

Alice Maria Silva

**Capital social e capacidade funcional de idosos muito idosos que vivem na
comunidade**

Belo Horizonte – MG
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG
2017

Alice Maria Silva

Capital social e capacidade funcional de idosos muito idosos que vivem na comunidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Saúde e Reabilitação do idoso

Orientadoras: Profa. Dra. Renata Noce Kirkwood
Profa. Dra. Marcella Guimarães Assis

S586c Silva, Alice Maria
2017 Capital social e capacidade funcional de idosos muito idosos que vivem na comunidade. [manuscrito] / Alice Maria Silva – 2017
55 f., enc.: il.

Orientadora: Renata Noce Kirkwood

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Bibliografia: f. 44-46

1. Idosos – Saúde e higiene - Teses. 2. Envelhecimento - Teses. 3. Idoso fragilizado - Teses. 4. Interação social – Teses. I. Kirkwood, Renata Noce. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 612.76

Ficha catalográfica elaborada pela equipe de bibliotecários da Biblioteca da Escola de Educação Física,

Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreab E-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br FONE/FAX: (31) 3409-4781/7395

ATA DE NÚMERO 251 (DUZENTOS E CINQUENTA E UM) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DE DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ALICE MARIA SILVA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO.

Aos 22 (vinte e dois) dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezessete, realizou-se na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "CAPITAL SOCIAL E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS MUITO IDOSOS QUE VIVEM NA COMUNIDADE". A banca examinadora foi constituída pelas seguintes Professoras Doutoras: Renata Noce Kirkwood, Adriana de França Drummond, Ana Cristina V. Campos, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 13h30min com apresentação oral da candidata, seguida de arguição dos membros da Comissão Examinadora. **Após avaliação, os examinadores consideraram a candidata aprovada e apta a receber o título de Mestre, após a entrega da versão definitiva da dissertação.** Nada mais havendo a tratar, eu, Marilane Soares, secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação dos Departamentos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2017.

Professora Dra. Renata Noce Kirkwood



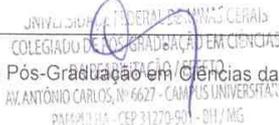
Professora Dra. Adriana de França Drummond



Professora Dra. Ana Cristina V. Campos



Marilane Soares 084190



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
EM REABILITAÇÃO / EEFFTO
AV. ANTÔNIO CARLOS, Nº 6627 - CAMPUS UNIVERSITÁRIO
PAMPULHA - CEP 31270-901 - BH / MG

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreab E-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br
FONE/FAX: (31) 3409-4781

PARECER

Considerando que a dissertação de mestrado de ALICE MARIA SILVA intitulada "CAPITAL SOCIAL E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS MUITO IDOSOS QUE VIVEM NA COMUNIDADE", defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, nível mestrado, cumpriu sua função didática, atendendo a todos os critérios científicos, a Comissão Examinadora **APROVOU** a defesa de dissertação, conferindo-lhe as seguintes indicações:

Nome dos Professores/Banca	Aprovação	Assinatura
Renata Noce Kirkwood	Aprovada	<i>Renata Kirkwood</i>
Adriana de França Drummond	Aprovada	<i>Adriana de França Drummond</i>
Ana Cristina V. Campos	Aprovada	<i>AcV</i>

Belo Horizonte, 22 de fevereiro 2017.

Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação/EEFFTO/UFMG

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
DA REABILITAÇÃO / EEFFTO
AV. ANTONIO CARLOS, Nº 6627 - CAMPUS UNIVERSITÁRIO
BMS - CL. 46 - CEP 31270-901 - UFMG

Aos meus pais

AGRADECIMENTOS

“O Senhor é o pastor que me conduz não me falta coisa alguma” Sl 22

Minha gratidão eterna a Deus, que me deu o dom da vida e por sua infinita misericórdia. Pelo amparo, por me acolher, me abraçar e nunca se esquecer de mim! Por vossa bondade agradeço a todos que fizeram parte desta caminhada e peço que os abençoe.

Agradeço aos meus pais, Luciano e Lunalva que foram e são “colo de Deus” em todos os momentos da minha vida. Eu os amo infinitamente! Ao meu irmão Luciano pelo carinho e apoio e a todos familiares.

À minha professora orientadora Dra Marcella Guimarães Assis que acolheu o projeto desde o primeiro momento e me ajudou a construir um caminho, obrigada por partilhar seu conhecimento, por entender minhas limitações e me fazer enxergar que eu podia ir mais além.

À professora Dra Ana Cristina Viana Campos minha gratidão pela generosidade e disponibilidade por oferecer os dados do seu banco de pesquisa, o que possibilitou gerar este trabalho.

Às professoras Dra Aline Scianni e Dra Christina Faria, seus alunos e aos pacientes, agradeço por me recepcionarem no estágio em docência, obrigada pelas partilhas e crescimento conquistados.

Às professoras e colegas da Faculdade de Odontologia – Departamento de Saúde Coletiva – vocês conseguiram me fazer sentir parte de uma equipe.

Aos funcionários da secretária da pós-graduação, na pessoa da Marilane Soares que sempre se dispôs em me ajudar quando precisei.

Aos colegas de mestrado, dividimos momentos inesquecíveis. Em especial agradeço à Karla Diogo, pela amizade que nasceu e permanecerá, pelos ouvidos e palavras, pelo apoio, orações. Agradeço também de forma especial à minha dupla Bárbara Pires, obrigada pelo companheirismo e estar disponível para me ajudar.

Agradeço à CAPES por fazer possível este trabalho através da bolsa de incentivo à pesquisa.

Ao senhor Oldac Campos pela disponibilidade em traduzir um artigo em língua francesa com tanto entusiasmo, obrigada!

Ao Dr Daniel Vidigal e a Dra Brígida Pessoa agradeço porque cuidam de mim com excelência, especialmente nos últimos meses.

Aos anjos que Deus colocou em minha vida e hoje eu dou o nome de amigos. Sem suas asas eu não teria chegado até aqui. Irmã Joana D'arc, Cláudia Leocádio, Adriane Santos, Auler Rocha, senhor Zé Pinheiro, Rodrigo Matos, Alessandra Padilha, Padre Raimundo Dan, Joel Lopes, Júnior Marques, Natanny Araújo, Leandro Bastos, cada um tem uma parcela de contribuição seja pelas palavras, sorrisos, por entender minhas ausências, pelas orações, por estarem presentes, gratidão!

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente fizeram parte desta conquista.

“Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.” Cora Coralina.

RESUMO

O Brasil vivenciou uma transição demográfica rápida e hoje é considerado um país envelhecido. O envelhecer pode ser uma experiência positiva e para que isto aconteça, é preciso estar vigilante aos aspectos que determinam um envelhecimento saudável, como a preservação da capacidade funcional. Entre possíveis fatores que podem influenciar a capacidade funcional dos idosos está o capital social que neste estudo foi considerado o resultado da análise de suas seis dimensões: grupos e redes, confiança e solidariedade, ação coletiva e cooperação, informação e comunicação, coesão e inclusão social, autoridade e ação política. O objetivo deste estudo foi comparar o capital social entre os níveis de funcionalidade e verificar se há associação entre capacidade funcional e capital social de idosos muito idosos que vivem na comunidade. Estudo transversal exploratório de base populacional que integra o estudo longitudinal sobre envelhecimento ativo, qualidade de vida e gênero, denominado Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL). Foram avaliados: desempenho das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) – Escala de Katz – e Capital Social – Questionário Integrado para Medir Capital Social do Banco Mundial (QI-MCS). Os idosos foram classificados como: independente, dependente parcial ou dependente completo e como tendo baixo ou alto capital social. As análises dos dados incluíram medidas de tendência central e dispersão, frequência absoluta e relativa, teste de qui-quadrado e associação entre as variáveis pelo coeficiente de correlação de *Kendall* ($p < 0,05$). Participaram 624 idosos, com idades acima de 75 anos, dividida em dois grupos, idosos com 75 a 85 anos e idosos acima de 85 anos. A média de idade foi de $81,01 \pm 5,48$ anos, com maioria de mulheres (61,5%). As análises deste estudo forneceram evidências de que a população idosa investigada era independente em sua maior parte, nos dois grupos. O capital social na amostra total e no grupo de 75 a 85 anos não apresentou diferença estatisticamente significativa quando comparados com os três níveis de funcionalidade. Ao contrário, uma diferença foi revelada no grupo dos idosos acima de 85 anos. A prevalência de baixo capital social foi entre os idosos com dependência parcial ou completa, enquanto aqueles que apresentaram alto capital social, desta faixa etária, conseguiam realizar suas ABVD sem restrições. Por fim, houve correlação de fraca magnitude entre capital social e capacidade funcional na faixa etária acima de 85 anos. Este estudo mostrou que os idosos apresentavam capacidade funcional preservada para realizar as ABVD e associação entre capital social e capacidade funcional no grupo etário acima de 85 anos. Estes resultados ressaltam a necessidade de ampliar as investigações relacionadas ao capital social e a capacidade funcional na velhice.

Palavras-chave: Idoso muito idoso. Capacidade funcional. Capital social.

ABSTRACT

Brazil has experienced a rapid demographic transition and is now considered an aging country. Aging should be a positive experience and for this to happen, one must be vigilant about the aspects that determine healthy aging, such as the preservation of functional capacity. Among the possible factors that can influence the functional capacity of the elderly is the social capital that in this study was considered the result of the analysis of its six dimensions: groups and networks, trust and solidarity, collective action and cooperation, information and communication, social cohesion and inclusion, authority and political action. The objective of this study was to compare the social capital between functional capacity levels, and to verify if there is an association between functional capacity and social capital of oldest old people living in community. An Exploratory cross-sectional population-based study that integrates the longitudinal study on active aging, quality of life and gender, called Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL). The performance of Basic Activities of Daily Living (BADL) - Katz Scale - and Social Capital - Integrated Questionnaire to Measure Social Capital of the World Bank (IQ-SC) were evaluated. The elderly were classified as: independent, dependent partially or completely dependent and as having low or high social capital. Data analyzes included measures of central tendency and dispersion, absolute and relative frequency, chi-square test and association between variables by *Kendall's* correlation coefficient ($p < 0.05$). A total of 624 elderly people, aged over 75 years, were divided into two groups, 75-85 years old and 85-85 year olds. The mean age was 81.01 ± 5.48 years, and women were the majority (61.5%). The analyzes in this study provided evidence that the elderly population investigated was largely independent in both groups. The social capital in the total sample and in the 75-85 age group did not present a statistically significant difference when compared to the three levels of functionality. Conversely, a difference was revealed in the group of the elderly over 85 years. The prevalence of low social capital was among the elderly with partial or complete dependence, while those with high social capital, from this age group, were able to perform their BADL without restrictions. Finally, there was a low magnitude correlation between social capital and functional capacity in the age group above 85 years. This study showed that the oldest old had preserved functional capacity to perform the BADL and the association between social capital and functional capacity in the age group above 85 years. These results highlight the need to broaden the research related to social capital and the functional capacity in old age.

Keywords: Oldest old. Functional capacity. Social capital.

PREFÁCIO

A estrutura deste trabalho foi organizada em sete partes de acordo com as normas estabelecidas pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais aprovadas em 21 de agosto de 2012. A primeira parte apresenta a introdução, composta por revisão bibliográfica e justificativa. A segunda parte apresenta os objetivos do estudo. A terceira descreve com detalhes a metodologia utilizada. A quarta é composta pelo artigo intitulado “Capital social e capacidade funcional de idosos muito idosos que vivem na comunidade”; redigido e estruturado de acordo com as normas adotadas pela Revista Fisioterapia em Movimento. Na quinta parte do trabalho são apresentadas as considerações finais relacionadas aos resultados encontrados. A sexta parte apresenta as referências bibliográficas completas e em ordem alfabética de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Ao final, os anexos encontram-se na sétima seção.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Evolução Populacional por grupos etários – Brasil: 2000-2060.....	16
Figura 2. Pirâmide etária absoluta – Brasil - Projeção 2000.....	16
Figura 3. Pirâmide etária absoluta – Brasil - Projeção 2060.....	17

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Envelhecimento.....	15
1.2 Capacidade Funcional	17
1.3 Capital Social	20
1.4 Justificativa	22
2 OBJETIVOS	24
3 MATERIAL E MÉTODOS	25
3.1 Delineamento do estudo.....	25
3.2 Amostra.....	25
3.3 Instrumentos de medida	25
3.3.1 Escala de Katz.....	26
3.3.2 Questionário Integrado para Medir Capital Social – QI-MCS.....	26
3.4 Procedimento	27
3.5 Análise Estatística.....	27
4 ARTIGO	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	44
ANEXOS.....	47
Anexo 1 – Aprovação no Comitê de ética- UFMG	47
Anexo 2 – Instrumento de Medida – Atividades da vida Diária (Escala de KATZ) ...	48
Anexo 3 – Instrumento de Medida – Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS).....	49
Anexo 4 – Normas da Revista Fisioterapia em Movimento	51

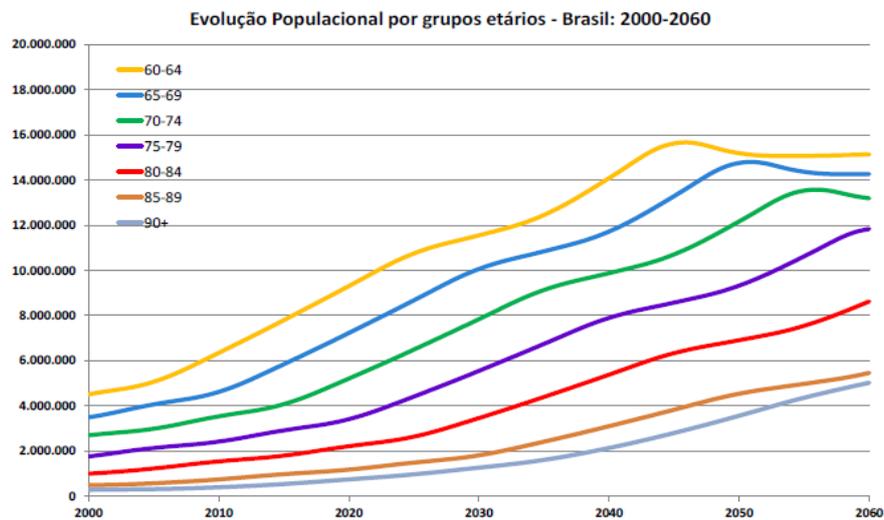
1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento

O Brasil vivenciou uma transição demográfica rápida e hoje é considerado um país envelhecido (VERAS, 2015). Os níveis e padrões de fecundidade e mortalidade de todas as regiões do país modificaram-se de forma considerável nas últimas décadas, sendo que o coeficiente de fecundidade tido como natural reduziu significativamente, e, em muitos casos, não chegam a suplantam o contingente para manter a população do mesmo tamanho em longo prazo (IBGE, 2015).

A Tábua de Mortalidade é um modelo demográfico usado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que expressa taxas de mortalidade por idade e a expectativa de vida a partir de qualquer idade. Com o uso desta ferramenta aliado aos dados do último Censo, em 2010, observou-se queda da mortalidade na faixa dos 60 a 90 anos entre os anos de 2000 a 2030 (IBGE, 2015) e o aumento da expectativa de vida entre os idosos. Os indivíduos estão vivendo mais e alcançam idades avançadas. A sobrevivência média aos 60 anos de idade em 2030 passará de 16,9 anos para 23,2 anos no sexo masculino, e, se mulher, de 20,7 anos para 27,9 anos. Um incremento médio de mais de um milhão de idosos anualmente é esperado, conforme ilustrado abaixo (IBGE, 2015).

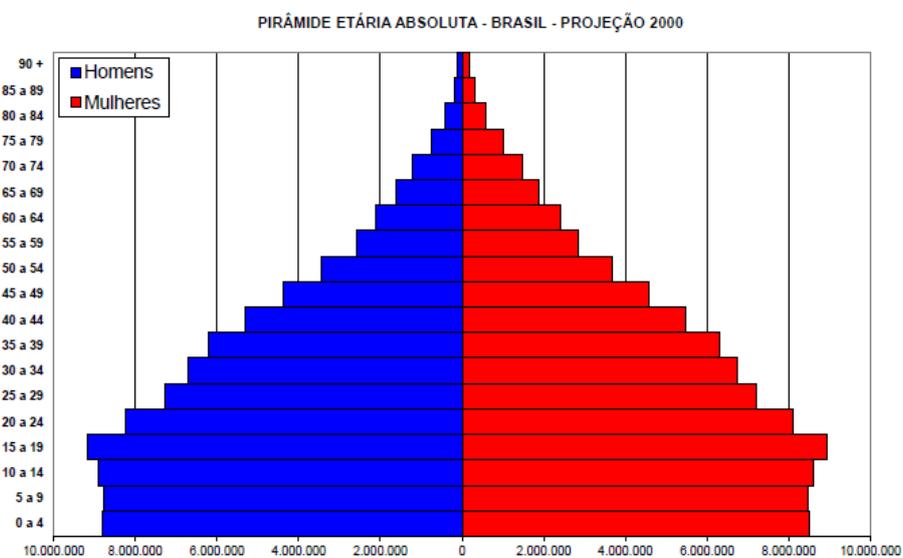
Figura 1. Evolução Populacional por grupos etários – Brasil: 2000-2060



Fonte: IBGE (2015)

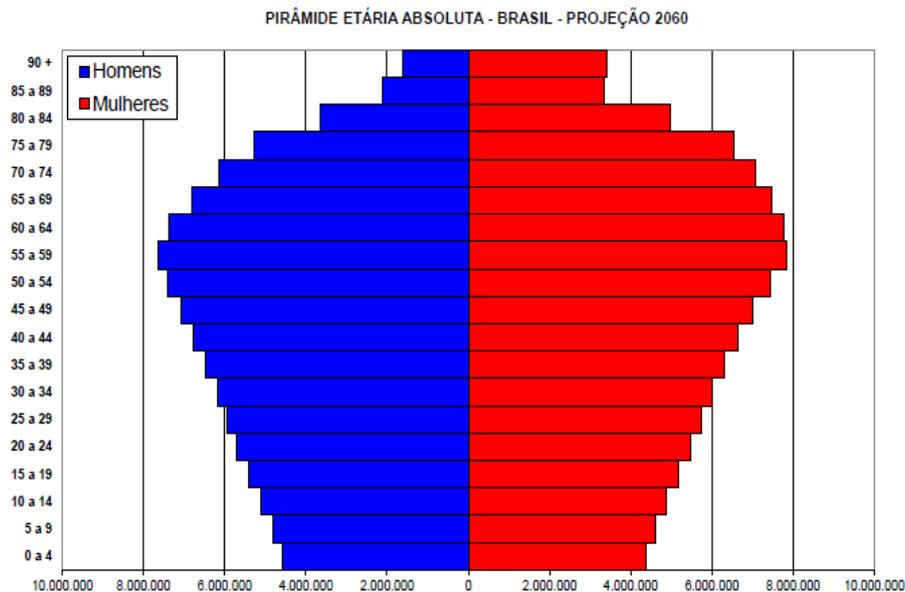
Visualmente, o formato triangular da pirâmide populacional, com uma base larga no ano 2000, vem dando lugar a uma pirâmide etária característica de uma população envelhecida como ilustrado abaixo.

Figura 2. Pirâmide etária absoluta – Brasil - Projeção 2000



Fonte: IBGE (2015)

Figura 3. Pirâmide etária absoluta – Brasil - Projeção 2060



Fonte: IBGE (2015)

O perfil epidemiológico também se modificou. Os padrões de morbimortalidade típicos de uma população jovem alteram-se para um padrão caracterizado por doenças crônicas (VERAS, 2015). Aos poucos, o conjunto de causas de morte formado por doenças infecciosas, respiratórias e parasitárias começa a perder importância frente a outro conjunto formado por doenças que se relacionam com a degeneração do organismo por meio do envelhecimento (IBGE, 2015). Apesar disso, o envelhecer deve ser uma experiência positiva, contemplada por oportunidades de saúde, participação e segurança (OMS, 2015). Para que isto aconteça, é preciso estar vigilante aos fatores que determinam um envelhecimento saudável, como a preservação da capacidade funcional dos idosos.

1.2 Capacidade Funcional

As mudanças do perfil de mortalidade e longevidade têm gerado investigações visando compreender as consequências da perda da capacidade funcional na população idosa (PARAHYBA, VERAS 2008). À vista disso, a saúde desse grupo não pode mais ser

medida pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional (FUENTES-GARCÍA *et al.*, 2013).

A capacidade funcional dos idosos é a habilidade de exercer de forma independente e autônoma funções básicas como alimentar-se, locomover-se, cuidar da higiene pessoal; e funções complexas como trabalhar, ter lazer e praticar sua espiritualidade (VERAS, 2015). Os longevos independentes ainda possuem liberdade para fazer escolhas e sentir prazer com elas (LOURENÇO *et al.* 2012). A diminuição da independência dos mais idosos é um preditor de mortalidade e é acentuada pela prevalência de doenças crônicas, aumento da fragilidade e do isolamento social (VERAS, 2015; RAMOS *et al.*, 2013). Por outro lado, sua preservação pode ser influenciada pela participação social, (NAVARRO *et al.*, 2015; LOURENÇO *et al.*, 2012), pelas relações sociais (NOGUEIRA *et al.*, 2010) e pelo capital social (AIDA *et al.*, 2013).

Em conjunto com a avaliação das condições cognitivas, do humor, e dos distúrbios comportamentais, aferir as habilidades funcionais torna-se essencial para verificação do estado de saúde dos idosos (VERAS, 2015). De acordo com Freitas *et al.* (2012), pode-se considerar a capacidade funcional como a base de uma avaliação geriátrica eficiente, proporcionando um enfoque amplo e interdisciplinar ao estado de saúde. As múltiplas dimensões que afetam a vida dos idosos, como sua condição de saúde, as relações sociais, o ambiente físico, as condições demográficas, socioeconômicas, culturais e psicológicas são abordadas ao se verificar a capacidade funcional. Costa *et al.* (2006) reiteram que a meta no atendimento à saúde dos idosos não é somente prolongar a vida, sobretudo, é preciso manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível.

O aumento da idade é um importante fator de risco para a redução da capacidade funcional (NOGUEIRA *et al.* 2010). Esses autores enumeram fatores associados à pior capacidade funcional em idosos longevos: sexo 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. Uma boa parte dos idosos

tem, pelo menos, uma doença crônica (RODRIGUES *et al.*, 2008) e outro fator fundamental é que a capacidade funcional é influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais (OMS, 2015). Ademais o declínio funcional dos idosos está associado a um risco aumentado de quedas, à predição de fragilidade e de morte, à dependência, à institucionalização e a problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo e gerando cuidados de longa permanência e de alto custo (BRITO *et al.*, 2013; CAMARANO *et al.*, 2010).

A capacidade funcional de idosos tem sido avaliada por meio de um conjunto de dados clínicos, testes, escalas e instrumentos (LOURENÇO *et al.*, 2012), como escala de autopercepção do desempenho de Atividade de Vida Diária (AVD), Índice de Barthel, Escala de Katz (FIGUEIREDO *et al.*, 2013; LOURENÇO *et al.*, 2012) e a Escala de Lawton (MACIEL, GUERRA, 2007). As informações obtidas pela avaliação da capacidade funcional permitem conhecer o perfil dos idosos, o que pode auxiliar na definição de estratégias de promoção de saúde a fim de minimizar ou prevenir incapacidades (FIEDLER, PERES, 2008).

Alguns fatores associados à perda da capacidade funcional podem ser evitáveis, tais como a redução das relações sociais. Ações que promovam estratégias que favoreçam a inserção social de idosos podem contribuir para a redução das taxas de prevalência de dependência funcional e melhorar a saúde e a qualidade de vida de idosos longevos (NOGUEIRA *et al.*, 2010). Assim como manter relações sociais e de apoio, ter suporte familiar são potenciais fatores explicativos da manutenção capacidade funcional (RODRIGUES *et al.*, 2008). Diante deste contexto constata-se que capacidade funcional é fundamental para avaliação clínica em idosos muito idosos e funciona como um indicador do processo saúde-doença, essencial para o planejamento das intervenções e monitoração do estado clínico-funcional dessa população (LOURENÇO *et al.*, 2012).

1.3 Capital Social

O número de pesquisas sobre capital social e saúde da população tem crescido e segundo Patussi *et al.* (2016) uma busca na base de dados PubMed usando os descritores 'capital social e saúde' revelou que mais de 2500 artigos foram produzidos entre 2004 e 2014. A literatura demonstra que há diversidade de definições sobre capital social e que essas dependem fortemente da área do conhecimento dos pesquisadores (VILLALONGA-OLIVES, KAWACHI, 2015). Este estudo adotou o conceito de capital social do Banco Mundial que é o resultado da análise de suas seis dimensões: grupos e redes, confiança e solidariedade, ação coletiva e cooperação, informação e comunicação, coesão e inclusão social, autoridade e ação política (GROOTAERT *et al.*, 2003).

A dimensão *Grupos e Redes* considera a natureza, a quantidade e a variedade da participação em organizações sociais e redes informais de um indivíduo de uma família. *Confiança e solidariedade* é a dimensão que informa sobre a confiança em pessoas conhecidas, vizinhos, fornecedores de serviços, bem como de desconhecidos e busca entender como estas relações mudam ao longo do tempo. A dimensão da *Ação Coletiva e Cooperação* averigua se e como o indivíduo ou membros do domicílio colaboram em projetos comuns junto à comunidade. *Informação e Comunicação* é a categoria que investiga se as famílias com baixa condição econômica têm acesso às infraestruturas de comunicação, bem como se elas recebem informações sobre condições de mercado e serviços públicos. A dimensão *Coesão e Inclusão Social* diz respeito às diferenças das pessoas que vivem em uma mesma localidade, e se há conflito devido às diferenças e como essas são gerenciadas. A última dimensão *Autoridade e Ação Política* exprime como o indivíduo de uma família sente-se feliz, capaz de tomar decisões para mudar sua própria vida e influenciar em eventos locais e políticos (GROOTAERT *et al.*, 2003).

É relevante destacar que um dos conceitos pioneiros de capital social adveio do renomado sociólogo francês Pierre Bourdieu (1985). Para ele, capital social é definido

como sendo o conjunto de recursos reais ou potenciais que são vinculados a bens de uma rede duradoura de relações mais ou menos institucionalizadas, de mútuo conhecimento e reconhecimento. Ou seja, pertencer a um grupo permite os indivíduos reivindicarem acesso aos recursos desse grupo. Estas relações existem por meio de trocas materiais e/ou simbólicas que ajudam a mantê-las. Podem também ser socialmente instituídas e garantidas pela aplicação de um nome comum (o nome de uma família, de uma classe, de uma tribo ou de uma escola, etc.), e por um conjunto inteiro de normas projetadas para formar e informar aqueles que se submetem (BOURDIEU, 1985). Segundo Bourdieu (1985), a rede de relacionamentos provoca sentimentos de gratidão, respeito, amizade.

James Coleman (1988) definiu capital social pela função das variadas entidades que formam a estrutura social e facilitam ações dos atores – indivíduos ou corporações – dentro dessa estrutura. Alguns termos de determinados elementos que geram capital social foram incluídos por Coleman como: obrigações, expectativa de reciprocidade, imposição de normas dos grupos, lealdade, bem como as consequências da aquisição do capital social (privilegiado acesso à informação) e a organização social. Além disso, o sociólogo americano adverte que o capital social é intangível, só existe no espaço relacional por meio e entre as pessoas e que através dele torna-se possível atingir certos fins que de outra maneira não seriam atingidos (COLEMAN, 1988).

Uma mudança conceitual importante foi introduzida pelo cientista político Robert Putnam que entende capital social como características da organização social, tais como redes, normas e confiança, que facilitam e cooperação para benefício mútuo. O cientista político ainda faz distinção entre dois tipos de capital social: *bonding* - a formação de vínculo que está ligada aos relacionamentos horizontais próximos entre indivíduos ou grupos com características demográficas semelhantes, como relações entre membros da família, vizinhos, amigos, colegas de trabalho; e *bridging* - refere-se a laços que unem pessoas que não compartilham muitas características comuns - (PUTNAM, 2007). Outra classificação foi sugerida e é chamada de capital social de *conexão* – laços com

peças que têm posição de autoridade, como por exemplo, laços sociais entre líderes comunitários e agência bancária (WOOLCOCK, 1999; WORLD BANK, 2000).

O capital social é concebido e analisado em diferentes unidades, desde indivíduos e domicílios (análise micro, abordagem adotada pelo Banco Mundial) até em níveis de comunidades, tais como bairros, cidades, ou mesmo países inteiros (análise, macro) (GROOTAERT *et al.*, 2003). O capital social tem sido investigado na saúde pública visando explicar a heterogeneidade no estado de saúde de pessoas idosas (GONTIJO *et al.*, 2016; POULSEN *et al.*, 2013; GRIEP *et al.*, 2013; NYQVIST, GUTAVSSON, GUSTAFSON, 2006). Algumas evidências apontam que viver em área com elevados níveis de capital social e/ou possuir elevados níveis de capital social individual parece estar associado a efeitos positivos nos desfechos relacionados à saúde (MURAYAMA, FUJIWARA, KAWACHI, 2012) como na capacidade funcional (AIDA *et al.*, 2013).

1.4 Justificativa

Considerando a população idosa brasileira, o intervalo etário que a define é bastante amplo, o que resulta em um grupo muito heterogêneo (CAMPOS *et al.*, 2016). Segundo a OMS (2015), grande parte desta diversidade encontrada advém dos incentivos ou barreiras impostos pelos ambientes físicos e sociais em que vivem os idosos, incluindo o domicílio, vizinhos, e a comunidade. Em relação a este grupo é fundamental que os profissionais de saúde conheçam suas características e estejam preparados para atender as suas demandas.

Os idosos estão mais expostos às doenças e agravos crônicos não transmissíveis que podem culminar em sequelas limitantes de um bom desempenho funcional, gerar situações de dependência e conseqüente necessidade de cuidado (CAMARANO *et al.*, 2010). No contexto do envelhecimento encontram-se, com menor frequência, estudos que avaliam a associação entre capacidade funcional e capital social. Evidências

indicam que o conceito tem sido mais difundido e mais sistematicamente estudado em países desenvolvidos. Há poucos estudos brasileiros que fizeram uso sistemático do conceito de capital social como modelo explicativo para padrões de saúde-doença.

Aclarando o conceito e as medidas de capital social, pode-se elucidar melhor o seu papel e aproveitar o seu potencial de forma mais adequada como um dos vários meios possíveis para explicar alguns fatores determinantes do envelhecimento ativo e suas interações. Pesquisas têm sugerido que índices elevados de capital social beneficiam a saúde das pessoas. Sociedades com altos níveis de capital social parecem ser mais igualitárias, as pessoas são mais envolvidas na vida pública, vivem mais, são menos violentas e avaliam melhor a sua própria saúde (PATUSSI *et al.*, 2006). É importante entender esta relação para planejar estratégias e ações para a população de idosos que apresentem ou não declínio da capacidade funcional.

2 OBJETIVOS

Comparar o capital social entre os níveis de funcionalidade e verificar se há associação entre capacidade funcional e capital social de idosos muito idosos que vivem na comunidade.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Estudo transversal exploratório de base populacional que integra o estudo longitudinal sobre envelhecimento ativo, qualidade de vida e gênero, denominado Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL). O estudo AGEQOL objetiva verificar diferenças de gênero relacionadas à qualidade de vida e envelhecimento ativo de idosos (CAMPOS, VARGAS, FERREIRA, 2014). A linha base foi realizada em 2012 com idosos (60 anos e mais), residentes na área urbana e rural do município de Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE-0413.0.203.000-11).

3.2 Amostra

O banco de dados do estudo AGEQOL inclui um total de 2052 indivíduos, de ambos os sexos. Desses, 624 idosos, com idades acima de 75 anos, integraram a amostra do presente estudo, que foi dividida em dois grupos, idosos com 75 a 85 anos e idosos acima de 85 anos.

O critério de inclusão do AGEQOL foi ter idade igual ou superior 60 anos completos na primeira entrevista. Os critérios de exclusão foram: indivíduos residentes em instituição de longa permanência; indivíduos com deficiência visual e/ou auditiva graves e não corrigidas; indivíduos com incapacidade cognitiva grave.

3.3 Instrumentos de medida

O projeto AGEQOL possui um protocolo de avaliação amplo que inclui questionários sobre dados sociodemográficos, estilo de vida, acesso e utilização de serviços, e escalas de avaliação de Atividades da Vida Diária (Escala de Katz), de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton-Brody), de funções cognitivas (Mini Exame do Estado Mental - MEEM), de humor (Escala de Depressão Geriátrica – GDS), de funcionamento familiar (APGAR Familiar), de religiosidade (Índice de Religiosidade da Universidade Duke), de qualidade de vida (Escala para mensurar Qualidade de Vida - WHOQoL-Bref e Qualidade de vida em idosos WHOQoL-Old), e do capital social (Questionário Integrado para Medir Capital Social - QI-MCS).

Para este estudo foram utilizados os dados referentes aos instrumentos: Escala de Katz e Questionário Integrado para medir Capital Social.

3.3.1 Escala de Katz

A Escala de Katz avalia o desempenho em atividades de vida diária (LINO *et al.*, 2008). Essa escala consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho. A pontuação varia de 0 a 6 pontos, sendo que valores mais baixos indicam maior independência (LINO *et al.*, 2008). É uma das escalas mais utilizadas para mensurar a independência nas atividades da vida diária (ARIK *et al.*, 2015).

3.3.2 Questionário Integrado para Medir Capital Social – QI-MCS

O capital social foi medido pelo Questionário Integrado para Medir Capital Social do Banco Mundial (QI-MCS) (GROOTAERT *et al.*, 2003), a partir das seguintes variáveis

que integram as seis dimensões: Dimensão *Grupos e Redes* – de quantos grupos (associação, rede, clube, sindicato, partido, torcida organizada) o indivíduo faz parte, quantos amigos próximos o indivíduo diria que tem hoje – ; Dimensão *Confiança e Solidariedade* – grau em que confia nas pessoas, recebimento de ajuda caso precisasse – ; Dimensão *Ação Coletiva e Cooperação* – tempo dedicado a projetos comunitários, dinheiro para contribuir com projetos comunitários, participação comunitária, cooperação entre os membros da comunidade – ; Dimensão *Informação e Comunicação* – número de vezes em que fez ou recebeu ligações no último mês, qual a fonte mais importante que o indivíduo considera para receber informações sobre benefícios do governo (parentes, amigos, vizinhos, grupos, associações, colegas de trabalho, jornal, revista, rádio, televisão, internet) – ; Dimensão *Coesão e Inclusão Social* – classificação das diferenças das pessoas que vivem em uma mesma localidade, sentimento de insegurança em relação ao crime e à violência quando se está sozinho em casa– ; Dimensão *Autoridade e Ação Política* – grau em que o indivíduo se considera feliz, capacidade de mudar a própria vida e voto. O questionário do Banco Mundial não possui um escore definido, e no presente estudo foi utilizado o escore alto e baixo capital social proposto por Campos e colaboradores (2015).

3.4 Procedimentos

Os procedimentos para esse estudo referiram-se ao processo de busca da informação no banco de dados do projeto AGEQOL. Inicialmente foram extraídos os dados sociodemográficos dos idosos seguidos de informações sobre a caracterização da capacidade funcional e do capital social.

3.5 Análise estatística

A análise descritiva dos dados foi realizada por média \pm desvio padrão, frequência absoluta e relativa. Para comparação entre grupos foi realizado o teste de qui-quadrado.

A associação entre as variáveis foi analisada pelo coeficiente de correlação de *Kendall*. Foi considerado para significância $p < 0,05$.

4 ARTIGO

Título: Capital social e capacidade funcional de idosos muito idosos que vivem na comunidade

Running title: Social Capital and functional capacity of oldest old community-dwelling

Autores: Alice Maria Silva¹, Marcella Guimarães Assis²

Afiliação:

1. Fisioterapeuta, mestranda em Ciência da Reabilitação do Programa de Pós Graduação em Ciência da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

2. Departamento de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor para correspondência:

Marcella Guimarães Assis

Endereço:

Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha

Belo Horizonte – Minas Gerais - Brasil

E-mail: mga@ufmg.br

Telefone: (31) 3409-4790

Resumo

Introdução: A capacidade funcional de idosos muito idosos pode ser influenciada pelo capital social. **Objetivos:** Comparar o capital social entre os níveis de funcionalidade, e verificar se há associação entre capacidade funcional e capital social de idosos muito idosos que vivem na comunidade. **Métodos:** Estudo transversal exploratório de base populacional que integra o estudo longitudinal sobre envelhecimento ativo, qualidade de vida e gênero, denominado Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) realizado com 624 idosos, com idades acima de 75 anos, dividida em dois grupos, idosos com 75 a 85 anos e idosos acima de 85 anos. Foram avaliados: desempenho das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) – Escala de Katz – e Capital Social – Questionário Integrado para Medir Capital Social do Banco Mundial (QI-MCS). Os idosos foram classificados como: independente, dependente parcial ou dependente completo e como tendo baixo ou alto capital social. As análises dos dados incluíram medidas de tendência central e dispersão, frequência absoluta e relativa, teste de qui-quadrado e associação entre as variáveis pelo coeficiente de correlação de *Kendall* ($p < 0,05$). **Resultados:** A maioria dos idosos era independente. O capital social apresentou diferença estatisticamente quando comparado com os três níveis de funcionalidade no grupo de idosos acima de 85 anos. Houve correlação de fraca magnitude entre capital social e capacidade funcional na faixa etária acima

de 85 anos. **Conclusões:** estes resultados ressaltam a necessidade de ampliar as investigações relacionadas ao capital social e a capacidade funcional na velhice.

Palavras-chave: Idoso muito idoso, Capacidade funcional, Capital social

Abstract

Introduction: The functional capacity of oldest old can be influenced by social capital. **Objectives:** To compare the social capital between levels of functionality, and verify if there is an association between functional capacity and social capital of oldest old living in the community. **Methods:** A crosssectional exploratory population-based study that integrates the longitudinal study on the active aging, quality of life and gender, called Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) conducted with 624 elderly people, aged over 75 years, divided into two Groups aged 75-85 years and elderly individuals over 85 years of age. The performance of Basic Activities of Daily Living (BADL) - Katz Scale - and Social Capital – Integrated Questionnaire to Measure Social Capital of the World Bank (IQ-SC) were evaluated. The elderly were classified as: independent, dependent partially or completely dependent and as having low or high social capital. Data analyzes included measures of central tendency and dispersion, absolute and relative frequency, chi-square test and association between variables by Kendall's correlation coefficient ($p < 0.05$). **Results:** The majority of the oldest old were independent. The social capital showed a statistically significant difference when compared to the three levels of functionality in the group of elderly individuals above 85 anos. There was a low magnitude correlation between social capital and functional capacity in the age group above 85 anos. **Conclusions:** These results highlight the need to broaden the research related to social capital and functional capacity in old age.

Keywords: Oldest old, Functional capacity, Social capital

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país envelhecido, que tem um grupo de idosos heterogêneo, um intervalo etário amplo, e cujas projeções demográficas indicam aumento do número de idosos muito idosos a cada ano (1,2,3). Espera-se 6,5 milhões de pessoas desse grupo em 2030, e 19, 1 milhões em 2060 (4).

A capacidade funcional dos idosos é a habilidade de exercer de forma independente e autônoma funções básicas como alimentar-se, locomover-se, cuidar da higiene pessoal; e funções complexas como trabalhar, ter lazer e praticar sua espiritualidade (1). A diminuição da independência dos mais idosos é um preditor de mortalidade e é acentuada pela prevalência de doenças crônicas, aumento da fragilidade e do isolamento social (1,5). Por outro lado, sua preservação pode ser influenciada pela participação social (6,2), pelas relações sociais (7) e pelo capital social (8).

O capital social é definido de diferentes maneiras, ora permeando as teorias sociológicas de Pierre Bourdieu e James Coleman, ora adentrando o campo das ciências políticas com os estudos de Robert Putnam e o da economia com as pesquisas do Banco Mundial (9,10). Este estudo adotou o conceito de capital social do Banco Mundial que é o resultado da análise de suas seis dimensões: grupos e redes, confiança e solidariedade, ação coletiva e cooperação, informação e comunicação, coesão e inclusão social, autoridade e ação política (10).

A dimensão *Grupos e Redes* considera a natureza, a quantidade e a variedade da participação em organizações sociais e redes informais de um indivíduo de uma família. *Confiança e solidariedade* é a dimensão que informa sobre a confiança em pessoas conhecidas, vizinhos, fornecedores de serviços, bem como de desconhecidos e busca entender como estas relações mudam ao longo do tempo. A dimensão da *Ação Coletiva e Cooperação* averigua se e como o indivíduo ou membros do domicílio colaboram em projetos comuns junto à comunidade. *Informação e Comunicação* é a categoria que investiga se as famílias com baixa condição econômica têm acesso às infraestruturas de comunicação, bem como se elas recebem informações sobre condições de mercado e serviços públicos. A dimensão *Coesão e Inclusão Social* diz respeito às diferenças das pessoas que vivem em uma mesma localidade, e se há conflito devido às diferenças e como essas são gerenciadas. A última dimensão *Autoridade e Ação Política* exprime como o indivíduo de uma família sente-se feliz, capaz de tomar decisões para mudar sua própria vida e influenciar em eventos locais e políticos (10).

O capital social tem sido investigado na saúde pública visando explicar a heterogeneidade no estado de saúde de pessoas idosas (11,12,13,14). Algumas evidências apontam que viver em área com elevados níveis de capital social e/ou possuir elevados níveis de capital social individual parece estar associado a efeitos positivos nos desfechos relacionados à saúde (15) como na capacidade funcional (8). Desta forma, o objetivo deste estudo foi comparar o capital social entre os níveis de funcionalidade, e verificar se há associação entre capacidade funcional e capital social de idosos muito idosos que vivem na comunidade.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Estudo transversal exploratório de base populacional que integra o estudo longitudinal sobre envelhecimento ativo, qualidade de vida e gênero, denominado Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL). O estudo AGEQOL objetiva verificar diferenças de gênero relacionadas à qualidade de vida e envelhecimento de idosos (16). A linha base foi realizada em 2012 com idosos (60 anos e mais), residentes na área urbana e rural do município de Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE-0413.0.203.000-11).

Amostra

O banco de dados do estudo AGEQOL inclui um total de 2052 indivíduos, de ambos os sexos. Desses, 624 idosos, com idades acima de 75 anos, integraram a amostra do presente estudo, que foi dividida em dois grupos, idosos com 75 a 85 anos e idosos acima de 85 anos.

Instrumentos de medida

O estudo AGEQOL tem um protocolo amplo com instrumentos relativos a dados sociodemográficos, estilo de vida, acesso e utilização de serviços, desempenho nas atividades da vida diária, cognição, humor, funcionamento familiar, qualidade de vida e capital social. Para este estudo foram utilizados os dados referentes aos instrumentos: Escala de Katz e Questionário Integrado para medir Capital Social.

Escala de Katz

A Escala de Katz avalia o desempenho em atividades de vida diária (17). Essa escala consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado: alimentação, controle de esfínteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho. A pontuação varia de 0 a 6 pontos, sendo que valores mais baixos indicam maior independência (17). É uma das escalas mais utilizadas para mensurar a independência nas atividades da vida diária (18).

Questionário Integrado para Medir Capital Social – QI-MCS

O capital social foi medido pelo Questionário Integrado para Medir Capital Social do Banco Mundial (QI-MCS) (GROOTAERT *et al.*, 2003), a partir das seguintes variáveis que integram as seis dimensões: Dimensão *Grupos e Redes* – de quantos grupos (associação, rede, clube, sindicato, partido, torcida organizada) o indivíduo faz parte, quantos amigos próximos o indivíduo diria que tem hoje – ; Dimensão *Confiança e Solidariedade* – grau em que confia nas pessoas, recebimento de ajuda caso precisasse – ; Dimensão *Ação Coletiva e Cooperação* – tempo dedicado a projetos comunitários, dinheiro para contribuir com projetos comunitários, participação comunitária, cooperação entre os membros da comunidade – ; Dimensão *Informação e Comunicação* – número de vezes em que fez ou recebeu ligações no último mês, qual a fonte mais importante que o indivíduo considera para receber informações sobre benefícios do governo (parentes, amigos, vizinhos, grupos, associações, colegas de trabalho, jornal, revista, rádio, televisão, internet) – ; Dimensão *Coesão e Inclusão Social* – classificação das diferenças das pessoas que vivem em uma mesma localidade, sentimento de insegurança em relação ao crime e à violência quando se está sozinho em casa– ; Dimensão *Autoridade e Ação Política* – grau em que o indivíduo se considera feliz, capacidade de mudar a própria vida e voto.

O questionário do Banco Mundial não possui um escore definido, e no presente estudo foi utilizado o escore alto e baixo capital social proposto por Campos e colaboradores (2015) (19).

Procedimentos

Os procedimentos para esse estudo referiram-se ao processo de busca da informação no banco de dados do projeto AGEQOL. Inicialmente foram extraídos os dados sociodemográficos dos idosos seguidos de informações sobre a caracterização da capacidade funcional e do capital social

Análise estatística

A análise descritiva dos dados foi realizada por média \pm desvio padrão, frequência absoluta e relativa. Para comparação entre grupos foi realizado o teste de qui-quadrado. A associação entre as variáveis foi analisada pelo coeficiente de correlação de *Kendall*. Foi considerado para significância $p < 0,05$.

RESULTADOS

Os idosos avaliados foram 624, com média de idade de $81,01 \pm 5,48$ anos. Outros dados sociodemográficos da amostra são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos idosos (N=624).

Variáveis	N(%)
Faixa etária	
75 a 85	511 (81,9)
Acima de 85	113 (18,1)
Sexo	
Masculino	240 (38,5)
Feminino	384 (61,5)
Estado civil	
Casado	250 (40,1)
Solteiro	59 (9,4)
Viúvo	288 (46,1)
Separado	27 (4,3)
Escolaridade	
Analfabeto	234 (37,5)
1º grau	351(56,2)
2º grau	20 (3,2)
3º grau	19 (3,0)

A Tabela 2 apresenta os níveis de capacidade funcional dos idosos nos dois grupos etários.

Tabela 2 – Comparação da Capacidade Funcional entre idosos com 75 a 85 anos e acima de 85 anos.

Capacidade Funcional	75 a 85 anos (n = 511)	Acima de 85 anos (n = 113)
	n (%)	n (%)
Dependência Completa	35 (6,8%)	19 (16,8%)*
Dependência Parcial	40 (7,8%)	18 (15,9%)*
Independência	436 (85,3%)	76 (67,2%)*

* $p < 0,05$ acima de 85 anos *versus* 75 a 85 anos

Em relação ao capital social não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,433$) entre os dois grupos etários. A Tabela 3 apresenta a comparação do capital social entre os diferentes níveis de funcionalidade.

Tabela 3 – Comparação do Capital social entre os níveis de funcionalidade de idosos na amostra total e nos grupos de 75 a 85 anos e acima de 85 anos.

Capacidade Funcional	Amostra Total (n=624)		75 a 85 anos (n=511)		Acima de 85 anos (n=113)	
	Baixo Capital Social n(%)	Alto Capital Social n(%)	Baixo Capital Social n(%)	Alto Capital Social n(%)	Baixo Capital Social n(%)	Alto Capital Social n(%)
Dependência Completa	30 (4,9)	24 (3,9)	19 (3,7)	16 (3,1)	11 (9,7)*	8 (7,1)
Dependência Parcial	40 (6,4)	18 (2,9)	25 (4,9)	15 (2,9)	15 (13,3)*	3 (2,6)
Independência	271(43,4)	241(38,6)	239 (46,8)	197 (38,5)	32 (28,3)	44 (38,9)

* p<0,05 alto capital social versus baixo capital social

A correlação entre capital social e capacidade funcional é apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 - Correlação entre capital social e capacidade funcional.

		Capacidade Funcional		
		Amostra Total	75 a 85 anos	Acima de 85 anos
Capital Social	Kendall	0,066	0,024	0,222*
	P	0,091	0,575	0,015

* $p < 0,05$

DISCUSSÃO

Os resultados assinalaram um predomínio de mulheres em consonância com os dados do último censo demográfico brasileiro, que apontou um percentual de 59,19% de mulheres, com 75 anos e mais de idade (20). As mulheres buscam mais os serviços de saúde, são mais perspicazes em relação ao seu estado de saúde, tendem assim a ter diagnósticos precoces e, portanto vivem mais (21).

Em relação ao estado civil, a maior presença de idosas viúvas justifica-se uma vez que as idosas se recasam menos que os homens (22). Mas cabe ressaltar que, na velhice, ser viúva pode significar maiores chances de se tornar dependente (11). Campos *et al.* (2016) (3) em seu estudo observaram que ser mulher muito idosa, viúva, estava associado com pior estado de saúde, ou seja, maior chance de apresentar morbidades, limitações funcionais e necessidade de cuidados.

A baixa escolaridade dos idosos revelada neste estudo é replicada em outros estudos nacionais (23,24). Dados do IBGE (2013) (4) identificam que entre os homens mais velhos a porcentagem dos que não tem instrução ou tem baixa instrução é maior. Entre as mulheres idosas, a taxa de analfabetismo é maior dentro do grupo das mais velhas e supera os índices dos homens dentro do segmento idoso, independente da faixa etária (20). Uma população envelhecida sem instrução possui relação negativa com os cuidados com a saúde e com o manuseio de medicamentos (24). Paralelamente, o contexto em que o nível educacional baixo prevalece é preditor de mortalidade (25) e de fragilidade na população idosa (23). Segundo Kawachi (1999) (26), o capital social é um facilitador no desenvolvimento da escolaridade e educação de uma comunidade, entretanto não foi encontrado nenhum estudo associando essas variáveis.

Nesta pesquisa, entre os idosos dos dois grupos etários, sobressaíram os independentes para realizar as ABVD. Gontijo *et al.* (2016) (11) em seu estudo com 1.995 idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, encontraram cerca de 67,3% dos participantes independentes. Esse resultado também é corroborado pelo estudo de Maciel e Guerra (2007) (27) no qual 86,8% dos idosos, com faixa etária semelhante a do presente estudo era capaz de desempenhar suas ABVD sem nenhuma assistência. Cabe destacar que os idosos do grupo acima de 85 anos apresentaram maior dependência parcial e completa em comparação com o grupo de 75 a 85 anos. Santos e Pavarini (2011) (28) verificaram forte e significativa correlação entre os valores da Escala de Katz e a faixa etária dos idosos, ou seja, na medida em que a faixa etária aumenta o grau de dependência aumenta. Com efeito, ter mais de 85 anos e ser do sexo feminino, além de outros fatores multidimensionais, parecem ser fator de risco para a redução da capacidade funcional do indivíduo (7) e pode acarretar parcial ou total dependência, comprometendo a autonomia e a qualidade de vida (29).

Neste estudo, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários em relação ao capital social. Portes (1998) (9) ressalta que o capital social é obtido pelas relações sociais dos indivíduos, não apontando a idade como sendo fator determinante para aquisição do mesmo. De outra forma, uma pesquisa do tipo *survey* conduzida no Chile com idosos acima de 60 anos ponderou que participação social, que foi um dos indicadores de capital social mensurado, aumentou entre 65 a 79 anos de idade e diminuiu após 80 anos (30).

O capital social na amostra total e no grupo de 75 a 85 anos não apresentou diferença estatisticamente significativa quando comparados com os três níveis de funcionalidade. Ao contrário, uma diferença foi revelada no grupo dos idosos acima de 85 anos. A prevalência de baixo capital social foi entre os idosos com dependência parcial ou completa, enquanto aqueles que apresentaram alto capital social, desta faixa etária, conseguiam realizar suas ABVD sem restrições. Em um estudo Poulsen *et al.* (2013) (12) observaram que idosos de 80 anos que viviam em municípios com baixos índices de capital social eram, em sua maioria, mulheres, viviam sozinhas, e tinham incapacidade funcional no início do estudo. Outras pesquisas conduzidas por Giacomini *et al.* (2008) e Zunzunegui *et al.* (2005) que contemplaram de forma desagregada algumas dimensões do constructo capital social, ajudam a refletir de que forma o capital social está inserido no contexto do envelhecimento. Os primeiros autores identificaram que os idosos dependentes vivenciaram a incapacidade com menor apoio de seus amigos. Já os segundos, observaram que mesmo com diferenças

culturais, os laços sociais e familiares desempenham um papel importante na proteção das incapacidades funcionais.

No presente estudo, houve correlação de fraca magnitude entre capital social e capacidade funcional na faixa etária acima de 85 anos. Gontijo *et al.* (2016) (11), em sua investigação baseada nos dados coletados em nível domiciliar, usando outro protocolo para mensurar o capital social, averiguaram que os idosos dependentes para AIVD e para AIVD/ABVD apresentaram chances mais elevadas de ter pior capital social, entretanto, só o indicador de coesão ao bairro de moradia mostrou-se independentemente associado à incapacidade funcional. Em um estudo com uma coorte de idosos japoneses que vivem em comunidade, Aida *et al.* (2013) (8) encontraram que o baixo capital social está associado à incapacidade funcional nas mulheres mais velhas, mas não nos homens. Avlund *et al.* (2003) (33), em um estudo longitudinal realizado na Dinamarca, evidenciaram que ter uma grande diversidade de relações sociais e ter uma alta participação social consistiram para a manutenção da capacidade funcional entre os indivíduos com 75 anos e mais de idade. Além disto, os autores relataram que não ter apoio social foi um fator de risco para o declínio funcional entre os homens com 80 anos e mais de idade.

Há uma restrição em encontrar estudos que analisam diretamente as relações entre a capacidade funcional de idosos e o capital social em nível individual. Pela dificuldade de se ter um conceito único, muitos autores utilizam de forma desagregada o conceito de capital social e o mesmo se faz para mensurá-lo. Por se tratar de um termo guarda-chuva, muitas extensões são usadas, mesmo sem a intenção de avaliar o próprio capital social. Macinko e Starfield (2001) (34) observaram que há alguns problemas na análise dos indicadores do capital social. Segundo esses autores, há pouca consistência nos nomes atribuídos para medidas similares, o que leva a falta de clareza sobre o que cada pesquisador deseja medir. Outra dúvida é que não é um consenso ainda a medida de agregação do capital social. Alguns estudos analisam o capital social no âmbito individual, outros de vizinhança ou comunidades, e há ainda os que analisam nos âmbitos de estados e nações (34).

Entre as limitações deste estudo é o fato de ter sido usado somente as ABVD como medida para avaliar o desempenho, outros instrumentos que avaliam atividades instrumentais de vida diária poderiam ter conferido maior profundidade aos dados, uma vez que se sabe que na velhice avançada a perda das habilidades para realizar as AIVD pode levar o idoso a um

afastamento do convívio social e isolamento. Entretanto, o estudo apresenta características que lhes dão robustez, como ser pesquisa de base populacional e ter um número amostral grande.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que os idosos muito idosos apresentaram capacidade funcional preservada para realizar as ABVD e que o capital social está associado à capacidade funcional no grupo etário acima de 85 anos. Esses resultados ressaltam a necessidade de outras pesquisas visando ampliar as investigações relacionadas ao capital social, a capacidade funcional e ao fenômeno do envelhecimento no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veras R. The Current Challenges of Health Care for the Elderly. *J Gerontol Geriat Res* 2015; 4: 223.
2. Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Tallmann AEC, & Neu DKM. Capacidade funcional no idoso longo: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2012; 33(2), 176-185.
3. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LH. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24:e2724.
4. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm Acesso em: 02 de março de 2016.
5. Ramos LR, Andreoni S; Coelho-Filho JM, Lima-Costa MF, Matos LM, Rebouças M, Veras R. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública* 2013;47(3):506-13.
6. Navarro JHDN, Andrade FP, Paiva TS, Silva DOD, Gessinger CF, & Bós ÂJG. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20(2), 461-470.
7. Nogueira, SL, Ribeiro, RC, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro, AQ, & Pereira, ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev Bras Fisioter*, 2010; 14(4), 322-9.

8. Aida J, Kondo K, Kawachi I, Subramanian SV, Ichida Y, Hirai H, Kondo N, Osaka K, Sheiham A, Tsakos G, Watt RG. Does social capital affect the incidence of functional disability in older Japanese? A prospective population-based cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2013; 67:42–47.
9. Portes A. Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annu Rev Sociol* 1998; 24(1): 1-24.
10. Grootaert C, Narayan D, Jones VN, Woolcock M. *Measuring Social Capital: An Integrated Questionnaire*. Washington DC: Virginia, World Bank; 2003.
11. Gontijo CF, Mambrini JVDM, Luz TC, Loyola Filho AI. Associação entre incapacidade funcional e capital social em idosos residentes em comunidade. *Rev Bras Epidemiol* jul-set 2016; 19(3): 471-483.
12. Poulsen T, Siersma VD, Lund R, Christensen U, Vass M & Avlund K. Educational intervention and functional decline among older people: The modifying effects of social capital. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2014; 1–9
13. Griep RH, Santos SM, de Oliveira Cardoso L, da Fonseca MDJM, de Mello Alves MG, Souto EP, & Chor D. Capital social no ELSA-Brasil: confiabilidade teste-reteste do Resource Generator scale. *Revista de Saúde Pública*, 2013;47(suppl. 2), 131-139.
14. Nyqvist F, Gutavsson J & Gustafson Y. Social Capital and Health in the Oldest Old: The Umeå 85+ Study. *International Journal of Ageing and Later Life*, 2006 1(1): 91–114.
15. Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies. *J Epidemiol* 2012;22(3):179-187
16. Campos ACV, Vargas AMD & Ferreira EF. Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros: um estudo de gênero com modelo hierárquico. *Cad. Saúde Pública*, 2014; 30(4), 757-773.
17. Lino VTS, Pereira SRM, 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), 103-112.
18. Arik G, Varan HD, Yavuz BB, Karabulut E, Kara O, Kilic MK, Kizilarslanoglu MC, Sumer F, Kuyumcu ME, Yesil Y, Halil M, Cankurtaran M. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2015; 344–350.
19. Campos ACV, Borges CM, Vargas AMD, Gomes VE, Lucas, SD, Ferreira, EF. Measuring social capital through multivariate analyses for the IQ-SC. *BMC Research Notes* (2015) 8:11.
20. DATASUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2016 fev 16]. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopbr.def>> Acesso: 07/07/2016.

21. Camargos MCS, Gonzaga MR. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. *Cad. Saúde Pública*, 2015, Rio de Janeiro, 31(7):1460-1472.
22. Camarano, A. A. Quanto custa cuidar da população idosa dependente e quem paga por isto? *In: Camarano, A. A. (Org.). Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014.*
23. Neri AL, Yassuda MS, de Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, de Siqueira MEC, dos Santos GA, Moura JGA. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2013; 29(4):778-792.
24. Luz EP, Dallepiane LB, Kirchner RM, Silva LAA, Silva FP, Kohler J, Gopinger E, Carlot JM. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2014; 17(2):303-314
25. Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do Município de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, 2008; v. 22, n. 2, p. 30-45.
26. Kawachi I. Social Capital and Community Effects on Population and Individual Health. *Annals New York Academy of Sciences* 1999.
27. Maciel ACC & Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(2): 178-89
28. Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(4):520-6.
29. Alencar MCB, Henemann L, Rothenbuhler R. A capacidade funcional de pacientes, e a fisioterapia em um programa de assistência domiciliar. *Fisioter. Mov.* 2008 jan/mar;21(1):11-20
30. Herrera MSP, Rosas RPE, Lorca MBF. Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(5):739-749
31. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(6): 1260-70.
32. Zunzunegui MV, Rodriguez-Laso A, Otero A, Pluijm SMF, Nikula S, Blumstein T, *et al.*. Disability and social ties: comparative findings of the CLESA study. *Eur J Ageing* 2005; 2:40-7.
33. Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P. Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 38(1): 85-99.

34. Macinko J, Starfield B. The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Q* 2001; 79(3): 387-428.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil de hoje já é considerado um país envelhecido com novas demandas e novos desafios, especialmente em relação à população mais idosa que apresenta um crescimento expressivo. Com o envelhecimento populacional, o perfil epidemiológico também se modificou e o padrão atual é caracterizado por doenças crônico-degenerativas que podem acarretar uma diminuição e/ou perda da capacidade funcional dos idosos.

Por outro lado, a preservação da capacidade funcional pode ser influenciada pela participação social, pelas relações sociais e pelo capital social. Esse é definido de diferentes maneiras, ora permeando as teorias sociológicas, ora adentrando o campo das ciências políticas e o da economia. Este estudo adotou o conceito do Banco Mundial que é o resultado da análise de suas seis dimensões: grupos e redes, confiança e solidariedade, ação coletiva e cooperação, informação e comunicação, coesão e inclusão social, autoridade e ação política.

Os resultados do presente estudo indicam um predomínio de idosos muito idosos independentes para a realização das atividades básicas de vida diária, e uma correlação de fraca magnitude entre capital social e capacidade funcional na faixa etária acima de 85 anos. A independência dos idosos muito idosos apresenta-se como uma informação relevante para o planejamento de intervenções dos profissionais da área da saúde. A correlação entre capital social e capacidade funcional, considerando a complexidade do constructo capital social, deverá ser investigada mais amplamente em estudos futuros.

A divulgação desses resultados poderá contribuir para ampliar as possibilidades de assistência às pessoas muito idosas, revendo o planejamento das intervenções no que diz respeito ao monitoramento da capacidade funcional e da manutenção do capital social.

REFERÊNCIAS

- Aida J. *et al.* Does social capital affect the incidence of functional disability in older Japanese? A prospective population-based cohort study. **J Epidemiol Community Health**, n. 67, p. 42–47, 2013.
- Arik G. *et al.* Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, p.344–350, 2015.
- Bourdieu P. The forms of capital. In: J. G. Richard-son. **Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education**, p. 241-58. New York: Greenwood, 1985.
- Brito, T. A. *et al.* Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. **Texto & Contexto Enferm**, n. 221, p. 43-51, 2013.
- Camarano, A. A. *et al.* Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?, 2010.
- Campos, A. C. V.; Vargas, A. M. D.; Ferreira, E. F. Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros: um estudo de gênero com modelo hierárquico. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 757-773, 2014.
- _____.; Borges, C. M.; Vargas, A. M. D; Gomes, V. E.; Lucas, S. D.; Ferreira, E. F. Measuring social capital through multivariate analyses for the IQ-SC. **BMC Research Notes** n. 8, p.11, 2015.
- _____. *et al.* Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016; 24:e2724.
- Coleman JS, ed: Foundations of social theory. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press; 1990
- Costa E.C., Nakatani A.Y.K., Bachion M.M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul Enferm** 2006;19(1):43-35.
- Fiedler M.M., Peres K.G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):409-415, fev, 2008
- Figueiredo C.S. *et al.* Functional and cognitive changes in community-dwelling elderly: longitudinal study. **Braz J Phys Ther**. 2013 May-June; 17(3):297-306.
- Freitas R.S. *et al.* Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(6):933-9.
- Fuentes-García, A. *et al.* (2013). Desigualdades socioeconómicas en el proceso de discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. **Gaceta Sanitaria**, 27(3), 226-232.

Gontijo C.F. *et al.* Associação entre incapacidade funcional e capital social em idosos residentes em comunidade. **Rev Bras Epidemiol** jul-set 2016; 19(3): 471-483.

Griep R.H. *et al.* Capital social no ELSA-Brasil: confiabilidade teste-reteste do Resource Generator scale. **Revista de Saúde Pública**, 2013;47(supl. 2), 131-139.

Grootaert C. *et al.*. Measuring Social Capital: An Integrated Questionnaire. Whashington DC: Virginia, World Bank; 2003.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI; subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em < <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>> Acesso em: 05 jun 2015.

Lino V.T.S. *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, 2008 24(1), 103-112.

Lourenço T.M. *et al.* Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2012; 33(2), 176-185.

Maciel ACC & Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos. **Rev Bras Epidemiol** 2007; 10(2): 178-89

Navarro J.H.D.N. *et al.* Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015; 20(2), 461-470.

Nyqvist F, Gutavsson J & Gustafson Y. Social Capital and Health in the Oldest Old: The Umeå 85+ Study. **International Journal of Ageing and Later Life**, 2006 1(1): 91–114.

Nogueira, S.L. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev Bras Fisioter**, 2010; 14(4), 322-9.

Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies. **J Epidemiol** 2012;22(3):179-187

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de envelhecimento e saúde, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf> Acesso em: jan 2016.

Parahyba, M.I., Veras, R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v.13, n. 4, p.1257-64, 2008.

Pattussi, M. P. *et al.* (2006). Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia [Social capital and the research agenda in epidemiology]. **Cadernos de Saúde Pública**, 22, 1525-1546.

_____. *et al.* Individual and neighbourhood social capital and all-cause mortality in Brazilian adults: a prospective multilevel study, **Public Health**, 2016.

Poulsen T. *et al.* Educational intervention and functional decline among older people: The modifying effects of social capital. **Scandinavian Journal of Public Health**, 2014; 1–9

Putnam R. *E Pluribus Unum: Diversity and Community in the Twenty-first Century*
The 2006 Johan Skytte Prize Lecture. **Scandinavian Political Studies**, Vol. 30 – No. 2, 2007

Ramos L.R. *et al.*. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública** 2013;47(3):506-13.

Rodrigues R. A. P. *et al.* Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de Idosos. **Acta Paul Enferm.** v. 21, n. 4, p. 643-8, 2008.

VERAS, R. The Current Challenges of Health Care for the Elderly. **J Gerontol Geriat Res** 2015; 4: 223.

VILLALONGA-OLIVES, E.; KAWACHI, I. The measurement of social capital. **Gac Sanit.** v. 29, n.1, p. 62–64, 2015.

WOOLCOCK, M. “Managing Risk, Shocks, and Opportunity in Developing Economies: The Role of Social Capital”, In: GUSTAV RANIS (Ed). **Dimensions of Development New Haven, CT: Yale Center for International and Area Studies**, p. 197-212, 1999.

WORLD BANK. **World Development report 2000/2001: Attacking Poverty** New York: Oxford University Press, 2000.

ANEXOS

ANEXO 1- APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA -UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

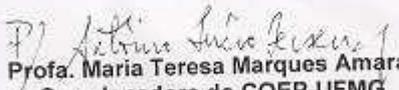
Projeto: CAAE – 0413.0.203.000-11

Interessado(a): Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Faculdade de Odontologia - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 07 de outubro de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "Viver bem na terceira idade é uma arte: um estudo longitudinal sobre a qualidade de vida e seus possíveis determinantes" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – Cep: 31270-901 – BH-MG
Telefax: (051) 3409-4592 • e-mail: coep@pqi.ufmg.br

ANEXO 2- INSTRUMENTOS DE MEDIDA - ESCALA DE KATZ

Ficha de avaliação: para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que se aplica (a palavra "ajuda" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal).

Área de funcionamento	Independente/Dependente
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)	
<input type="checkbox"/> não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho)	(I)
<input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna)	(I)
<input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	(D)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)	
<input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda	(I)
<input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos	(I)
<input type="checkbox"/> recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(D)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)	
<input type="checkbox"/> vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)	(I)
<input type="checkbox"/> recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite	(D)
<input type="checkbox"/> não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(D)
Transferência	
<input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)	(I)
<input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda	(D)
<input type="checkbox"/> não sai da cama	(D)
Continência	
<input type="checkbox"/> controla inteiramente a micção e a evacuação	(I)
<input type="checkbox"/> tem "acidentes" ocasionais	(D)
<input type="checkbox"/> necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(D)
Alimentação	
<input type="checkbox"/> alimenta-se sem ajuda	(I)
<input type="checkbox"/> alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão	(I)
<input type="checkbox"/> recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos	(D)

Interpretação (Katz & Apkom 26):

0: independente em todas as seis funções; 1: independente em cinco funções e dependente em uma função; 2: independente em quatro funções e dependente em duas; 3: independente em três funções e dependente em três; 4: independente em duas funções e dependente em quatro; 5: independente em uma função e dependente em cinco funções; 6: dependente em todas as seis funções.

ANEXO 3- INSTRUMENTOS DE MEDIDA - QUESTIONÁRIO INTEGRADO PARA MEDIR CAPITAL SOCIAL (QI-MCS)

1. De quantos grupos (associação, rede, clube, sindicato, partido, torcida organizada) você faz parte? _____

2. Quantos amigos próximos você diria que tem hoje? _____

3. Falando em geral, você diria que se pode confiar na maioria das pessoas ou que nunca é demais ter cuidado ao lidar com as pessoas?

1) Pode-se confiar nas pessoas

2) Nunca é demais ter cuidado

4. Você acha que a maioria das pessoas do seu bairro está disposta a ajudar caso você precise?

1) Sim 2) Não tenho certeza/talvez 3) Não

5. Se um projeto da comunidade não lhe beneficia diretamente, mas traz benefícios para as pessoas do bairro você contribuiria com:

A. seu tempo para o projeto? 1) Sim 2) Não

B. seu dinheiro para o projeto? 1) Sim 2) Não

6. No último ano, você participou de alguma atividade comunitária para pedir algum benefício para o bairro?

1) Sim 2) Não

7. Se faltar água no seu bairro, você acha que as pessoas vão se unir para resolver este problema?

1) Sim 2) Não tenho certeza/talvez 3) Não

8. No último mês, com que frequência você fez ou recebeu um telefonema?

1) Pouco 2) Mais ou menos 3) Muito

9. Qual é a fonte de informação mais importante a respeito do que o governo faz?

1) Parentes, amigos e vizinhos;

2) Grupos ou associações;

3) Colegas de trabalho;

4) Jornal;

5) Revista;

6) Rádio;

7) Televisão;

8) Internet

10. Até que ponto você diria que as pessoas são diferentes no seu bairro?

1) Muito diferentes 2) Mais ou menos diferentes 3) Pouco diferentes

11. Em geral, como você se sente em relação ao crime e à violência quando está sozinho(a) em casa?

1) Seguro 2) Nem seguro nem inseguro 3) Inseguro

12. Em geral, você se considera uma pessoa...

1) Feliz 2) Nem feliz, nem infeliz 3) Infeliz

13. Você sente que tem poder para tomar decisões que podem mudar o rumo da sua vida?

1) Incapaz 2) Nem capaz, nem incapaz 3) Capaz

14. Você votou na última eleição? 1) Sim 2) Não

ANEXO 4- NORMAS DA REVISTA FISIOTERAPIA EM MOVIMENTO

Instruções para autores

A Revista Fisioterapia em Movimento está alinhada com as normas de qualificação de manuscritos estabelecidas pela OMS e pelo *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*. Desde 2009 somente são aceitos os artigos de ensaios clínicos que tenham sido cadastrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos recomendados pela OMS e ICMJE. Trabalhos que contenham resultados de estudos humanos e/ou com animais somente serão aceitos para publicação se assumida a responsabilidade no cumprimento dos princípios éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata do Código de Ética da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Esses trabalhos devem obrigatoriamente incluir uma afirmação de que o protocolo de pesquisa foi aprovado por um comitê de ética institucional e cópia do parecer de aprovação deve ser anexada no ato da submissão. Para experimentos com animais, considere as diretrizes internacionais Pain, publicada em: PAIN, 16: 109-110, 1983.

Os pacientes têm o direito à privacidade e esclarecimento de tudo que se refere ao estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em caso de utilização de fotografias de pessoas/pacientes, estas não podem ser identificáveis exceto se as fotografias estiverem acompanhadas de permissão específica escrita para uso e divulgação das imagens. O uso de máscaras oculares não é considerado proteção adequada para o anonimato.

INSTRUÇÕES GERAIS

Para que o processo de avaliação seja feito de forma rápida e eficiente, sugerimos acessar um artigo já publicado em edição recente para verificar a formatação dos artigos publicados pela revista, e seguir rigorosamente as instruções desta página antes de iniciarem a submissão. Nota: submissões que ignorarem as diretrizes abaixo listadas serão rejeitadas imediatamente.

A Revista Fisioterapia em Movimento recebe artigos das seguintes categorias:

Artigos Originais: oriundos de resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual.

Artigos de Revisão: oriundos de estudos com delineamento definido e baseado em pesquisa bibliográfica consistente com análise crítica e considerações que possam contribuir com o estado da arte.

Obs: revisões de literatura não são mais aceitas e relatos de caso serão aceitos apenas quando abordarem casos raros.

- Os trabalhos podem ser encaminhados em português ou inglês, devendo constar no texto um resumo em cada língua. Uma vez aceito para publicação, o artigo deverá obrigatoriamente ser traduzido para a língua inglesa. A submissão de artigos é gratuita, entretanto, os custos da tradução como também a escolha do profissional ou empresa responsável pela mesma são de inteira responsabilidade dos autores.

- Todos os artigos devem ser inéditos e não devem ser submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. É imprescindível anexar as declarações de direitos autorais e inexistência de conflito de interesses assinadas por todos os autores, como também o parecer de aprovação do Comitê de Ética (exceto se artigos de revisão).
- Os manuscritos devem ser submetidos na área de submissão de artigos. Os trabalhos devem ser digitados em Word for Windows, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5. Artigos originais devem conter no máximo 4.500 palavras e artigos de revisão no máximo 6.000 palavras (excluindo-se página de título, resumo, referências, tabelas, figuras e legendas).
- Abreviaturas oficiais poderão ser empregadas somente após uma primeira menção completa. Gírias, expressões e abreviaturas pouco comuns não deverão ser usadas.
- As ilustrações (figuras, gráficos, quadros e tabelas) devem ser limitadas ao número máximo de cinco (5), inseridas no corpo do texto, identificadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. Figuras e gráficos devem estar em formato tiff; quadros e tabelas, em formato DOC ou XLS. Na montagem das tabelas, seguir as normas de apresentação tabular estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicadas pelo IBGE em 1993, e o Sistema Internacional (SI) de unidades métricas para as medidas e abreviações das unidades.

Aspectos técnicos das figuras:

- 1) Tamanho
As figuras menores devem ter 8 cm de largura e as maiores, 17 cm de largura. Altura máxima 24 cm.
- 2) Fonte
Utilizar a fonte Calibri (e suas variações itálico, negrito, negrito itálico, regular, etc.) no tamanho 8 pt.
- 3) Linhas (fios) de contorno
Todas as linhas de contorno e fios auxiliares que compõem as figuras, devem ter 0.5 pt de espessura.
- 4) Salvando o arquivo
Salvar todas as figuras em versão editável sempre que possível, para que possamos editá-las em caso de necessidade. Salvar os arquivos em alta resolução (mínimo de 150 DPIs).

No preparo do original, deverá ser observada a seguinte estrutura:

CABEÇALHO

Título: caixa alta na primeira letra da primeira palavra e caixa baixa nas demais, **negrito**, fonte Times New Roman, tamanho 14, parágrafo centralizado. O título deve conter no máximo 18 palavras, sendo suficientemente específico e descritivo.

Subtítulo: em inglês, caixa alta na primeira letra da primeira palavra e caixa baixa nas demais (exceção para nomes próprios), *itálico*, fonte Times New Roman, tamanho 12, parágrafo centralizado.

Obs: se o artigo for submetido em inglês, título em inglês e subtítulo em português.

APRESENTAÇÃO DOS AUTORES DO TRABALHO

Nome completo, afiliação institucional (nome da instituição para a qual trabalha), vínculo (se é docente, professor ou está vinculado a alguma linha de pesquisa), titulação máxima, cidade, estado, país e e-mail.

Atenção: o número máximo permitido de autores por artigo é seis (6).

RESUMO ESTRUTURADO/STRUCTURED ABSTRACT

O resumo estruturado deve contemplar os tópicos apresentados na publicação: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão. Deve conter no mínimo 150 e no máximo 250 palavras, em português/inglês, fonte Times New Roman, tamanho 11, espaçamento simples e parágrafo justificado. Na última linha deverão ser indicados os descritores (palavras-chave/keywords) em número mínimo de 3 e no máximo de 5, separados por ponto e iniciais em caixa alta, sendo representativos do conteúdo do trabalho. Só serão aceitos descritores encontrados no DeCS.

CORPO DO TEXTO

- **Introdução:** deve apontar o propósito do estudo, de maneira concisa, e descrever quais os avanços que foram alcançados com a pesquisa. A introdução não deve incluir dados ou conclusões do trabalho em questão.
- **Métodos:** deve ofertar, de forma resumida e objetiva, informações que permitam que o estudo seja replicado por outros pesquisadores. Referenciar as técnicas padronizadas.
- **Resultados:** devem oferecer uma descrição sintética das novas descobertas, com pouco parecer pessoal.
- **Discussão:** interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos existentes, principalmente os que foram indicados anteriormente na introdução. Esta parte deve ser apresentada separadamente dos resultados.
- **Conclusão:** devem limitar-se ao propósito das novas descobertas, relacionando-as ao conhecimento já existente. Utilizar citações somente quando forem indispensáveis para embasar o estudo.
- **Agradecimentos:** se houver, devem ser sintéticos e concisos.
- **Referências:** devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto.

- Citações: devem ser apresentadas no texto, tabelas e legendas por números arábicos entre parênteses. Deve-se optar por uma das modalidades abaixo e padronizar em todo o texto:

Exemplo 1: “O caso apresentado é exceção quando comparado a relatos da prevalência das lesões hemangiomas no sexo feminino (6, 7)”.

Exemplo 2: “Segundo Levy (3), há mitos a respeito dos idosos que precisam ser recuperados”.

REFERÊNCIAS

Para artigos originais, mínimo de 30 referências. Para artigos de revisão, mínimo de 40 referências. As referências deverão originar-se de periódicos que tenham no mínimo o Qualis desta revista ou equivalente. Todas as instruções estão de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver).

ARTIGOS

EM

REVISTA

Autores. Título. Revista (nome abreviado). Ano;volume(nº):páginas.

- Até seis autores

Naylor CD, Williams JI, Guyatt G. Structured abstracts of proposal for clinical and epidemiological studies. *J Clin Epidemiol*. 1991;44(3):731-7.

- Mais de seis autores: listar os seis primeiros autores seguidos de *et al.*.

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, *et al.* Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer*. 1996;73:1006-12.

- Suplemento de número

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol*. 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

- Artigos em formato eletrônico

Al-Balkhi K. Orthodontic treatment planning: do orthodontists treat to cephalometric norms. *J Contemp Dent Pract*. [serial on the internet] 2003 [cited 2003 Nov 4]. Available from: www.thejcdp.com.

LIVROS E MONOGRAFIAS

- Livro

Berkovitz BKB, Holland GR, Moxham BJ. Color atlas & textbook of oral anatomy. Chicago:Year Book Medical Publishers; 1978.

- Capítulo de livro

Israel HA. Synovial fluid analysis. In: Merrill RG, editor. Disorders of the temporomandibular joint I: diagnosis and arthroscopy. Philadelphia: Saunders; 1989. p. 85-92.

- Editor, Compilador como Autor

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Livros/Monografias em CD-ROM

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM], Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2 nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

- Anais de congressos, conferências congêneres,

Damante JH, Lara VS, Ferreira Jr O, Giglio FPM. Valor das informações clínicas e radiográficas no diagnóstico final. Anais X Congresso Brasileiro de Estomatologia; 1-5 de julho 2002; Curitiba, Brasil. Curitiba, SOBE; 2002.

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress of Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam:North-Holland; 1992. p. 1561-5.

TRABALHOS ACADÊMICOS (Teses e Dissertações)

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis: Washington Univ.; 1995.

É importante que durante a execução do trabalho o autor consulte a página da revista online e verifique a apresentação dos artigos publicados, adotando o mesmo formato. Além de revisar cuidadosamente o trabalho com relação às normas solicitadas, recomendamos que o autor efetue uma conferência cuidadosa dos seguintes itens ao término do trabalho: tamanho da fonte em cada item do trabalho, notas em número arábico, a legenda de tabelas e quadros, formatação da página e dos parágrafos, citação no corpo do texto e referências conforme solicitado e se todos os autores citados constam nas referências do trabalho. Deve ser dada especial atenção ao idioma português ou inglês utilizado no texto, pois a equipe deste periódico não realiza correção de ortografia. Erros dessa natureza inviabilizarão a publicação e artigos que não forem adequados conforme as descrições acima não serão aceitos.

NOTA: Fica a critério da revista a seleção dos artigos que deverão compor os fascículos, sem nenhuma obrigatoriedade de publicá- los, salvo os selecionados pelos editores e somente mediante e-mail/carta de aceite.