorrelato de comprometimento visual e incapacidade funcional em idosos.
Método	Trata-se de um estudo transversal que utilizou dados de um estudo coorte maior. Os 6.550 idosos que participaram do estudo foram avaliados quanto aos aspectos sociodemográficos, às condições de saúde, à capacidade funcional, limitação funcional e ao autorrelato

	de comprometimento visual.
Resultados	Os autores encontraram que os idosos com comprometimento visual apresentavam mais comprometimentos funcionais, porém quando controlados outros fatores, estes efeitos diminuíam. As atividades que mais foram afetadas com o comprometimento visual foram: ir ao cinema/eventos, participar de eventos sociais e fazer atividades de lazer em casa.
Conclusão	Os resultados sugerem a importância de considerar vários fatores de saúde quando formular intervenções de reabilitação de visão para população idosa.

58	VIRTUOSO JUNIOR, J. S. et al. Physical activity as an indicator of predictive functional disability in elderly. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** v. 20, n. 2, p. 259-65, Mar-Apr 2012
	Nível de Evidência: VI
Objetivo/ Intervenção	O objetivo deste trabalho foi avalia o poder preditivo e identificar os pontos de corte de atividade física, para a ausência de incapacidade funcional em idosos.
Método	Trata-se de um estudo transversal que avaliou 624 idosos de ambos os sexos no domicílio. Foram avaliados quanto a fatores sociodemográficos, capacidade funcional, aspectos de saúde física e mental, comportamental e nível de atividade física.
Resultados	Os autores identificaram pontos de corte de atividade física em tempo, para predizer a ausência de incapacidade funcional. Constataram que 280 minutos/semana para mulheres e 410 minutos/semana para homens são tempos protetores para o desenvolvimento de incapacidade funcional entre os idosos.
Conclusão	Os autores concluíram que o tempo gasto em atividade física pode predizer o grupo de risco para o desenvolvimento de incapacidade em idosos, o que facilita as intervenções protetivas.

APENDICE C – Artigos utilizados na Fase Teórica

Nº	REFERÊNCIA DO ARTIGO
1	ARROYO, P. et al. Indicadores antropométricos, composición corporal y limitaciones funcionales en ancianos. **Rev. méd. Chile,** v. 135, n. 7, p. 846-854, 07 2007. ISSN 0034-9887. Disponível em: < http://www.scielo.cl /scielo .php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000700004 >.
2	DUNLOP, D. D. et al. Racial/ethnic differences in the development of disability among older adults. **Am J Public Health,** v. 97, n. 12, p. 2209-15, Dec 2007. ISSN 1541-0048 (Electronic)
3	PAÚL, C.; AYIS, S.; EBRAHIM, S. Disability and psychosocial outcomes in old age. **Journal of Aging & Health,** v. 19, n. 5, p. 723-741, 2007. ISSN 0898-2643. Disponível em: <http://search.ebscohost.com /login.aspx ? direct=true&db =c8h&AN =2009676169&lang=pt-br&site=ehost-live >.
4	BERGER, S.; PORELL, F. The association between low vision and function. **Journal of Aging & Health,** v. 20, n. 5, p. 504-525, 2008. ISSN 0898-2643. Disponível em: < http://search.ebscohost.com/login.aspx? direct=true &db=c8 h&AN=2009984980&lang=pt-br&site=ehost-live >.
5	COOK, W. L.; JASSAL, S. V. Functional dependencies among the elderly on hemodialysis. **Kidney International,** v. 73, n. 11, p. 1289-1295, 2008. ISSN 0085-2538. Disponível em: < http://search. ebscohost.com/login.aspx?d irect =true&db= c8h&AN=2009923092&lang=pt-br&site=ehost-live >.
6	DOLANSKY, M. A.; MOORE, S. M. Older adults' early disability following a cardiac event. **Western Journal of Nursing Research,** v. 30, n. 2, p. 163-180, 2008. ISSN 0193-9459. Disponível em: < http://search.ebscohost.com /login. aspx? direct=true&db=c8h&AN=2009800752&lang=pt-br&site=ehost-live >.
7	ESCOBAR BRAVO, M. A.; PUGA, D.; MARTIN, M. [Protective effects of social networks on disability among older adults in Madrid. **Rev Esp Salud Publica,** v. 82, n. 6, p. 637-51, Nov-Dec 2008. ISSN 1135-5727 (Print)
8	GIACOMIN, K. C. et al. [A population-based study on factors associated with functional disability among. **Cad Saude Publica,** v. 24, n. 6, p. 1260-70, Jun 2008. ISSN 0102-311X (Print)
9	HORGAS, A. L. et al. The relationship between pain and functional disability in Black and White older. **Res Nurs Health,** v. 31, n. 4, p. 341-54, Aug 2008. ISSN 0160-6891 (Print)
10	MURABITO, J. M. et al. Temporal trends in self-reported functional limitations and physical disability among the community-dwelling elderly population: the Framingham Heart Study. **American Journal of Public Health,** v. 98, n. 7, p. 1256-1262, 2008. ISSN 0090-0036. Disponível em: < http://search . ebscohost.com /login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009975645&lang=pt-br&site=ehost-live >.
11	RAMSAY, S. E. et al. Extent of social inequalities in disability in the elderly: results from a population-based study of British men. **Annals of**

	Epidemiology, v. 18, n. 12, p. 896-903, 2008. ISSN 1047-2797. Disponível em: < http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN= 2010141956&lang=pt-br&site=ehost-live >.
12	RICHARDSON, J. et al. Does monitoring change in function in community-dwelling older adults alter outcome? A randomized controlled trial. **Clinical Rehabilitation,** v. 22, n. 12, p. 1061-1070, 2008. ISSN 0269-2155. Disponível em: < http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN= 2010142197&lang=pt-br&site=ehost-live >.
13	SCHOENI, R. F.; FREEDMAN, V. A.; MARTIN, L. G. Why is late-life disability declining? **Milbank Q,** v. 86, n. 1, p. 47-89, Mar 2008. ISSN 0887-378X (Print)
14	WU, Y.; MCCRONE, S. H.; LAI, H. J. Health behaviors and transitions of physical disability among community-dwelling older adults. **Research on Aging,** v. 30, n. 5, p. 572-591, 2008. ISSN 0164-0275. Disponível em: < http://search. ebscohost. com /login.aspx?direct=true&db= c8h&AN = 2009997746&lang=pt-br&site=ehost-live >.
15	BERLAU, D. J.; CORRADA, M. M.; KAWAS, C. The prevalence of disability in the oldest-old is high and continues to increase. **Int J Geriatr Psychiatry,** v. 24, n. 11, p. 1217-25, Nov 2009. ISSN 1099-1166 (Electronic)
16	BYFORD, M. et al. Lewy bodies and neuronal loss in subcortical areas and disability in non-demented. **BMC Geriatr,** v. 9, p. 22, 2009. ISSN 1471-2318 (Electronic)
17	CRIMMINS, E. M. et al. Change in disability-free life expectancy for Americans 70-years-old and older. **Demography,** v. 46, n. 3, p. 627-46, Aug 2009. ISSN 0070-3370 (Print)
18	DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among. **Rev Saude Publica,** v. 43, n. 5, p. 796-805, Oct 2009. ISSN 1518-8787 (Electronic)
19	HSIAO, C. et al. The effect of disability on personal quality of primary care received by older adults. **Disability & Rehabilitation,** v. 31, n. 22, p. 1835-1842, 2009. ISSN 0963-8288. Disponível em: < http://search.ebscohost. com/login. aspx? Direct =true&db=c8h&AN=2010572694&lang=pt-br&site=ehost-live >.
20	KARP, J. F. et al. Use of the late-life function and disability instrument to assess disability in. **J Am Geriatr Soc,** v. 57, n. 9, p. 1612-9, Sep 2009. ISSN 1532-5415 (Electronic)
21	LIU, J. et al. Prevalence and correlates of functional disability in Chinese older adults. **Geriatrics & Gerontology International,** v. 9, n. 3, p. 253-261, 2009. ISSN 1444-1586. Disponível em: http://search.ebscohost. com/login.aspx? direct= true&db= c8h &NA=2010378962&lang=pt-br&site=ehost-live >.
22	PARAHYBA, M. I. et al. Reductions in disability prevalence among the highest income groups of older Brazilians. **American Journal of Public Health,** v. 99, n. 1, p. 81-86, 2009. ISSN 0090-0036. Disponível em: < http://search.

	ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010152787&lang=pt-br&site=ehost-live >.
23	SEIDEL, D. et al. Recovery in instrumental activities of daily living (IADLs): findings from the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). **Age & Ageing,** v. 38, n. 6, p. 663-668, 2009. ISSN 0002-0729. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct =true&db = c8h&AN =2010446327&lang=pt-br&site=ehost-live >.
24	AL SNIH, S. et al. Obesity and disability: relation among older adults living in Latin America and. **Am J Epidemiol,** v. 171, n. 12, p. 1282-8, Jun 15 2010. ISSN 1476-6256 (Electronic)
25	CASKIE, G. I.; SUTTON, M. C.; MARGRETT, J. A. The relation of hypertension to changes in ADL/IADL limitations of Mexican. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci,** v. 65b, n. 3, p. 296-305, May 2010. ISSN 1758-5368 (Electronic)
26	CHEN, H. et al. A hierarchical categorisation of tasks in mobility disability. **Disability & Rehabilitation,** v. 32, n. 19, p. 1586-1593, 2010. ISSN 0963-8288. Disponível em: < http://search.ebscohost.com/login.aspx? Direct =true&db = c8h& AN=2010732700&lang=pt-br&site=ehost-live >.
27	CHIEN, M. Y.; KUO, H. K.; WU, Y. T. Sarcopenia, cardiopulmonary fitness, and physical disability in. **Phys Ther,** v. 90, n. 9, p. 1277-87, Sep 2010. ISSN 1538-6724 (Electronic)
28	GIBSON, K. et al. Screening for pre-clinical disability in different residential settings. **BMC Geriatr,** v. 10, p. 52, 2010. ISSN 1471-2318 (Electronic)
29	KALYANI, R. R. et al. Association of diabetes, comorbidities, and A1C with functional disability in older adults: results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 1999-2006. **Diabetes Care,** v. 33, n. 5, p. 1055-1060, 2010. ISSN 0149-5992. Disponível em: < http://search. ebscohost. Com /login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010640495&lang=pt-br&site=ehost-live >.
30	KEYSOR, J. J. et al. Community environmental factors are associated with disability in older adults. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci,** v. 65, n. 4, p. 393-9, Apr 2010. ISSN 1758-535X (Electronic)
31	KVALE, E. A. et al. Cognitive speed of processing and functional declines in older cancer survivors. **Eur J Cancer Care (Engl),** v. 19, n. 1, p. 110-7, Jan 1 2010. ISSN 1365-2354 (Electronic)
32	LORENZ, R. A. Coping with preclinical disability: older women's experiences of everyday. **J Nurs Scholarsh,** v. 42, n. 4, p. 439-47, Dec 2010. ISSN 1547-5069 (Electronic)
33	LUND, R.; NILSSON, C. J.; AVLUND, K. Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relation? A longitudinal study of non-disabled men and women. **Age Ageing,** v. 39, n. 3, p. 319-26, May 2010. ISSN 1468-2834 (Electronic)
34	MARTIN, L. G.; SCHOENI, R. F.; ANDRESKI, P. M. Trends in health of older

	adults in the United States: past, present, future. **Demography,** v. 47 Suppl, p. S17-40, 2010. ISSN 0070-3370 (Print)
35	MILLÁN-CALENTI, J. C. et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Archives of Gerontology & Geriatrics,** v. 50, n. 3, p. 306-310, 2010. ISSN 0167-4943. Disponível em: < http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010628978&lang=pt-br&site=ehost-live >.
36	NOGUEIRA, S. L. et al. Determinant factors of functional status among the oldest old. **Rev Bras Fisioter,** v. 14, n. 4, p. 322-9, Jul-Aug 2010. ISSN 1809-9246 (Electronic)
37	ROCHAT, S. et al. Frailty and use of health and community services by community-dwelling older men. **Age Ageing,** v. 39, n. 2, p. 228-33, Mar 2010. ISSN 1468-2834 (Electronic)
38	SUTTAJIT, S. et al. Impairment, disability, social support and depression among older parents in. **Psychol Med,** v. 40, n. 10, p. 1711-21, Oct 2010. ISSN 1469-8978 (Electronic)
39	TAYLOR, M. G. Capturing transitions and trajectories: the role of socioeconomic status in later. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci,** v. 65, n. 6, p. 733-43, Nov 2010. ISSN 1758-5368 (Electronic)
40	WHITE, D. K. et al. Are features of the neighborhood environment associated with disability in older adults? **Disability & Rehabilitation,** v. 32, n. 8, p. 639-645, 2010. ISSN 0963-8288. Disponível em: < http://search.ebscohost.com /login.aspx? direct=true&db=c8h&AN=2010589506&lang=pt-br&site=ehost-live >.
41	ALBALA, C. et al. [Socioeconomic inequalities in active life expectancy and disability related to. **Rev Med Chil,** v. 139, n. 10, p. 1276-85, Oct 2011. ISSN 0717-6163 (Electronic)
42	AL HAZZOURI et al. Gender differences in physical disability among older adults in underprivileged communities in Lebanon. **Journal of Aging & Health,** v. 23, n. 2, p. 367-382, 2011. ISSN 0898-2643. Disponível em: <http://search.ebscohost. com /login.aspx?direct=true& db=c8h&AN= 2010953449&lang=pt-br&site=ehost-live>.
43	ARATANI, M. C. et al. Disability rank in vestibular older adults. **Geriatrics & Gerontology International,** v. 11, n. 1, p. 50-54, 2011. ISSN 1444-1586. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct= true&db=ch&AN=2010889294 &lang=pt-br&site=ehost-live>
44	BEAN, J. F. et al. Performance-based versus patient-reported physical function: what are the. **Phys Ther,** v. 91, n. 12, p. 1804-11, Dec 2011. ISSN 1538-6724 (Electronic)
45	CHAN, A.; ZIMMER, Z.; SAITO, Y. Gender Differentials in Disability and Mortality Transitions: The Case of Older Adults in Japan. **Journal of Aging &**

	Health, v. 23, n. 8, p. 1285-1308, 2011. ISSN 0898-2643. Disponível em: < http: // search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db= c8h&AN= 20 11 3 5 9757&lang=pt-br&site=ehost-live >.
46	DUNNE, E.; WROSCH, C.; MILLER, G. E. Goal Disengagement, Functional Disability, and Depressive Symptoms in Old Age. **Health Psychology,** v. 30, n. 6, p. 763-770, 2011. ISSN 0278-6133. Disponível em: <http://search. Ebscohos.com /login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011367347&lang=pt-br&site=ehost-live>.
47	ISRAEL, N. E.; DE ANDRADE, O. G.; TEIXEIRA, J. J. [The family caretaker perception about the elderly physical recovery with. **Cien Saude Colet,** v. 16 Suppl 1, p. 1349-56, 2011. ISSN 1678-4561 (Electronic)
48	MARTIN, L. G.; ZIMMER, Z.; HURNG, B. S. Trends in late-life disability in Taiwan, 1989-2007: the roles of education. **Popul Stud (Camb),** v. 65, n. 3, p. 289-304, Nov 2011. ISSN 1477-4747 (Electronic)
49	QU, W. et al. Understanding the Linkages Between Perceived Causative Impairment and Activity Limitations Among Older People Living in the Community: A Population-Based Assessment. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation,** v. 90, n. 6, p. 466-476, 2011. ISSN 0894-9115. Disponível em: < http://search.ebscohost. com/login.aspx? direct=true&db=c8h&AN=2011161555&lang=pt-br&site=ehost-live >.
50	SZANTON, S. L. et al. Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders: A Bio-Behavioral-Environmental Intervention to Improve Function and Health-Related Quality of Life in Disabled Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society,** v. 59, n. 12, p. 2314-2320, 2011. ISSN 0002-8614. Disponível em: < http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct =true&db=c8h&AN= 20114 0 0 726&lang=pt-br&site=ehost-live >.
51	VELÁSQUEZ G, V. F. et al. Tejido de significados en la adversidad: discapacidad, pobreza y vejez. **Hacia promoc. salud,** v. 16, n. 2, p. 121-131, 2011. ISSN 0121-7577. Disponível em: < http:// promocionsalud .ucaldas.edu. co/downloads/Revista 16(2)_9.pdf >.
52	VIRUES-ORTEGA, J. et al. Prevalence of disability in a composite >/=75 year-old population in Spain: a. **BMC Public Health,** v. 11, p. 176, 2011. ISSN 1471-2458 (Electronic)
53	BELLELLI, G. et al. The Combined Effect of ADL Impairment and Delay in Time from Fracture to Surgery on 12-Month Mortality: An Observational Study in Orthogeriatric Patients. **Journal of the American Medical Directors Association,** v. 13, n. 7, p. 664.e9-664.e14, 2012. ISSN 1525-8610. Disponível em: < http://search. ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011666593&lang=pt-br&site=ehost-live>.
54	JONES, A. Disability, Health and Generation Status: How Hispanics in the US Fare in Late Life. **Journal of Immigrant & Minority Health,** v. 14, n. 3, p. 467-474, 2012. ISSN 1557-1912. Disponível em: <http://search.ebscohost.com / login . aspx ?

	direct=true&db=c8h&AN=2011531567&lang=pt-br&site=ehost-live>.
55	PALACIOS-CEÑA, D. et al. Has the Prevalence of Disability Increased Over the Past Decade (2000–2007) in Elderly People? A Spanish Population-based Survey. **Journal of the American Medical Directors Association,** v. 13, n. 2, p. 136-142, 2012. ISSN 1525-8610. Disponível em: < http://search. ebscohost.com / login. Aspx ? direct=true&db =c8h &AN = 2011444398&lang=pt-br&site=ehost-live>.
56	PURSER, J. L. et al. A New Classification of Function and Disability in China: Subtypes Based on Performance-Based and Self-Reported Measures. **Journal of Aging & Health,** v. 24, n. 5, p. 779-798, 2012. ISSN 0898-2643. Disponível em: < http://search.ebscohost.com/login.aspx? direct=true&db =c8h&AN=2011614689&lang=pt-br&site=ehost-live >.
57	STEINMAN, B. A.; ALLEN, S. M. Self-Reported Vision Impairment and Its Contribution to Disability Among Older Adults. **Journal of Aging & Health,** v. 24, n. 2, p. 307-322, 2012. ISSN 0898-2643. Disponível em: < http://search. ebscohost. con/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011458288&lang=pt-br&site=ehost-live >.
58	VIRTUOSO JUNIOR, J. S. et al. Physical activity as an indicator of predictive functional disability in elderly. **Rev Lat Am Enfermagem,** v. 20, n. 2, p. 259-65, Mar-Apr 2012. ISSN 0104-1169 (Print).

APÊNDICE D - Guia de temas para as sessões dos grupos focais

Objetivo da atividade: Verificar a percepção dos idosos de integrantes do grupo quanto ao conceito de incapacidade funcional em idosos

Guia para a sessão:

1. Agradecimentos.
2. Apresentação – Dinâmica de apresentação
3. Discutir o conceito de incapacidade Funcional em idosos

O grupo será norteado por sete questões:

- Como é se sentir funcionalmente incapaz de realizar suas atividades diárias?
- O que faz o(a) sr(a). se sentir incapaz?
- O que pode ser feito para prevenir a incapacidade funcional?
- Descreva uma situação na qual se sentiu incapaz.
- O que o(a) sr(a). entende por ser incapaz?
- Como descreve esta incapacidade?
- Quais as consequências de sentir-se incapaz?

Ao término da discussão das questões norteadoras, os coordenadores propuseram uma atividade que dividiu o grupo em dois e foram apresentadas algumas figuras de idosos realizando atividades do dia a dia. Esses grupos farão a separação das figuras que demonstram idosos independentes e funcionalmente incapazes.

4. Finalização do grupo.
5. Confraternização com lanche oferecido pela pesquisadora

APÊNDICE E - Autorização para realização dos Grupos Focais no CSE

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto 22 de Abril de 2013

Prezada Senhora,

Vimos por meio deste, solicitar a utilização do espaço físico da **UBS Profª Drª M.ª Herbênia O. Duarte – CSE Vila Tibério** para realização dos grupos focais para verificação da capacidade funcional de idosos. Estes grupos farão parte da coleta de dados da Tese de Doutorado intitulada: Incapacidade Funcional de Idosos: Análise de Conceito, da aluna Luana Flávia da Silva Talmelli sob orientação da Profª Drª Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues.

O objetivo do trabalho é analisar o conceito de incapacidade funcional em idosos a partir da busca bibliográfica e percepção dos idosos com base no Modelo Híbrido de Análise de Conceito de Schwartz-Barcott & Kim (2000).

Temos a intenção de realizar quatro encontros com os idosos em diferentes datas (a combinar) com duração de cerca de 2 h e solicitamos sua autorização para utilização do espaço da UBS por se tratar de idosos que residem próximo a Unidade de Saúde a fim de facilitar a locomoção dos participantes.

Certa de contar com a sua colaboração e ficando a disposição para quaisquer esclarecimentos, agradecemos a atenção dispensada.

Sem mais, aproveitamos a oportunidade para apresentar protesto de estima consideração.

Atenciosamente,

Luana F. S. Talmelli
Doutoranda da EERPUSP
(16) 36023416
luanatalm@yahoo.com.br

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Orientadora/ Docente da EERPUSP
(16) 36023416

Ilma. Sra. Adriana Mafra Brienza

Responsável pela UBS Profª Drª M.ª Herbênia O. Duarte – CSE Vila Tibério

Ribeirão Preto SP

Adriana Mafra Brienza
Enfermeira - COREN/SP 44504
Cód. Func 20677.3
Gerente CSE Vila Tibério
24/04/2013

APÊNDICE F - Termo de Consentimento livre e esclarecido para o idoso

Título do Projeto: Incapacidade Funcional em idosos: Análise do Conceito.

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos por meio deste, convidá-lo a participar de um estudo que tem a intenção de verificar as suas condições de saúde e as atividades realizadas no seu dia a dia. Solicitamos então, a (o) Sr.(a) participar de uma entrevista com duração de cerca de 45 minutos que será realizada em seu domicilio, onde o sr(a) deverá responder à algumas questões, fazer alguns testes, cálculos e desenhos, que serão explicados ao sr(a), mas que são simples, como lembrar datas e locais, não será perguntado nada que possa constranger ou magoar o (a) sr. (a). A entrevista será realizada pela enfermeira e pós-graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, cujo crachá e identificação são obrigatórios.

Os nomes dos participantes desse estudo não vão aparecer no final da pesquisa nem se espera causar nenhum desconforto e/ou riscos aos entrevistados. Lembramos também que o sr(a) não terá diretamente nenhum beneficio em participar deste estudo, Espera-se que o entendimento do significado de incapacidade para realizar as atividades do dia-a-dia para os idosos possa ajudar os profissionais de saúde a trabalhar adequadamente com essa população. Caso concorde, o (a) Senhor(a) deverá assinar esse termo e ficará com uma cópia dele também, caso precise, entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa. Sua participação é completamente voluntária e o seu custo com transporte e de seu acompanhante será pago pela pesquisadora. Pode também deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que o sr(a) ou qualquer membro de sua família seja prejudicado(a) por isso, e se tiver alguma dúvida poderá perguntar ou entrar em contato através do telefone.

Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação, como revistas científicas e congressos. Esperamos merecer sua confiança e colocamo-nos à sua disposição para qualquer informação adicional no telefone: (16)3602-3416 e endereço: Av. Bandeirantes 3900 sala 105 Bairro: Vila Monte Alegre ribeirão Preto SP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERPUSP.

Luana Flávia da Silva Talmelli	***Rosalina Ap. Partezani Rodrigues***
(doutoranda)	(orientadora)

Eu, _____aceito participar desta pesquisa, respondendo às questões, fazendo teste, cálculos e desenhos. Sei que, quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir. Sei também, que ao final desta pesquisa, meu nome será mantido em segredo. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discuti-lo com ela.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2013.

(Assinatura do idoso)

Impressão digital do idoso
(caso esse não saiba escrever o nome)

APÊNDICE G - Termo de Consentimento livre e esclarecido para realização dos Grupos Focais

Título do Projeto: Incapacidade Funcional em idosos: Análise do Conceito

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos, por meio deste, convidá-lo a participar da continuação do estudo que tem a intenção de verificar as suas condições de saúde e as atividades realizadas no dia a dia de idosos. Solicitamos então, a (o) sr(a) participar de um grupo com duração de cerca de 60 minutos que será realizada no Centro de Saúde Escola Profª Drª Maria Herbênia Oliveira Duarte. Neste grupo participarão também outros idosos. O (a) sr.(a) falará sobre a sua capacidade de realizar atividades do dia a dia e como se sente. Outras questões poderão surgir, mas garanto que não será perguntado nada que possa constrange-lo ou magoá-lo (a) sr. (a). O grupo será gravado em áudio e realizado pela enfermeira e pós-graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, cujo crachá e identificação são obrigatórios.

Os nomes dos participantes destes grupos não vão aparecer no final da pesquisa. Ressaltamos que a realização do grupo poderá causar desconforto emocional ao falar da sua incapacidade de realizar as atividades do dia a dia, por isso, caso se sinta constrangido, o(a) sr (a) tem a opção de não responder as questões que lhe causem desconforto, se isso ocorrer, estaremos à disposição depois do grupo e pelo telefone abaixo para conversarmos sobre o incômodo e falar com sua família, caso o(a) sr (a) queira, para realizar orientações referentes a estratégias no domicilio que diminuam seu desconforto.

Caso concorde, o(a) senhor(a) deverá assinar esse termo e ficará com uma cópia dele também, caso precise, entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa. Sua participação é completamente voluntária e o seu custo com transporte e de seu acompanhante será pago pela pesquisadora. Pode também deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que o sr(a) ou qualquer membro de sua família seja prejudicado(a) por isso, e se tiver alguma dúvida poderá perguntar ou entrar em contato através do telefone.

Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de

comunicação, como revistas científicas e congressos. Esperamos merecer sua confiança e colocamo-nos à sua disposição para qualquer informação adicional no telefone: (16)3602-3416 e endereço: Av. Bandeirantes 3900 sala 105 Bairro: Vila Monte Alegre Ribeirão Preto SP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERPUSP

_____	_____
Luana Flávia da Silva Talmelli	***Rosalina Ap. Partezani Rodrigues***
(doutoranda)	(orientadora)

Eu,_____aceito participar deste grupo, respondendo às questões. Estou ciente de que, durante a realização do grupo todas as conversas serão gravadas em áudio. Sei que, quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir. Sei também, que ao final desta pesquisa, meu nome será mantido em segredo. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discuti-lo com ela.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2013.

_____

(Assinatura do idoso)

Impressão digital do idoso
(caso esse não saiba escrever o nome)

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de Perfil sociodemográfico

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
A1) Idade _____(anos completos) Mês e ano de nascimento _____/_____	*AIDADE* ___ ___ *AMANO* ____ /___
A2) Sexo (1) Masculino (2) Feminino	*ASEXO* _____
A3) Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (4) Preta (2) Parda (5) Indígena (3) Amarela (99) NS/NR	*ACOR* ___ ___
A4) Local de nascimento (V*er documento se necessário)* (1) Urbano (2) Rural (99) NS/NR	*ALOCALN* ___ ___
A5) Qual o seu estado civil? (1) Solteiro (a) . (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo(a) (6) Outro _____ (99) NS/NR	*AESTCIV* ___ ___
A6) Mora sempre neste endereço ou existe mais de um local para residir: (1) Mesmo (2) Mais de um local (99) NS/NR	*ALOCAL*_____
A7) Há quanto tempo o sr(a) mora nesta casa? (99) NS/NR	*ATEMPO*_____
A8) Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o sr(a)? (99) NS/NR	*AMCASA*_____
A9) Com quem o sr(a) mora: (1)sozinho (2) somente com o cônjuge (3) cônjuge e filho(s) (4) cônjuge, filhos, genro ou nora (5) somente com o filho(s) (6) arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) arranjos intrageracionais (mora somente com outros idosos e o cônjuge) (8) arranjos intrageraciacionais (somente com outros idosos) (9) somente com os netos(sem filhos) (10) não familiares (11) Outros (especifique)_____ (99) NS/NR	*AMORA* _____

A10) Quem é o chefe responsável pelo domicílio? (1) Próprio idoso (2)Cônjuge (3) Filho(a) (4) Outro familiar (5) Não familiar (99) NS/NR	*ACHEFE*_____
A11) Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? _____ (99) NS/NR	*AFILHVIV* _____
A12) Qual é a sua religião? (00) Nenhuma (01) Católica (02) Protestante ou Evangélica (03) Espírita (04) Judaica (05) Outra (especifique) _____ (99) NS/NR	*ARELIG* ___ ___
A13) Quando precisa de atenção para acompanhar sua saúde, qual o tipo de serviço o(a) sr(a) utiliza como primeira opção? 1 SUS 2 Convênio de saúde 3 Particular 4 Farmácia 5 Benzedeira 6 Outro (especifique)_____ (88) Não se aplica (99)NS/NR	*ASERATS* ___ ___
PERFIL SOCIAL	
B1) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola? (99) NS/NR (Se nenhum, colocar "0")	*BESCOL* _____
B2) Qual é a renda mensal (em salários mínimos - SM): **Idoso:** (0) Não tem (1) Tem :_____em reais **Família (incluir idoso):** (1) 1 SM (2) 2 SM (3) 3-5 SM (4) 6-9 SM (5) +10 SM (99) NS/NR	*BRENDI* _____ *BRENDF*_____
B3) Qual(is) dessas rendas o Sr.(a) tem? (1)não tem (2)tem (99) NS/NR B3a) Aposentadoria B3b) Pensão B3c) Aluguel B3d) Trabalho próprio B3e) Doações (família, amigos, instituições) B3f) Outras_____	 *BAPOS* _____ *BPENS* _____ *BALUGUEL* _____ *BTRAPRO*_____ *BDOA* _____ *BOUTR* _____
B4) De acordo com sua situação econômica atual de que forma o(a) sr(a) avalia suas necessidades básicas(alimentação, moradia, saúde, etc) (1)Muito boa (4) Ruim (2)Boa (5) Péssima (3)Regular (99) NS/NR	*BNECBAS* __ ___

B5) Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é: (1) Melhor (3) Pior (2) Igual (99) NS/NR	*BECONCOMP* ___
B6) Quais das seguintes atividades o sr(a) realiza? (0)Não (1)Sim (99) NS/NR B6a) Nenhuma B6b) Atividades domésticas B6c) Esporte/dança B6d)Trabalho voluntário/comunitário B6e) Trabalho remunerado B6f) Outros: Quais?_____	 *BATINEH*_____ *BATDOM*_____ *BATESD*_____ *BATTVOL*_____ *BATTREM*_____ *BATOUT*_____
B7) A casa onde mora é: (1) Própria-quitada (4) Cedida – sem aluguel (2) Paga aluguel (5) Outro _____ (3) Própria – Paga prestação (99)NS/NR	*BCASA* _____
B8) Como o sr(a) avalia sua memória atualmente? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Péssima (99) NS/NR	*BAVAMEM*____
B9) Comparando com um ano atrás, o (a) Sr(a) diria que sua memória está... (1) Melhor. (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	*CMEMPOS*_____

ANEXO B - Mini-Exame do Estado Mental – MEEM*

AVALIAÇÃO COGNITIVA

C3) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – *Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).)*

Ano	( )acertou	( )errou	( )Não sabe
Semestre	( )acertou	( )errou	( )Não sabe
Mês	( )acertou	( )errou	( )Não sabe
Dia	( )acertou	( )errou	( )Não sabe
Dia da semana	( )acertou	( )errou	( )Não sabe

CORITMA_____
CORITMS_____
CORITMM_____
CORITMD_____
CORITMDS_____

CORITEM_____

C4) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – *Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).)*

Nome da rua	( )acertou	( )errou	( )Não sabe
Número da casa	( )acertou	( )errou	( )Não sabe
Bairro	( )acertou	( )errou	( )Não sabe
Cidade	( )acertou	( )errou	( )Não sabe
Estado	( )acertou	( )errou	( )Não sabe

CORIESPR_____
CORIESPC_____
CORIESPB_____
CORIESPCI____
CORIESPE_____

CORIESPTOT__

C5) REGISTRO - *Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote > Se o total for diferente de três repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda em no máximo 5 repetições. Anote o número de repetições que fez e nunca corrija a primeira parte. Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.*

Vou lhe dizer três palavras e quando terminar pedirei que repita-os, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?

Lembrou = 1 Não lembrou = 0

Árvore	( )conseguiu	( )não conseguiu
Mesa	( )conseguiu	( )não conseguiu
Cachorro	( )conseguiu	( )não conseguiu

Número de repetições:_____

CREGAR_____
CREGME_____
CREGCA_____

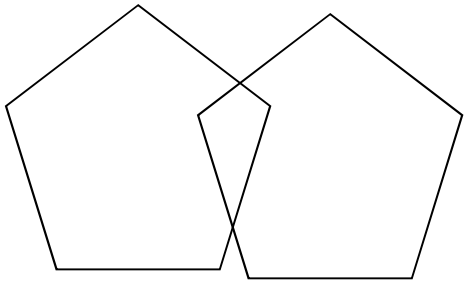
CREGTOT _____

C6) ATENÇÃO E CÁLCULO - *Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).*

Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos

CATCA93_____

100-7=93 ( )acertou ( )errou ( )Não sabe *93-7=86 ( )acertou ( )errou ( )Não sabe* *86-7=79 ( )acertou ( )errou ( )Não sabe* *79-7=72 ( )acertou ( )errou ( )Não sabe* *72-7=65 ( )acertou ( )errou ( )Não sabe*	*CATCA86_____* *CATCA79_____* *CATCA72_____* *CATCA65_____* *CATCATOT _____*
C7) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS – Marcar *1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem* Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra. Árvore ( )acertou ( )errou ( )Não sabe Mesa ( )acertou ( )errou ( )Não sabe Cachorro ( )acertou ( )errou ( )Não sabe	*CMEMEVOA____* *CMEMEVOM____* *CMEMEVOC____* *CMEMEVOTOT _____*
C8) LINGUAGEM – *Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).* *Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)* Caneta ( )acertou ( )errou ( )Não sabe Relógio ( )acertou ( )errou ( )Não sabe	*CLINGGECA____* *CLINGGERE____* *CLINGGETOT___*
C9) Repita a frase que vou lhe dizer - (*Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente*). *A resposta correta vale 1 ponto.* NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ Conseguiu ( ) Não conseguiu ( )	*CREPFRA _____*
C10) *Dê ao idoso(a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: FECHE OS OLHOS, diga-lhe*: Leia este papel e faça o que está escrito. (*permita 10 seg*). Fechou os olhos ( ) (1 ponto) Não fechou os olhos ( ) (zero)	*CVISAO ____*
C11) *Diga ao idoso(a):* Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. *Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).)* Pegue o papel com a mão direita ( )acertou ( )errou ( )Não sabe Dobre esse papel ao meio ( )acertou ( )errou ( )Não sabe Ponha-o no chão ( )acertou ( )errou ( )Não sabe	*CATIVIPEG_____* *CATIVIDOB____* *CATIVIPON____* *CATIVI ___*

C12) *Diga ao idoso(a):* O (a) Sr(a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha? *Contar 1 ponto se a frase tem sujeito,verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe:* "Isto é uma frase?" *e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg)* _____ Pontuação _____	*CFRASE* _____
C13) *Diga ao idoso(a):* Por favor, copie este desenho:  Pontuação |_____ Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou dois ângulos (1 ponto).	*CDESEN* _____ *TOTAL*_____
OBS: SOME AS RESPOSTAS CORRETAS ANOTADAS NAS PERGUNTAS B3 A B13 E ANOTE O TOTAL. A PONTUAÇÃO MÁXIMA É DE 30. SE A SOMA FOR IGUAL A 12 OU MENOS, VERIFIQUE SE ALGUÉM QUE MORA NA MESMA RESIDÊNCIA PODE AJUDAR NAS RESPOSTAS.	

*Elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e modificado por Brucki et al. (2003)

ANEXO C – Medida de Independência Funcional* **– MIF**

Níveis	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	**Sem ajuda**
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Dependência Mínima (indivíduo >= 75%) 3 Dependência Moderada (indivíduo >= 50%) 2 Dependência Máxima (indivíduo >= 25%) 1 Dependência Total (indivíduo >= 0%)	**Ajuda**

	Pontuação		
Autocuidados			
A. Alimentação			
B. Higiene pessoal			
C. Banho (lavar o corpo)			
D. Vestir-se acima da cintura			
E. Vestir-se abaixo da cintura			
F. Uso do vaso sanitário			
Controle de esfíncteres			
G. Controle da urina			
H. Controle das fezes			
Mobilidade			
Transferências			
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas			
J. Vaso sanitário			
K. Banheira ou chuveiro			
Locomoção			
L. Marcha / cadeira de rodas	m c	_	
M. Escadas			
Comunicação			
N. Compreensão	a v	_	
O. Expressão	v' n	_	
Cognição Social			
P. Interação Social			
Q. Resolução de problemas			
R. Memória			
Total	_____		
Nota: Não deixe nenhum item em branco. Se não for possível de ser testado, marque 1			

m=marcha; c=cadeira de rodas; a=auditiva; v=visual; v'=verbal; n=não verbal
Traduzido e adaptado por Riberto et al. (2001)

ANEXO D - Certificado do Curso da MIF

HC HOSPITAL CLÍNICAS FMUSP

DMR HC FMUSP

CERTIFICADO

Certificamos que

Luana Flavia da Silva Talmelli

participou do **Curso de Capacitação para a Utilização da Medida de Independência Funcional – MIF**, realizado pela DMR HC FMUSP nos dias 17 e 18 de agosto de 2007, com carga horária de 08 horas.

Linamara Rizzo Battistella
Diretora Executiva da DMR HC FMUSP

Marcelo Riberto
Coordenador

DIVISÃO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO
do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 178/2012

Ribeirão Preto, 27 de setembro de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 27 de setembro de 2012.

Protocolo CAAE: 06347512.1.0000.5393

Projeto: Incapacidade Funcional em idosos: Análise do Conceito.

Pesquisadores: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Luana Flávia da Silva Talmelli

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP