

Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família

Quality of life and functional disability among elderly enrolled in the family health strategy

Árlen Almeida Duarte de Sousa¹, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins¹, Marise Fagundes Silveira¹, Wagner Luiz Mineiro Coutinho², Daniel Antunes Freitas¹, Eveline Lucena Vasconcelos³, Amanda Miranda Brito Araújo¹, Ana Monique Gomes Brito², Raquel Conceição Ferreira⁴

¹Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil.

²Faculdades Integradas do Norte de Minas (Funorte) – Montes Claros (MG), Brasil.

³Universidade Federal de Alagoas (UFAL) – Maceió (AL), Brasil.

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

DOI: <https://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v43i1.986>

RESUMO

Introdução: O comprometimento da funcionalidade do idoso traz consequências prejudiciais relacionadas à família, comunidade e ao próprio sistema de saúde. **Objetivo:** Estimar a ocorrência da qualidade de vida (QV) ruim entre idosos, além de verificar sua associação com incapacidade funcional, características pessoais, comportamentos de saúde e condições subjetivas de saúde bucal.

Métodos: Estudo epidemiológico avaliou 361 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados nas três Estratégias de Saúde da Família no município de Ibiá-MG. A QV foi medida pelo WHOQOL-bref e as variáveis independentes foram características pessoais, comportamentos de saúde, condições subjetivas de saúde bucal e incapacidade funcional. Foram feitas regressões logísticas para estimativa dos modelos múltiplos e o modelo final foi ajustado, mantendo-se as variáveis associadas com $p < 0,05$.

Resultados: No domínio físico, constatou-se menor chance de QV ruim entre idosos que possuíam hábitos etilistas, e maior chance entre os idosos que faziam uso de medicamento, que relataram percepção ruim/péssima da aparência dos dentes e gengivas e entre aqueles com incapacidade funcional. No domínio psicológico, observou-se menor chance de QV ruim entre homens, e maior chance entre os idosos que relataram percepção da saúde bucal como ruim/péssima e aqueles com incapacidade funcional. No domínio social, obteve-se maior chance de QV ruim entre idosos que relataram percepção ruim/péssima da aparência dos dentes e gengivas e que apresentaram incapacidade funcional. **Conclusão:** Constatou-se alta ocorrência de QV ruim entre idosos e evidenciou-se relação entre QV ruim e incapacidade funcional.

Palavras chave: qualidade de vida; atividades cotidianas; saúde bucal; saúde do idoso; atenção primária à saúde.

Recebido em: 04/06/2017

Revisado em: 12/09/2017

Aprovado em: 24/11/2017

Autora para correspondência: Amanda Miranda Brito Araújo – Universidade Estadual de Montes Claros – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Avenida Dr. Ruy Braga, s/n – Vila Mauriceia – CEP: 39401-089 – Montes Claros (MG), Brasil – E-mail: amandamirabrito@gmail.com

Apoio financeiro: AADS recebeu bolsa FAPEMIG.

Conflito de interesses: nada a declarar.

ABSTRACT

Introduction: The compromise of elderly functionality has harmful consequences to family, community and the health system. **Objective:** To estimate the occurrence of low quality of life (QOL) among elderly, as well as to verify its association with functional disability, personal characteristics, health behaviors and subjective oral health conditions. **Methods:** Epidemiological study with 361 elderly individuals aged equal or higher 60 years registered in the three Family Health Units from the city of Ibiá-MG. QOL was measured by the WHOQOL-bref questionnaire and the independent variables were personal characteristics, health behaviors, subjective oral health conditions and functional disability. Logistic regressions were made to estimate the multiple models and the final model was adjusted, maintaining the variables associated with $p < 0.05$. **Results:** In the physical domain, there was a lower chance of low QOL among elderly consuming alcohol, and a higher chance among those using medication, who reported bad/terrible perception of teeth and gums appearance and among those with functional disability. In the psychological domain, there was a lower chance of low QOL among men, and a higher chance among elderly who reported bad/terrible perception of oral health and those with functional disability. In the social domain, there was a higher chance of low QOL among the elderly who reported bad/terrible perception of the teeth and gums appearance and who presented functional disability. **Conclusion:** There was a high occurrence of low QOL among elderly and the relation between low QOL and functional disability was evidenced.

Keywords: quality of life; activities of daily living; oral health; health of the elderly; primary health care.

INTRODUÇÃO

A capacidade funcional se faz necessária em vários aspectos da vida do idoso, seja em relação a sua família, a sua comunidade e até mesmo quando se trata do próprio sistema de saúde no qual ele está inserido. O comprometimento da sua funcionalidade ocasiona dependência física, tornando o idoso mais vulnerável nas suas atividades de vida diária, diminuindo a qualidade de vida e bem-estar do indivíduo^{1,2}.

As atividades da vida diária são todas as atividades realizadas pelas pessoas em seu dia a dia, onde se encontram os cuidados pessoais, as questões de comunicação e ambientais, e também a mobilidade funcional¹⁻³. Atividades Básicas de Vida Diária dizem respeito às atividades que denotam o autocuidado, representadas por ações como trocar de roupa, tomar banho, se alimentar sozinho; enfim, ações que refletem sobre a vida cotidiana individual³. As Atividades Instrumentais de Vida Diária representam ações de maior complexidade que tem representatividade relacionada à vida em comunidade. A incapacidade funcional gera dificuldades e obstáculos à liberdade e independência plena para o idoso, afetando a manutenção do estado individual quando se considera o conceito atual de saúde^{2,3}.

A capacidade funcional pode ser entendida quando o indivíduo possui uma vida autônoma e independente dentro de suas habilidades físicas e mentais. À medida que essa capacidade vai se deteriorando, o idoso necessita de auxílio de terceiros no desempenho de suas atividades. Essa pessoa assume a função de cuidador⁴.

Avaliar a capacidade funcional do idoso é uma estratégia importante na atenção em saúde, uma vez que permitirá a identificação dos fatores de risco e o monitoramento da evolução clínica dos problemas de saúde, como complicação ou instauração de doença crônica, probabilidade de quedas, entre outros, possibilitando, dessa forma, a preservação da autonomia e independência do indivíduo na terceira idade^{2,4}.

A autopercepção da saúde bucal apresenta-se como importante componente da qualidade de vida entre idosos, visto que a autopercepção negativa da saúde bucal pode afetar a vida cotidiana das pessoas. Exemplo disso é que, além de poder afetar atividades diárias elementares como fala e alimentação, também o papel coletivo pode ser influenciado através das questões estéticas relacionadas à saúde bucal. Neste contexto, uma saúde bucal comprometida pode estar relacionada a uma estética bucal negativa e esta situação resultar em constrangimento para o indivíduo afetado frente ao grupo social de seu convívio^{4,5}.

Tendo em vista a relação da idade com a morbidade, uma das consequências do aumento do número de indivíduos idosos é uma demanda crescente por serviços de saúde⁵. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde se desenvolve a partir de um modelo centrado na Estratégia Saúde da Família (ESF); esta deve ser para todos os usuários do Sistema Único de Saúde, também para os idosos, a porta de entrada e o seu elo junto ao sistema público de saúde^{6,7}. Cabe às Equipes da ESF, tanto as Equipes de Saúde da Família como as Equipes de Saúde Bucal, conhecer a realidade

das famílias adstritas em seus territórios, mobilizar e envolver os indivíduos idosos em grupos e propostas que façam com que eles se tornem personagens atuantes de suas próprias condições de saúde^{8,9}. Assim, o objetivo a ser alcançado pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde é de um envelhecimento saudável e ativo, contribuindo para que as limitações rotineiras aos idosos não sejam impedimentos a uma boa condição de saúde^{8,9}.

A pesquisa justifica-se pelo número crescente de idosos, resultado da queda na taxa de mortalidade e natalidade; estes estão em busca da manutenção de suas necessidades básicas de vida, bem como na procura por interação com o ambiente em que vivem com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida. Além disso, investigar a qualidade de vida de idosos e sua funcionalidade vem se tornando cada vez mais necessário, pois os resultados podem compor um conjunto de ferramentas importantes para construção de intervenções e/ou programas que venham proporcionar bem-estar a este público.

Esse estudo buscou estimar a ocorrência da qualidade de vida ruim geral e em seus domínios físico, ambiente, social e psicológico entre idosos, além de verificar sua associação com a incapacidade funcional, características pessoais, comportamentos de saúde e condições subjetivas de saúde bucal.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico, transversal analítico conduzido em um município brasileiro de pequeno porte populacional (Ibiaí, Norte de Minas Gerais) entre idosos cadastrados na ESF com idade igual ou superior a 60 anos completos em 1º de janeiro de 2010, residentes e domiciliados na zona urbana.

Foi obtida das três equipes das ESF existentes na cidade, que cobrem 100% da população do município, uma lista com os nomes e endereços dos idosos cadastrados com idade igual ou superior a 60 anos. Posteriormente, dez pesquisadores, previamente treinados e calibrados por técnica de *Role Play* para aplicação dos instrumentos, percorreram todos os domicílios para buscar pelos idosos, sendo os dados coletados por meio de entrevistas utilizando um formulário contendo todos os instrumentos. O processo de coleta de dados foi realizado entre os anos de 2011 e 2012.

Os critérios de inclusão para participação da pesquisa foram idosos com 60 anos ou mais, que apresentassem condição cognitiva preservada confirmada a partir da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Adotaram-se como critérios de exclusão idosos que apresentaram cinco ou mais patologias instaladas diagnosticadas por um médico, déficit visual e/ou auditivo não corrigido, afasia e/ou outros comprometimentos neurológicos que os impediam de responder os questionários, idosos acamados, em uso de cadeira de rodas e/ou outros dispositivos auxiliares da marcha que impossibilitassem o desempenho das atividades físicas, estar sendo assistido nos níveis secundário e ou terciário de assistência à saúde, questionários preenchidos de forma incompleta.

Dos 479 idosos contidos na lista obtida da ESF, 449 (93,74%) foram encontrados, 09 (1,87%) mudaram para outra cidade ou para a zona rural, 04 (0,84%) estavam muito debilitados ou internados sem condições de participar do estudo, 06 (1,25%) não foram encontrados por estarem fora do município e 08 (1,67%) por inexistência do endereço; 03 idosos (0,63%) tinham falecido. Por outro lado, 27 idosos que não constavam na lista da ESF por falha no cadastramento foram adicionados, totalizando 476 idosos elegíveis para o estudo. Destes, a taxa de recusa foi de 3,57% (n=17) e 459 (96,43%) responderam pelo menos a um dos instrumentos de coleta de dados iniciais, dentre os quais o relativo aos dados sociodemográficos; 61 (12,8%) idosos foram excluídos por confirmação de problemas cognitivos após a aplicação do MEEM. O motivo da recusa em responder os questionários não foi explicado pelos idosos abordados para o estudo, apenas não demonstraram interesse em participar. Entre estes, 361 idosos responderam as variáveis de interesse neste estudo e apresentaram estado cognitivo preservado (questionário WHOQOL-bref, Escala de Lawton e Brody e Escala de Katz), definindo uma perda de 21,4%.

A variável dependente, qualidade de vida, foi avaliada utilizando o questionário WHOQOL-bref, versão validada no Brasil⁹. Este instrumento possui duas questões de ordem geral e 26 questões relacionadas a quatro domínios (físico, psicológico, ambiente e social). As opções de resposta seguem uma escala do tipo *Likert*, que mede intensidade, frequência, capacidade e avaliação. Cada uma dessas medidas vai de “nada a extremamente” (intensidade), “nunca a sempre” (frequência), “nada a completamente” (capacidade) e “muito satisfeito a muito insatisfeito e muito ruim a muito bom” (avaliação).

Os escores de cada domínio do questionário WHOQOL-bref foram transformados em escalas de 0 a 100, sendo considerada a melhor qualidade de vida aquela que conseguir o maior escore^{10,11}. Os escores finais de cada um dos domínios foram dicotomizados pelo Intervalo de Confiança (IC). Os idosos que apresentaram menores escores (valores inferiores ao limite inferior do IC da média) foram considerados com qualidade de vida ruim (Domínio físico: 61,62; Domínio psicológico: 64,45; Domínio ambiente: 58,73; Domínio Social: 75,66). Os respondentes que deixaram de preencher ou preencheram incorretamente seis ou mais questões do questionário WHOQOL-bref foram excluídos do estudo (n=37).

A incapacidade funcional foi avaliada pela escala de atividades instrumentais de vida diárias, que aborda atividades complexas com maior independência social¹⁷. Desenvolvida por Lawton e Brody¹² foi adaptada ao contexto brasileiro³, sendo composta por sete questões estruturadas relacionadas ao uso do telefone, viagem, compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, uso de medicamentos e manuseio do dinheiro. Cada questão contém uma escala com três pontos, variando numericamente de 01 a 03, sendo a soma mínima de 07 pontos e a máxima de 21. Em relação às categorias relacionadas às atividades de vida diária, o idoso teve três possibilidades de resposta, sendo elas independência, necessidade de ajuda parcial e necessidade de ajuda total².

Para definição da incapacidade funcional foram propostas três categorias, cujos pontos de cortes foram definidos pelos percentis: Independente (percentil 100), Dependência Parcial (percentil >25 a <100) e Dependência Total (percentil 25)¹³.

Com o objetivo de avaliar a incapacidade funcional para desempenhar Atividades Básicas de Vida Diária, utilizou-se a Escala de Katz criada por Sidney Katz *et al.*¹⁴, que analisa a capacidade para tomar banho, vestir uma roupa, usar o banheiro, mover-se da cama para a cadeira e vice-versa, comer sozinho e controlar o tônus esfinteriano. Tal escala, amplamente utilizada em pesquisas e adaptada para a cultura brasileira por Lino *et al.*¹⁵ é reconhecida pelo Ministério da Saúde do Brasil¹⁶ para avaliação da pessoa idosa na atenção básica².

Para as seis atividades são propostas três alternativas de resposta; o resultado possibilita que o idoso seja direcionado a uma classificação, variando de A a Outro, a saber:

- A) independente para todas as atividades;
- B) independente para todas as atividades menos uma;
- C) independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional;
- D) independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional;
- E) independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional;
- F) independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional;
- G) dependente para todas as atividades;
- Outro) Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E, e F¹⁶.

Utilizou-se o modelo proposto por Rubenstein *et al.*¹⁷ elaborado com a aceitação de Sidney Katz para categorização dos indivíduos: Mais Funcional (junção das situações A e B), Funcionalidade Intermediária (junção das situações C, D e E) e Menos Funcional (junção das situações F e G).

As outras variáveis independentes foram referentes às características pessoais, comportamentos de saúde e condições subjetivas de saúde bucal. As características pessoais foram reunidas em três subgrupos: Sociodemográficas (idade: 60 a 70, maior ou igual a 71; cor da pele autodeclarada: branco ou amarelo, pardo/negro; sexo: feminino, masculino; situação conjugal: com companheiro, sem companheiro; escolaridade em anos de estudo: 0, 1-4, 5 ou mais¹⁸; Disponibilidade de Recursos (renda *per capita* em reais: > 255,00, ≤ 255,00); Saúde Geral (presença de doenças crônicas: não, sim; uso de medicamentos: não, sim).

As variáveis relacionadas a comportamentos de saúde foram hábitos tabagistas (ausente, presente), hábitos etilistas (ausente, presente) e atividade física. Essa última variável foi avaliada pelo instrumento Curitibativa. O instrumento considera as atividades realizadas na última semana, segmentadas em três grupos: prática de atividades físicas sistemáticas, prática de tarefas domésticas ou de trabalho-esforço físico e atividades sociais ou de lazer¹⁹. Cada um

destes itens foi pontuado de acordo com uma escala que variou de 2,5 a 4, multiplicado pelo número de vezes que o sujeito praticou tal atividade durante uma semana e pelo tempo gasto para a realização de tais atividades, gerando assim um escore final. Os seguintes pontos de corte definiram o nível da atividade física do idoso: de 0 a 32: inativo, de 33 a 82: pouco ativo, de 83 a 108: moderadamente ativo, de 109 a 133: ativo, e 134 ou mais: muito ativo²⁰. Para análises múltiplas, foram criadas duas categorias: ativo (muito ativo, ativo) e inativo (inativo, pouco ativo, moderadamente ativo).

As condições individuais de saúde bucal foram: percepção da saúde bucal; percepção da aparência de dentes e gengivas; e percepção da fala devido aos dentes e gengivas (ótima/boa, regular, ruim/péssima)²¹.

Foi utilizado para análise de dados o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)[®] versão 17.0 for Windows. A estatística descritiva foi realizada com obtenção de frequências absoluta e relativa das variáveis categóricas e ordinais, enquanto a média, mediana e desvio padrão foram utilizadas para as variáveis quantitativas. Na análise univariada, a associação entre as variáveis independentes (Atividades Instrumentais de Vida Diária, Atividades Básicas de Vida Diária, características pessoais, comportamentos em saúde e condições subjetivas de saúde bucal) e a dependente (Domínios do questionário WHOQOL-bref) foi verificada por meio do teste qui-quadrado, com obtenção dos valores de *Odds Ratio*, sua significância estatística e intervalo de confiança 95%. As variáveis associadas com a variável dependente ($p \leq 0,20$) na análise univariada foram incluídas nas análises múltiplas. Foram feitas regressões logísticas para estimativa dos modelos múltiplos. O modelo final foi ajustado, mantendo-se as variáveis associadas com $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (CEP/UNIMONTES, parecer substanciado n. 2903/11). Os pesquisadores comprometeram-se em manter o sigilo

RESULTADOS

Observou-se que a média de idade dos idosos foi de 71,24 anos ($\pm 8,53$; IC95%: 70,15-72,32), estudaram em média 1,82 anos ($\pm 2,63$; IC95%: 1,49-2,16) e possuíam renda *per capita* média, em reais, de R\$ 352,62 ($\pm 265,89$; IC95%: 318,81-386,43) – salário mínimo de referência: R\$ 622,00. A maioria era do sexo feminino e se enquadrava na categoria negro/pardo. A caracterização dos idosos quanto às variáveis investigadas foi representada na Tabela 1.

Identificou-se uma maior ocorrência de qualidade de vida ruim no domínio social (58,4%; $n=211$) e físico (45,2%; $n=163$) do WHOQOL-bref, seguidos pelos domínios ambiente (43,8%; $n=158$) e psicológico (36,8%; $n=133$). A Qualidade de Vida Geral obteve ocorrência de qualidade de vida ruim de 41,3% ($n=149$).

Em relação às Atividades Instrumentais de Vida Diária observou-se que 29,1% ($n=105$) dos idosos enquadraram-se como Dependência total, 63,2% ($n=228$) como Dependência parcial e

apenas 7,8% ($n=28$) como Independência; o valor médio alcançado foi de 16,73 ($\pm 3,115$; IC95%: 16,41-17,06), variando de 7 a 21. Na avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária constatou-se

Tabela 1: Distribuição da população idosa quanto a características pessoais, comportamentos em saúde, atividade física e condições subjetivas de saúde bucal. Ibiaí, Minas Gerais, 2011-2012. $n=361$

Características pessoais	n	%
Idade (anos)		
60 a 70	170	47,1
71 a 102	191	52,9
Sexo		
Feminino	213	59,0
Masculino	148	41,0
Cor da pele autodeclarada		
Branco/Amarelo	56	15,5
Negro/Pardo	305	84,5
Situação conjugal		
Com companheiro	186	51,5
Sem companheiro	175	48,5
Escolaridade em anos*		
5 ou mais	31	8,8
1 a 4	145	41,3
0	175	49,9
Renda <i>per capita</i> em reais*		
> 255,00	117	48,8
< ou igual a 255,00	123	51,2
Doença crônica existente		
Não	40	11,1
Sim	321	88,9
Uso de medicamento		
Não	88	24,4
Sim	273	75,6
Comportamentos em saúde		
Hábitos tabagistas*		
Ausente	180	51,1
Presente	172	48,9
Hábitos etilistas*		
Ausente	198	56,3
Presente	154	43,8
Atividade física*		
Muito ativo	44	12,2
Ativo	11	3,1
Moderadamente ativo	16	4,5
Pouco ativo	72	20,1
Inativo	215	60,1
Condições subjetivas de saúde bucal		
Percepção da saúde bucal*		
Ótima/boa	262	74,6
Regular	70	19,9
Ruim/péssima	19	5,5
Percepção da aparência dentes e gengivas*		
Ótima/boa	256	73,4
Regular	48	13,8
Ruim/péssima	45	12,8
Percepção da fala devido dentes e gengivas*		
Ótima/boa	289	82,8
Regular	45	12,9
Ruim/péssima	15	4,3

*Número de respondentes inferior ao número de participantes.

que 98,6% (n=356) dos idosos foram categorizados como Mais Funcional 0,6% (n=02) como Funcionalidade Intermediária e como Menos Funcional 0,8% (n=03) (Tabela 2).

Na análise univariada, constatou-se que variáveis pertencentes Atividades Instrumentais de Vida Diária, atividade física, características pessoais, comportamentos em saúde e condições subjetivas de saúde bucal estiveram estatisticamente associadas ($p \leq 0,05$) aos domínios da qualidade de vida dos idosos (Tabela 3 e Tabela 4).

No domínio físico, constatou-se menor chance de qualidade de vida ruim entre idosos que possuíam hábitos estilistas, e maior chance entre aqueles que faziam uso de medicamento, que relataram percepção ruim/péssima da aparência dos dentes e gengivas e entre aqueles com incapacidade funcional. No domínio psicológico, foi observada menor chance de qualidade de vida ruim entre os homens, maior chance entre os idosos que relataram percepção da saúde bucal como ruim/péssima e aqueles com incapacidade funcional. No domínio social, houve maior chance de qualidade de vida ruim entre os idosos que relataram percepção ruim/péssima da aparência dos dentes e gengivas e que apresentaram incapacidade funcional (Tabela 5). No domínio ambiente, nenhuma das variáveis analisadas apresentou associação estatística significativa com qualidade de vida.

DISCUSSÃO

A funcionalidade é um aspecto fundamental na análise do processo saúde doença dos idosos, devendo ser considerada na avaliação da qualidade de vida nesse grupo etário²². As Atividades Instrumentais de Vida Diária são representadas por ações de maior complexidade do que as Atividades Básicas de Vida Diária; sendo que estas primeiras apresentam maior relação com o convívio social do que com as condições individuais. Neste sentido, espera-se que as Atividades Básicas de Vida Diária não sejam as primeiras atividades diárias a serem comprometidas no cotidiano dos idosos. No presente estudo,

houve associação entre capacidade funcional e qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e social nos idosos de Ibiaí. No tocante à qualidade de vida, os prejuízos para Atividades Instrumentais de Vida Diária e Atividades Básicas de Vida Diária podem representar perda de qualidade de vida para idosos^{23,24}.

Segundo a OMS, qualidade de vida é a percepção que um indivíduo tem sobre sua situação de vida dentro do contexto da cultura e sistema de valores no qual está inserido, estando esta posição de acordo com suas metas, expectativas e preocupações, de forma subjetiva e multidimensional¹¹.

No presente estudo, foi observada maior chance de qualidade de vida ruim no domínio físico entre os idosos que apresentaram dependência total para as Atividades Instrumentais de Vida Diária. O domínio físico da qualidade de vida é um construto que incorpora a percepção dos indivíduos quanto a aspectos da saúde física e limitações decorrentes do seu comprometimento (capacidade de locomoção, energia para o dia a dia, incapacidade devido a dor, uso de medicamentos, qualidade do sono)²⁵. Apresentar uma incapacidade funcional nas atividades instrumentais aumentou a chance do indivíduo perceber sua qualidade de vida como ruim. Idosos com dependência para compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, viagens e uso de telefones podem identificar essas limitações e manifestá-las por meio da percepção ruim ou insatisfação com aspectos da qualidade de vida no domínio físico.

Houve maior chance de qualidade de vida ruim no domínio psicológico naqueles idosos dependentes totais para as Atividades Instrumentais de Vida Diária. A qualidade de vida em seu domínio psicológico diz respeito à percepção do indivíduo quanto ao seu desempenho coletivo e a influência desses sobre como ele se enxerga em sua própria vivência. Nesse contexto, as dificuldades para realização das atividades cotidianas, como uso do telefone, manuseio do dinheiro e preparo de refeições comprometem a autonomia do idoso e seu sentido de utilidade na vida. A qualidade de vida ruim

Tabela 2: Descrição do grau de incapacidade funcional para as Atividades Instrumentais de Vida Diária e Atividades Básicas de Vida Diária em idosos. Ibiaí, Minas Gerais, 2011-2012

	Independente		Necessita de assistência/ajuda		Necessita de ajuda total ou é incapaz	
	n	%	n	%	n	%
Atividades Instrumentais						
Uso do telefone*	179	49,7	90	25,0	91	25,3
Viagens*	106	29,8	181	50,8	69	19,4
Realização de compras*	216	60,5	79	22,1	62	17,4
Preparo das refeições*	269	74,7	28	7,8	63	17,5
Tarefas domésticas*	140	38,9	141	39,2	79	21,9
Uso de medicamentos*	282	78,3	63	17,5	15	4,2
Manuseio do dinheiro*	251	69,8	52	14,4	57	15,8
Atividades Básicas						
Banhar-se*	353	98,1	02	0,6	05	1,4
Vestir-se	355	98,3	03	0,8	03	0,8
Ir ao banheiro	359	99,4	01	0,3	01	0,3
Transferência	358	99,2	02	0,6	01	0,3
Urinar e/ou evacuar*	339	93,9	20	5,5	01	0,3
Alimentar-se	359	99,4	01	0,3	01	0,3

*Número de respondentes inferior ao número de participantes.

Tabela 3: Análise univariada entre os domínios físico e psicológico da qualidade de vida ruim e as variáveis independentes. Ibiaí, Minas Gerais, 2011-2012. n=361

Variáveis	Domínio Físico			Domínio Psicológico		
	OR	IC (95%)	Valor p [†]	OR	IC (95%)	Valor p [†]
Características pessoais						
Idade (anos)						
60 a 70	1			1		
71 a 102	1,24	0,82; 1,88	0,313	0,98	0,64; 1,51	0,936
Sexo						
Feminino	1			1		
Masculino	0,63	0,41; 0,97	0,035*	0,50	0,32; 0,79	0,003*
Cor da pele autodeclarada						
Branco/Amarelo	1			1		
Negro/Pardo	1,59	0,88; 2,87	0,123*	0,81	0,45; 1,45	0,475
Situação conjugal						
Com companheiro	1			1		
Sem companheiro	1,37	0,90; 2,07	0,139*	1,50	0,98; 2,31	0,063*
Escolaridade em anos						
5 ou mais	1			1		
1 a 4	0,95	0,43; 2,09	0,898	1,14	0,48; 2,66	0,769
0	1,37	0,63; 2,96	0,426	1,79	0,78; 4,11	0,170*
Renda <i>per capita</i> em reais						
R\$ 255,00 ou mais	1			1		
Menor do que R\$ 255,00	1,19	0,72; 1,99	0,487	1,03	0,61; 1,74	0,912
Doença crônica						
Não	1			1		
Sim	2,07	1,02; 4,22	0,041*	1,24	0,62; 2,49	0,546
Uso de medicamento						
Não	1			1		
Sim	2,24	1,34; 3,74	0,002*	1,54	0,91; 2,58	0,103*
Comportamentos em saúde						
Hábitos tabagistas						
Ausente	1			1		
Presente	0,97	0,64; 1,47	0,882	0,84	0,55; 1,29	0,436
Hábitos estilistas						
Ausente	1			1		
Presente	0,64	0,42; 0,98	0,039*	0,78	0,51; 1,22	0,278
Atividade física						
Ativo	1			1		
Inativo	1,89	1,03; 3,46	0,038*	2,12	1,09; 4,11	0,024*
Condições subjetivas de saúde bucal						
Percepção da saúde bucal						
Ótima/boa	1			1		
Regular	1,44	0,85; 2,44	0,179*	1,66	0,97; 2,84	0,062*
Ruim/péssima	1,87	0,73; 4,80	0,193*	2,19	0,86; 5,60	0,099*
Percepção da aparência dentes e gengivas						
Ótima/boa	1			1		
Regular	0,79	0,42; 1,50	0,482	1,39	0,739; 2,604	0,308
Ruim/péssima	2,65	1,36; 5,17	0,004*	2,03	1,072; 3,848	0,030*
Percepção da fala devido dentes e gengivas						
Ótima/boa	1			1		
Regular	0,99	0,53; 1,87	0,981	1,40	0,74; 2,64	0,297
Ruim/péssima	1,42	0,50; 4,01	0,511	0,64	0,19; 2,05	0,450
Incapacidade funcional						
Atividades instrumentais de vida diária						
Independência	1			1		
Dependência parcial	1,11	0,49; 2,51	0,801	2,60	0,87; 7,79	0,087*
Dependência total	3,05	1,28; 7,26	0,012*	8,00	2,59; 24,69	0,000*

*Considerou-se estatisticamente significativo valor com $p \leq 0,20$. [†]Teste qui-quadrado.

Tabela 4: Análise univariada entre os domínios ambiente e social da qualidade de vida ruim e as variáveis independentes. Ibiaí, Minas Gerais, 2011-2012. n=361

Variáveis	Domínio Ambiente			Domínio Social		
	OR	IC (95%)	Valor p [†]	OR	IC (95%)	Valor p [†]
Características pessoais						
Idade (anos)						
60 a 70	1			1		
71 a 102	0,81	0,54; 1,23	0,329	0,77	0,51; 1,18	0,228
Sexo						
Feminino	1			1		
Masculino	0,60	0,39; 0,92	0,020*	0,77	0,50; 1,18	0,232
Cor da pele autodeclarada						
Branco/Amarelo	1			1		
Negro/Pardo	0,88	0,49; 1,56	0,662	0,89	0,50; 1,60	0,708
Situação conjugal						
Com companheiro	1			1		
Sem companheiro	1,33	0,88; 2,03	0,174*	0,94	0,62; 1,43	0,784
Escolaridade em anos						
5 ou mais	1			1		
1 a 4	0,81	0,37; 1,77	0,596	0,44	0,18; 1,05	0,064*
0	1,02	0,48; 2,20	0,955	0,49	0,21; 1,15	0,100*
Renda <i>per capita</i> em reais						
R\$ 255,00 ou mais	1			1		
Menor do que R\$ 255,00	1,13	0,67; 1,88	0,647	0,95	0,57; 1,59	0,839
Doença crônica						
Não	1			1		
Sim	0,84	0,44; 1,63	0,614	1,31	0,68; 2,54	0,418
Uso de medicamento						
Não	1			1		
Sim	0,72	0,44; 1,16	0,175*	1,09	0,67; 1,78	0,721
Comportamentos em saúde						
Hábitos tabagistas						
Ausente	1			1		
Presente	0,84	0,55; 1,28	0,418	0,90	0,59; 1,38	0,642
Hábitos etilistas						
Ausente	1			1		
Presente	0,69	0,45; 1,05	0,085*	1,07	0,69; 1,64	0,754
Atividade física						
Ativo	1			1		
Inativo	1,44	0,79; 2,61	0,224	1,01	0,56; 1,81	0,974
Condições subjetivas de saúde bucal						
Percepção da saúde bucal						
Ótima/boa	1			1		
Regular	1,21	0,71; 2,06	0,474	1,70	0,98; 2,96	0,061*
Ruim/péssima	1,22	0,48; 3,11	0,671	4,44	1,26; 15,59	0,020*
Percepção da aparência dentes e gengivas						
Ótima/boa	1			1		
Regular	0,95	0,51; 1,77	0,867	1,26	0,67; 2,37	0,464
Ruim/péssima	1,39	0,74; 2,62	0,321	2,90	1,38; 6,11	0,005*
Percepção da fala devido dentes e gengivas						
Ótima/boa	1			1		
Regular	1,10	0,59; 1,07	0,766	1,59	0,81; 3,13	0,174*
Ruim/péssima	0,46	0,14; 1,47	0,189*	0,48	0,17; 1,38	0,175*
Incapacidade funcional						
Atividades instrumentais de vida diária						
Independência	1			1		
Dependência parcial	0,94	0,42; 2,09	0,872	2,37	1,06; 5,29	0,035*
Dependência total	2,14	0,91; 5,02	0,080*	2,23	0,95; 5,23	0,065*

*Considerou-se estatisticamente significante valor com $p \leq 0,20$. [†]Teste qui-quadrado.

manifestada nesse domínio demonstra que a capacidade funcional pode ter consequências para os sentimentos e percepção da vida pelos idosos, podendo agravar e ou desencadear um quadro de tristeza, depressão, de insatisfação consigo mesmo e com a vida^{2,26,27}.

O envelhecimento populacional traz consigo situações que necessitam ser compreendidas, para que as ações de saúde e cuidado possam minimizar as incapacidades e limitações associadas à velhice. Um dos casos mais frequentes é que os idosos tendem a ficar sozinhos pelo fenômeno natural de envelhecimento dos filhos; em alguns casos as casas possuem somente idosos como moradores^{27,28}. A capacidade funcional dos idosos permitirá uma maior desenvoltura no contexto das suas necessidades e possibilitará que eles se desenvolvam positivamente nas suas relações sociais.

Atingir a longevidade é, sem dúvidas, uma das maiores conquistas da segunda metade do século XX. A expectativa de vida vem aumentando visivelmente e trata-se, nos dias de hoje, de uma conquista social. No entanto, preconiza-se que esses anos sejam vividos com certa qualidade²⁸. O envelhecimento populacional exigirá uma maior demanda tanto sanitária e ambiental, quanto social e econômica. Dessa forma, faz-se necessária a adoção de políticas específicas que busquem propiciar um envelhecimento ativo e saudável, no qual a autonomia e, principalmente, a dignidade do idoso devam ser sempre respeitadas²⁹.

No domínio social, os idosos com dependência total apresentaram maior chance de qualidade de vida ruim comparados aos independentes. Por outro lado, neste domínio não houve diferença

Tabela 5: Modelo final dos fatores associados aos domínios físico, psicológico e social da qualidade de vida ruim. Ibiaí, Minas Gerais, 2011-2012. n=361

Variáveis	Domínio Físico			Domínio Psicológico		
	OR	IC (95%)	Valor p	OR	IC (95%)	Valor p
Características pessoais						
Sexo						
Feminino				1		
Masculino				0,50	0,31; 0,81	0,005
Uso de medicamento						
Não	1					
Sim	2,23	1,30; 3,82	0,003			
Condições subjetivas de saúde bucal						
Percepção da saúde bucal						
Ótima/boa				1		
Regular				1,81	1,02; 3,20	0,041
Ruim/péssima				2,69	1,02; 7,11	0,046
Percepção da aparência dentes e gengivas						
Ótima/boa	1					
Regular	0,71	0,36; 1,39	0,321			
Ruim/péssima	3,18	1,56; 6,48	0,001			
Comportamentos em saúde						
Hábitos estilistas						
Ausente	1					
Presente	0,61	0,38; 0,96	0,035			
Incapacidade funcional						
Atividades instrumentais de vida diária						
Independência	1			1		
Dependência parcial	0,83	0,35; 1,97	0,675	2,18	0,71; 6,72	0,176
Dependência total	2,551	1,00; 6,27	0,049	7,34	2,29; 23,46	0,001
Domínio Social						
	OR	IC (95%)	Valor p			
Condições subjetivas de saúde bucal						
Percepção da aparência dentes e gengivas						
Ótima/boa	1					
Regular	1,28	0,68; 2,43	0,439			
Ruim/péssima	2,84	1,34; 6,00	0,006			
Incapacidade funcional						
Atividades instrumentais de vida diária						
Independência	1					
Dependência parcial	2,38	1,02; 5,53	0,044			
Dependência total	2,22	0,91; 5,44	0,080			

Domínio físico: Hosmer-Lemeshow - $X^2=1,33$; Valor de $p=0,970$; Domínio psicológico: Hosmer-Lemeshow - $X^2=3,96$; Valor de $p=0,555$; Domínio social: Hosmer-Lemeshow - $X^2=0,480$; Valor de $p=0,923$.

estatisticamente significativa entre os idosos com dependência total e independentes quanto à qualidade de vida ruim. Esse resultado pode representar o impacto percebido pelos idosos quando se dão contadas primeiras incapacidades funcionais que comprometem suas relações pessoais, o apoio recebido dos amigos e a atividade sexual. A incapacidade em funções como usar o telefone, fazer compras, manusear o dinheiro e realizar viagens podem ter como consequência um isolamento e distanciamento dos idosos de sua família e rede de amizades. Com o envelhecimento e aumento dos níveis de dependência, pode ocorrer um processo de adaptação, fazendo com que os idosos acostumem-se com uma nova situação de vida, representada por menor frequência de atividades sociais^{27,30}. É comum em comunidades de cidades interioranas que se crie um pensamento de aceitação de condições debilitantes que afetem diversos indivíduos e estas condições acabam sendo aceitas como naturais ao processo de envelhecimento^{17,30}.

Uma questão a ser levantada quanto às respostas no domínio social é a oportunidade de atividades de lazer aos idosos. Este tipo de atividade deve ser encorajada e estimulada entre a população idosa, pois proporciona desenvolvimento das relações sociais, além de ser um importante fator de combate ao sedentarismo e motivador das funções cognitivas¹⁷. Sobre a relação quanto às Atividades Instrumentais de Vida Diária, pode-se afirmar que pode-se afirmar que quanto mais ativo e ocupado com atividades um idoso está, maior é seu prazer em relação a vida, havendo, portando, melhora em sua qualidade de vida^{15,23}. É fundamental que as equipes de ESF promovam atividades em grupo, levando estas pessoas ao sentimento de integração e participação coletiva, condição que reduz potencialmente quadros depressivos e de desmotivação^{5,31}.

Além da capacidade funcional, houve associação entre qualidade de vida geral ruim e sexo, uso de medicamentos, hábito etilista, percepção da saúde bucal e da aparência dos dentes e gengivas. O sexo masculino foi associado com menor chance de qualidade de vida ruim nos domínios físico e psicológico. Esse resultado pode ser explicado pelo fato das mulheres perceberem mais negativamente os efeitos do envelhecimento^{28,32,33}. Em relação ao uso de medicamentos e reforçando o caráter subjetivo da autoavaliação da qualidade de vida, pode-se empreender o raciocínio de que a necessidade de uso contínuo de medicamentos venha imprimir no idoso uma consciência de uma menor condição de saúde ou até mesmo uma incapacidade subjetiva³⁴.

No domínio físico, constatou-se menor chance de qualidade de vida ruim entre aqueles que possuíam hábitos etilistas; considera-se esta possibilidade a partir da característica de subjetividade desta análise, partindo da compreensão de que se trata de uma população moradora em cidade interiorana, com baixo nível de escolaridade e com características culturais que contribuem para mediadores sociais como álcool. Ainda, é possível refletir sobre prováveis efeitos do álcool na produção de ânimo e de segurança no enfrentamento dos problemas cotidianos.

A percepção negativa da saúde bucal e da aparência dos dentes e gengivas foi associada à maior chance de qualidade de vida geral ruim.

As condições de saúde bucal podem comprometer aspectos tais como fala, mastigação, deglutição, podem causar dor e desconforto¹⁷. Indivíduos que percebem sua saúde bucal como regular ruim ou péssima relatam um comprometimento na qualidade de vida nos seus domínios físico, social e psicológico. Esses resultados demonstram a importância da saúde bucal para o entendimento da qualidade de vida entre idosos, reafirmando sua natureza multifatorial e a necessidade de inclusão de medidas objetivas e subjetivas da saúde bucal quando o desfecho for qualidade de vida³⁵. Vale ressaltar, que tanto as medidas de qualidade de vida e de percepção de saúde bucal adotadas nesse estudo são de natureza subjetiva, podendo ser superestimadas por uma visão mais negativa de vários aspectos da vida^{35,36}.

Ainda que, durante a análise descritiva tenha sido possível observar idosos com condições negativas para o domínio ambiente, estas não apresentaram associações significativas quando confrontadas com as demais variáveis. Também é possível fomentar a discussão sobre a relação entre Atividades Instrumentais de Vida Diária e qualidade de vida no domínio ambiente para grupos de idosos em cidade interiorana; visto que, a observação de determinadas questões pode ser influenciada pelas facilidades de deslocamento e acesso humano à atenção a saúde.

Como estudo de base populacional que teve por característica a busca por indivíduos a partir de cadastros do Sistema Público de Saúde, ressalta-se que o número de participantes esteve na dependência da qualidade e atualização deste cadastramento. Vários aspectos que promovem a relação entre a qualidade de vida e a incapacidade funcional podem e devem ser trabalhados dentro do contexto de aproximação e acolhimento que norteia as ações da Atenção Primária à Saúde através da ESF.

Destaca-se como limitação do estudo a utilização de um instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida dos idosos, uma vez que essa população possui características específicas que devem ser consideradas em qualquer avaliação. Entretanto, tantos os instrumentos de avaliação geral, como os de abordagem específica promovem importante influência nas decisões relacionadas à prevenção, intervenção e terapêutica das doenças, bem como na criação de estratégias e políticas de saúde³⁷.

Os idosos pesquisados apresentam alta prevalência de qualidade de vida ruim em todos os domínios (físico, ambiente, social e psicológico). Quanto à avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária, a maioria apresenta algum nível de dependência, por outro lado, grande parte dos idosos se mostra funcional para as Atividades Básicas de Vida Diária. A qualidade de vida ruim nos domínios físico, social e psicológico apresenta-se associada ao sexo masculino, uso de medicamentos, hábito etilista, percepção negativa da saúde bucal e da aparência dos dentes e gengivas e a idosos dependentes ou parcialmente dependentes.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Prefeitura Municipal de Ibiaí-MG pelo apoio logístico.

REFERÊNCIAS

- Torres GV, Reis LA, Reis LA. Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010;68(1):39-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2010000100009>
- Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):796-805. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000057>
- Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS*. 2008; 21(4):290-6.
- Sposito G, D'Elboux MJ, Neri AL, Guariento ME. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(12):3475-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200004>
- VitorinoLM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(6):1186-95. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600022>
- Somrongsong R, Wongchalee S, Ramakrishnan C, Hongthong D, Yodmai K, Wongtongkam N. Influence of socioeconomic factors on daily life activities and Quality of Life of Thai Elderly. *J Public Health Res*. 2017;6(1):862. <http://dx.doi.org/10.4081/jphr.2017.862>
- Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):779-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400017>
- Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da família: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):437-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200028>
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, *et al*. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- Harper A, Power M. Steps for checking and cleaning data and computing domain scores for the WHOQOL-bref. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/sintaxe.pdf>. Acesso em: 01 set. 2013.
- World Health Organization (OMS). Quality of life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and medicine*. 1995; 41(10):403-9.
- Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3317-25. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>
- Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1199-1207. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Rubenstein LZ, Wieland D, English P, Josephson K, Sayre JA, Abrass IB. The Sepulveda VA Geriatric Evaluation Unit: data on four-year outcomes and predictors of improved patient outcomes. *J Am Geriatr Soc*. 1984;32(7):503-12. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1984.tb02235.x>
- Lenardt MH, Carneiro NHK, Binotto MA, Willig MH, Lourenco TM, Albino J. Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):478-83. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690309i>
- Rauchbach R, Wendling NM. Evolução da construção de um instrumento de avaliação do nível de atividade física para idosos Curitiba. *FIEP Bull*. 2009;79(Esp):543-7.
- Oliveira AC, Oliveira NMD, Arantes PMM, Alencar MA. Quality of life in elderly people who practice physical activity - a systematic review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(2):301-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000200014>
- Locker D, Quinónez C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(1):3-11. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.2010.00597.x>
- Fuhrmann AC, Bierhals CCBK, Santos NO, Paskulin LMG. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(1):14-20. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.49163>
- Buurman BM, Van Munster BC, Korevaar JC, Haan RJ, RooijSE. Variability in measuring (instrumental) activities of daily living functioning and functional decline in hospitalized older medical patients: a systematic review. *J Clin Epidemiol*. 2011; 64(6):619-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.005>
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Freitas CV, Sarges ESNF, Moreira KECS, Carneiro SR. Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida de idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1): 119-28. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14244>
- Cornejo M, Pérez G, de Lima KC, Casals-Peidro E, Borrell C. Oral health-related quality of life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(2):285-92. <http://dx.doi.org/10.4317/medoral.18280>
- Vasconcelos LCA, Prado Júnior RR, Teles JBM, Mendes RF. Self-perceived oral health among elderly individuals in a medium-sized city in Northeast Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1101-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600009>

29. Lima BM, Araújo FA, Scattolin FAA. Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. *ABCS Health Sci.* 2016;41(3):168-75. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v41i3.907>
30. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(2):317-25. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>
31. Oliveira DAS, Nascimento Júnior JRA, Bertolini SMMG, Oliveira DV. Participação de idosos em grupos sociais: qualidade de vida e capacidade funcional. *Rev Rene.* 2016; 17(2):278-84. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000200016>
32. César CC, Mambrini JVM, Ferreira FR, Lima-Costa MF. Capacidade funcional de idosos: análise das questões de mobilidade, atividades básicas e instrumentais da vida diária via Teoria de Resposta ao Item. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(5):931-45. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00093214>
33. Camara FM, Gerez AG, Miranda MLJ, Velardi M. Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *Acta Fisiatr.* 2008;15(4):249-56.
34. Paiva MHP, Pegorari MS, Nascimento JS, Santos AS. Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016; 21(11):3347-56. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.14822015>
35. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MFA. Population-based study on factors associated with functional disability among older adults in the Great Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(6):1260-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600007>
36. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015; 20(7):2221-37. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.14072014>
37. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construction of measurement instruments in the area of health. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(3):925-36. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>

