

Capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária como forte preditora de autopercepção de saúde de idosos: um estudo comparativo com dois países da América Latina

Functional capacity for activities of daily living as a strong predictor of self-perceived health in older adults: a comparative study in two Latin American countries

Ana Paula Tiecker¹, Ana Paula Pillatt¹✉ e Ângelo José Gonçalves Bós¹



RBCEH

Revista Brasileira de Ciências
do Envelhecimento Humano

O envelhecimento populacional é mais evidente e acelerado em países em desenvolvimento como o Brasil e o México, processo que pode gerar maior prevalência de doenças que causam incapacidade. Por interferir na independência e na autonomia dos idosos, a diminuição da capacidade para realizar as atividades da vida diária vem sendo associada à pior autopercepção de saúde (APS). Comparações internacionais podem melhor esclarecer possíveis impactos da relação entre capacidade funcional (CF) e a APS a nível populacional. O objetivo do estudo foi observar a relação entre APS e CF para a realização de atividades da vida diária em duas amostras representativas desses países. Foi realizada uma análise secundária dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (Brasil) e da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição de 2012 (México). Ambas as pesquisas nacionais eram transversais, baseadas em amostragem domiciliar. Evidenciou-se que a população idosa brasileira tem maior chance para APS boa quando comparada a população idosa mexicana; e que a capacidade funcional, a partir da independência e da autonomia, influencia na APS, independentemente da idade. Salienta-se a importância da discussão de políticas públicas que visem à manutenção da capacidade funcional dos idosos e, conseqüentemente, a autopercepção de saúde desta população.

Envelhecimento. Perfil de saúde. Saúde pública. Saúde do idoso.

The elderly population increases each year, countries like Brazil and Mexico have demographic data that demonstrate the occurrence of population aging. The changes that occur with aging generate a higher prevalence of diseases that cause disability. As it interferes with the independence and autonomy of the elderly, the decrease in the ability to perform activities of daily living has been associated with self-perceived health as bad. The objective is to observe the relationship between self-perceived health and functional capacity to perform activities of daily living in two population surveys. A secondary analysis of data from the 2013 National Health Survey in Brazil and the 2012 National Health and Nutrition Survey in Mexico was performed. Both national surveys were cross-sectional, based on home sampling. It was evidenced that the elderly Brazilian population has a greater chance for good PHC when compared to the elderly Mexican population; and that functional capacity, based on independence and autonomy, influences PHC, regardless of age. The importance of discussing public policies that aim at maintaining the functional capacity of the elderly and, consequently, the self-perception of the health of this population, is emphasized.

Aging. Health profile. Public health. Health of the elderly.

Introdução

O envelhecimento populacional ocorre devido ao aumento da expectativa de vida juntamente com o declínio das taxas de fecundidade e mortalidade (IBGE, 2015). O Centro Latino-americano de Demografia (CELADE, 2013) traz dados que demonstram a ocorrência do envelhecimento nas populações brasileiras e mexicanas. Entre estes dados destaca-se o crescimento da população com 60 anos ou mais, sendo que para o Brasil esta população representará em 2020, 2030 e 2050 respectivamente 14%, 18,9% e 29,5% da população total, e no México respectivamente 11,5%, 15% e 23,3% (CELADE, 2013; IBGE, 2015). Apesar de o México apresentar menor percentual de idosos, o país apresenta maior expectativa de vida (77,12 anos) em relação ao Brasil (75,51 anos) (BANCO MUNDIAL, 2016).

Outra dissimilaridade é que, mesmo tendo maior expectativa de vida, que representa menor mortalidade geral, o estudo de Wallace e Gutiérrez (2005) demonstrou que o México apresentava um percentual maior de autopercepção regular ou ruim (69,5%) em relação aos idosos brasileiros (53,9%). Em contraste a limitação para a realização de atividades de vida diária (AVDs) foi semelhante entre os dois países (19,2% no Brasil e 19,6% no México).

As modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas decorrentes do processo de envelhecimento geram uma maior prevalência de processos patológicos que causam a incapacidade na população idosa (CARVALHO, 2005). Dentre estas modificações, enfatizam-se as alterações musculoesqueléticas, como a atrofia muscular e o aumento do tecido adiposo infiltrado no músculo, assim como a degeneração neuronal central e periférica como fatores causais para a diminuição da intensidade das AVDs em idosos (IZQUIERDO; CADORE, 2014).

As AVDs abrangem as habilidades básicas e instrumentais necessárias para o gerenciamento das necessidades físicas de um indivíduo, sendo consideradas atividades básicas aquelas relacionadas à higiene pessoal, vestimenta, continência, transferência e alimentação; e instrumentais aquelas atividades mais complexas relacionadas à vida independente na comunidade, como o gerenciamento de finanças e medicamentos (MLINAC; FENG, 2016). Por interferir na independência e na autonomia dos idosos, a diminuição da capacidade para realizar as AVDs vem sendo associada à autopercepção de saúde (APS) como ruim (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013). Entretanto, na comparação entre Brasil e México, ambos apresentando percentual similar de capacidade para a realização das AVDs, a relação entre APS e AVDs não parece ser evidente em pesquisas populacionais.

Desta forma, entender os fatores associados à capacidade funcional e a APS dos idosos, utilizando dados de pesquisas populacionais, poderá contribuir na identificação das dimensões da saúde que precisam ser fortalecidas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa. Portanto, o objetivo deste estudo foi observar a relação entre APS e a capacidade funcional para a realização de AVDs em duas pesquisas populacionais.

Materiais e métodos

Foi realizada uma análise secundária dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 no Brasil e da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (ENSANUT) de 2012 no

México. Os procedimentos operacionais do ENSANUT 2012 foram revisados e aprovados pelas Comissões de Ética, Pesquisa e Biossegurança do Instituto Nacional de Saúde Pública, assim como a PNS que foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com Parecer nº 328.159. Ambas as pesquisas nacionais eram transversais, baseadas em amostragem domiciliar, conduzidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística com o Ministério da Saúde/Brasil e o Instituto Nacional de Saúde Pública / México, respectivamente.

Foram incluídos dados dos entrevistados com 60 anos ou mais. A variável dependente APS, utilizada nos resultados, teve suas respostas agrupadas em Muito boa ou Boa, Muito Ruim ou Ruim, em virtude de ambas as pesquisas apresentarem a variável, mas com opções de resposta diferente. Na pesquisa realizada no Brasil a variável foi perguntada da seguinte forma: “Em geral, como o(a) Senhor(a) avalia a sua saúde?”, com as opções de resposta: 1.Muito boa, 2.Boa, 3.Regular, 4.Ruim, 5.Muito Ruim, já no México: “Quão satisfeito você está com a sua saúde?” com as opções de resposta: 1.Muito satisfeito, 2.Satisfeito, 3.Insatisfeito, 4.Muito Insatisfeito. As variáveis utilizadas da PNS (2013) foram extraídas do módulo K – Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais. No módulo foram incluídas as questões relacionadas com a dificuldade expressada em realizar as seguintes tarefas: banho (K004), caminhar (K013), deitar/levantar (K016), vestir-se (K010), fazer compras (K022), gerir finanças (K025). As respostas das variáveis foram agrupadas em dois níveis tem ou não tem dificuldade, para assim serem homogêneas com as variáveis correspondentes com as da ENSANUT. Por esse mesmo motivo as variáveis que expressam o fato dos participantes receberem ajuda para as atividades mencionadas anteriormente foram agrupadas em uma variável única que expressa o fato de receber ajuda para alguma dessas atividades.

A distribuição de frequências das características sociodemográficas e clínicas entre os países foi calculada e sua associação testada pelo Qui-quadrado. As médias do número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e sintomas depressivos foram calculadas para cada país e as diferenças testadas por Student não pareado teste t. As variáveis significativas na análise descritiva foram incluídas em modelos de regressão logística para calcular as chances dos participantes de apresentar APS boa ou muito boa, comparadas com as chances de terem APS ruim ou muito ruim. Inicialmente foram criados modelos de regressão logística simples, com uma regressão realizada com cada variável separada para a predição de APS muito boa ou boa. Posteriormente foi realizada a regressão logística com um modelo ajustado com todas as variáveis incluídas. As análises estatísticas foram realizadas pelo programa Epi Info versão 7.2.

Resultados

A amostra foi composta por 11.177 idosos brasileiros e 7.863 idosos mexicanos. A idade média dos idosos no Brasil foi de $69,87 \pm 7,89$ anos e no México foi de $69,73 \pm 7,41$ anos ($p=0,6756$). Na Tabela 1, observa-se que houve diferenças significativas em relação ao sexo, moradia, APS e número de multiorbididades entre as populações de idosos brasileiros e mexicanos. A amostra brasileira apresentou, com maior

frequência participantes do sexo feminino, residentes nos meios urbano e metropolitano e APS muito boa ou boa. Houve diferenças significativas entre as médias do número de DCNT entre os dois países ($p < 0,001$). Os participantes brasileiros apresentaram média de DCNT maior que os mexicanos.

Tabela 1 | Distribuição das características sociodemográficas e clínicas dos participantes brasileiros e mexicanos.

Características sociodemográficas	Brasil	México	p
Sexo (%)			
Feminino	6.622 (59,25)	4.285 (54,50)	< 0,001
Masculino	4.555 (40,75)	3.578 (45,50)	
Moradia (%)			
Rural	2.178 (19,49)	2.817 (35,83)	< 0,001
Urbano	2.636 (23,58)	1.736 (22,08)	
Metropolitano	6.363 (56,93)	3.310 (42,10)	
Autopercepção de saúde (%)			
Muito boa ou boa	9.709 (86,86)	6.517 (82,88)	< 0,001
Muito ruim ou ruim	1.468 (13,14)	1.346 (17,12)	
DCNT (M/DP)	1,18±1,14	1,05±1,12	< 0,001

Nora: DCNT – doenças crônicas não transmissíveis; M/DP – média ± desvio padrão. Fonte: autoria própria.

Nas tabelas 2 e 3 observa-se que houve relação estatisticamente significativa na distribuição das habilidades e realização tanto das ABVDs quanto das AIVDs e o país dos participantes ($p < 0,001$). Além disso, também houve diferenças quando avaliado se estes idosos recebem ajuda para realizar as ABVDs e AIVDs. O percentual de participantes referindo dificuldade na realização das atividades foi maior nos mexicanos, sendo também maior o percentual dos mexicanos que, mesmo necessitando não recebem ajuda. Apesar do percentual de mexicanos que necessitam e recebem ajuda para as ABVDs ser maior (7%) que o dos brasileiros na mesma situação (6%), o percentual de mexicanos que não recebe é maior (14% dos mexicanos e 8% dos brasileiros).

Tabela 2 | Distribuição da habilidade de realização e ajuda que recebe para atividades básicas de vida diária entre participantes brasileiros e mexicanos.

Habilidades	Brasil n (%)	México n (%)	P
Banho			
Tem dificuldade	708 (6,33%)	673 (8,56%)	< 0,001
Não tem dificuldade	10.469 (93,67%)	7.190 (91,44%)	
Caminhar			
Tem dificuldade	887 (7,94%)	1.171 (14,89%)	< 0,001
Não tem dificuldade	10.290 (92,06%)	6.692 (85,11%)	
Deitar-se ou levantar-se			
Tem dificuldade	918 (8,21%)	946 (12,03%)	< 0,001
Não tem dificuldade	10.259 (91,79%)	6.917 (87,97%)	
Vestir-se			
Tem dificuldade	938 (8,39%)	770 (9,79%)	< 0,001
Não tem dificuldade	10.239 (91,61%)	7.093 (90,21%)	
Tem dificuldade e recebe ajuda			
Sim e recebe	639 (5,72%)	549 (6,98%)	< 0,001
Sim, mas não recebe	899 (8,04%)	1.112 (14,44%)	
Não precisa	9.639 (86,24%)	6.202 (78,88%)	

Fonte: autoria própria.

Tabela 3 | Distribuição da capacidade funcional e ajuda que recebe para atividades instrumentais de vida diária entre participantes brasileiros e mexicanos.

Capacidades	Brasil	México	p
	n (%)	n (%)	
Fazer compras			
Tem dificuldade	1.875 (16,78%)	1.546 (19,66%)	< 0,001
Não tem dificuldade	9.302 (83,22%)	6.317 (80,34%)	
Organizar finanças			
Tem dificuldade	1.286 (11,51%)	481 (6,12%)	< 0,001
Não tem dificuldade	9.891 (88,49%)	7.382 (93,88%)	
Tem dificuldade e recebe ajuda			
Sim e recebe	1.924 (17,21%)	670 (8,52%)	< 0,001
Sim, mas não recebe	331 (2,96%)	599 (7,62%)	
Não precisa	8.922 (79,82%)	6.594 (83,86%)	

Fonte: autoria própria.

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise simples e ajustada para a chance de ter APS muito boa ou boa, comparadas com o grupo que respondeu ter APS ruim ou muito ruim. Na análise simples, os participantes brasileiros tiveram 37% mais chance de ter autopercepção muito boa ou boa quando comparados aos mexicanos ($p < 0,001$). Participantes, em ambos os países, com um ano a mais de idade tinham em média 1% menos chance ($p < 0,001$) e os que tinham uma DCNT a mais tinham 32% menos chance ($p < 0,001$) de ter uma autopercepção muito boa ou boa.

O sexo masculino tinha, na análise simples, 22% mais chance de ter autopercepção boa que o sexo feminino, sendo essa relação também significativa ($p < 0,001$). Quanto ao local de moradia, tanto os participantes residentes no meio rural quanto do meio urbano tiveram menos chances de ter APS muito boa ou boa, em comparação como os residentes em região metropolitana ($p < 0,001$). Apresentar dificuldade de realizar as ABVDs e AIVDs foram também associadas significativamente ($p < 0,001$) com menores chances de APS muito boa e boa na análise simples. Não precisar de ajuda para as ABVDs e AIVDs foram fortes preditores de APS muito boa ou boa, na análise simples ($p < 0,001$). Receber ajuda para foi relacionado com menores chances de ter APS muito boa ou boa sendo significativa para ABVDs ($p = 0,024$), mas não significativa para AIVDs ($p = 0,976$). Maior número de DCNTs foi significativamente relacionado à menor chance de ter APS muito boa ou boa (0,68, $p < 0,001$).

Na análise ajustada por todas as outras variáveis, a razão de chance para a idade passou a ser > 1 (1,01) representando mais chance de ter autopercepção boa de saúde. O resultado indica que, um participante um ano mais velho, no mesmo país, sexo, moradia e número de DCNTs e com o mesmo grau de dificuldade para AVDs e ABVDs, teria 1% mais chance de ter APS boa ou muito boa, sendo essa relação significativa ($p < 0,001$). A idade é um fator associado com autopercepção boa. Já o sexo quando ajustado deixa de ser significativo, referindo que a maior chance de os homens terem APS boa está dependente das outras variáveis. Perderam significância na análise ajustada, ter dificuldade para banhar-se, receber ajuda para ABVDs, não precisar de ajuda para AIVDs e número de DCNTs. Na análise ajustada ocorreu uma diminuição da predição do brasileiro de ter APS muito boa ou boa em comparação com os mexicanos, de 37% (da análise simples) para 27% ($p < 0,001$).

Tabela 4 | Resultados dos modelos simples e ajustados de regressão logística para a predição de autopercepção de saúde muito boa ou boa.

Variáveis	Análise simples		Análise ajustada	
	O.R (I.C. 95%)	p	O. R. (I.C. 95%)	p
País (referência México)				
Brasil	1,37 (1,26 -1,48)	< 0,001	1,27 (1,17-1,40)	< 0,001
Idade (anos)	0,99 (0,98-0,99)	< 0,001	1,01 (1,00-1,02)	< 0,001
Sexo (referência Feminino)				
Masculino/Feminino)	1,22 (1,12-1,32)	< 0,001	1,02 (0,93-1,11)	0,71
Moradia (referência metropolitano)				
Rural	0,72(0,65-0,79)	< 0,001	0,66 (0,59-0,73)	< 0,001
Urbano	0,83 (0,75-0,92)	< 0,001	0,93 (0,00-0,93)	< 0,001
Dificuldade no banho*	0,23 (0,20-0,26)	< 0,001	1,13 (0,94-1,36)	0,182
Dificuldade para caminhar*	0,22 (0,20-0,24)	< 0,001	0,76 (0,64-0,89)	< 0,001
Dificuldade para deitar-se ou levantar-se*	0,20 (0,18-0,22)	< 0,001	0,64 (0,54-0,75)	< 0,001
Dificuldade para vestir-se*	0,21 (0,19-0,23)	< 0,001	0,78 (0,65-0,92)	< 0,005
Ajuda para ABVD (referência não recebe)				
Não precisa	4,28 (3,85-4,75)	< 0,001	1,86 (1,55-2,23)	< 0,001
Recebe	0,84 (0,73-0,98)	0,024	1,19 (0,99-1,43)	0,054
Dificuldade para fazer compras*	0,29 (0,27-0,32)	< 0,001	0,68 (0,58-0,80)	< 0,001
Dificuldade para organizar finanças*	0,35 (0,31-0,39)	< 0,001	0,88 (0,75-1,03)	0,109
Ajuda para AIVD (referência não recebe)				
Não precisa	3,31 (2,85-3,84)	< 0,001	1,21 (0,99-1,47)	0,067
Recebe	0,99 (0,85-1,18)	0,976	0,95 (0,78-1,16)	0,618
DCNT (número)	0,68 (0,66-0,70)	< 0,001	0,71 (0,69-0,74)	< 0,001

Nota: *Referência não tem dificuldade, ABVD – atividades básicas de vida diária, AIVD – atividades instrumentais de vida diária, DCNT – doenças crônicas não transmissíveis. Fonte: Autoria própria.

Discussão

A presente análise comparou a APS entre idosos brasileiros e mexicanos. Houve maior percentual de avaliações da saúde muito boa e boa no Brasil e maiores percentuais de avaliações da saúde como ruim e muito ruim no México. Os resultados deste artigo apresentam outras diferenças entre as populações brasileira e mexicana referentes à caracterização da amostra quanto ao sexo, moradia, comorbidades, APS, dificuldade e ajuda para AVDs. A maior diferença observada na distribuição dos participantes entre os dois países foi no local da moradia. O Brasil apresenta maior percentual de população metropolitana e o México apresenta maior percentual de população rural.

Na comparação entre os países Brasil e México, observou-se na análise simples que os brasileiros têm 37% mais chance de ter autopercepção boa quando comparados aos mexicanos e que a análise ajustada provocou uma redução de 10% nessa predição. Analisando individualmente o efeito das diferentes covariáveis avaliadas, o grau de dificuldade para caminhar, deitar e levantar-se, foram os dois fatores que mais afetaram a associação entre país e autopercepção boa. A dificuldade para caminhar reduziu a predição para 19,9% e o segundo para 27,2%. Os outros fatores mantiveram acima de 30% a diferença entre os países na predição de APS boa ou muito boa. Estes dados demonstram que a dependência funcional influencia a APS, corroborando com o estudo de Bierhals, Meller e Assunção (2016), o qual evidenciou que idosos que consideravam sua saúde regular, ruim ou muito ruim apresentaram em torno de 2,3 vezes mais chances de estar em uma categoria de maior dependência quando comparado com aqueles que consideravam sua saúde muito boa ou boa, tendo sido similar entre os sexos. A presente análise demonstra que diferenças na AVD pode ter impacto na APS de uma população.

Observando os fatores que influenciaram a predição da idade sobre a da APS muito boa ou boa, na análise ajustada, a dificuldade de vestir-se, banhar-se, caminhar, deitar e levantar, fazer compras e gerir as finanças, tornaram a variável não significativa. Esse resultado evidencia que a capacidade funcional dos idosos influencia na APS. Idosos que mantêm uma boa capacidade funcional vão ter uma melhor APS. Além disso, a capacidade de fazer compras tornou a variável idade como fator positivo para predição da APS boa, enfatizando a relação da autonomia com a APS. Alguns fatores, durante o envelhecimento, estão relacionados com a incapacidade funcional, como observado por Castro et al, (2016) que associou a idade avançada (80 anos ou mais), a viuvez, o histórico de acidente vascular encefálico, hospitalizações, declínio cognitivo e sedentarismo aos idosos dependentes. A idade acima de 80 anos também vem sendo relacionada com a dependência funcional, como observado por Bierhals, Meller e Assunção (2016) em seu estudo, no qual homens com 80 anos ou mais apresentaram 5,0 vezes mais chance de estar em uma categoria de maior dependência quando comparado àqueles de 60 a 69 anos, e as mulheres, a chance aumentou para 7,1.

Quanto à associação entre sexo e APS observa-se que na análise simples os homens têm mais chance de ter APS boa quando comparados às mulheres, porém o número de DCNTs foi o fator que mais influenciou nesta relação, tornando-a não significativa. Na interpretação homens e mulheres com o mesmo número de DCNTs terão níveis semelhantes de APS.

Além disso, precisar ajuda para AIVDs também foi um fator que diminui esta relação. A viuvez, a maior expectativa de vida, associadas a maior prevalência de doenças crônicas apresentadas pelas mulheres são fatores que contribuem para as condições incapacitantes entre as idosas (CAMPOS et al., 2016) e conseqüentemente interferem na APS. O gerenciamento das DCNTs, associado com medidas de promoção à saúde e prevenção de agravos, deve ser realizado pelos profissionais de saúde com o objetivo manter a capacidade funcional da população idosa (CAMPOS et al., 2016). Além disso, é de suma importância que os profissionais da saúde, principalmente na atenção primária, intervenham em fatores que possam interferir na capacidade funcional dos idosos (BARBOSA et al., 2014), visto que esta possui relação com a APS e conseqüentemente com a qualidade de vida desta população.

Participantes do meio rural e urbano apresentaram menores chances de apresentar APS muito boa ou boa. Esse resultado é semelhante ao observado por de Macedo e colaboradores (2018) que observaram pior autopercepção de saúde entre idosos do meio rural, sendo esse fator independente das características sociodemográficas, econômicas, clínicas e de acesso à saúde dos avaliados.

Referente à funcionalidade, observa-se que a capacidade de tomar banho deixa de ser significativo na predição da APS muito boa ou boa quando ajustada pela capacidade de caminhar, deitar e levantar, receber ajuda para AIVDs e número de comorbidades. A capacidade de gerir finanças deixa de ser significativa quando ajustada para o fato de receber ajuda para AIVDs e ABVDs. Ainda, a associação entre receber ou não ajuda para ABVDs e APS muito boa ou boa deixa de ser significativa quando ajustadas para capacidade de gerir finanças, compras e ajuda para AIVDs.

Os dados desse estudo reforçam a importância da elaboração de estratégias simples, de fácil compreensão e baixo custo financeiro, de maneira a favorecer a eficácia em diagnósticos, sobretudo em pesquisas populacionais, para que se possa intervir de forma adequada no direcionamento de políticas públicas de saúde, contribuindo na prevenção de fatores que influenciam na qualidade de vida destas populações.

Conclusão

O presente estudo evidenciou que a população idosa brasileira tem maior chance para APS boa quando comparada a população idosa mexicana. As diferenças na capacidade funcional para ABVDs foram os fatores que mais influenciaram essa diferença. A manutenção da capacidade funcional foi um fator mais importante do que a idade dos participantes. Além disso, cabe enfatizar que a capacidade funcional, a partir da independência e da autonomia, influencia na APS, independentemente da idade. Portanto, salienta-se a importância da discussão de políticas públicas que tenham como objetivo a manutenção da capacidade funcional dos idosos para as AVDs, visto que estas interferem na APS desta população e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

Referências

BANCO MUNDIAL. *Expectativa de vida 1960-2016*.

Disponível

em: <https://www.google.com/publicdata/explore?ds=d5bncp pjof8f9 _met_y=sp_dyn_le00_in&idim=country: BRA: USA: MEX&hl=pt&dl=pt> Acesso em: 05 set. 2018.

BARBOSA, Bruno Rossi et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Minas Gerais, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014.

BIERHALS, Isabel Oliveira; MELLER, Fernanda Oliveira; ASSUNÇÃO, Marília Cecília Formoso. Dependência para a realização de atividades relacionadas à alimentação em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Pelotas, v. 21, n. 4, abr. 2016.

CAMPOS, Ana Cristina Viana et al. Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 545-559, 2016.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de. Fisiologia do envelhecimento. IN: PAPALÉO NETTO, Matheus. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 60-70.

CASTRO, Dayana Clênia et al. Incapacidade Funcional para Atividades Básicas de Vida Diária de Idosos: Estudo Populacional. *Ciência Cuidado e Saúde*, Goiânia v. 15, n. 1, p. 109-117, jan/mar. 2016.

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFÍA - CELADE. *Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*, Revisión 2013. Disponível em: <https://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_bd.htm> Acesso em: 5 set. 2018.

DE MACEDO Eleia, ULRICH Vivian, BÓS Antônio Miguel Gonçalves, BÓS Ângelo José Gonçalves. Fatores relacionados à autopercepção do estado de saúde em idosos residentes no meio rural do Brasil. *Scientia Medica*, v. 28, n. 3, p. 6, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções da população*. Estudos e Análises. Informação Demográfica e Socioeconômica nº 3, Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

IZQUIERDO, Mikel; CADORE, Eduardo Lusa. Muscle power training in the institutionalized frail: a new approach to counteracting functional declines and very late-life disability. *Current Medical Research and Opinion*, v. 30, n. 7, p. 1385-1390, 2014.

MLINAC, Michelle; FENG, Michelle. Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, v. 31, n. 6, p. 506-516, set. 2016.

PAGOTTO, Valéria; BACHION, Maria Márcia; SILVEIRA, Erika Aparecida. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 33, n. 4, p. 302-310, 2013.

WALLACE, Steven; GUTIÉRREZ, Verónica. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 17, n. 5/6, p. 394-409, 2005.

Reimpressões e permissões

Informações sobre reimpressões e permissões estão disponíveis no site da RBCEH.

Informações da revisão por pares

A RBCEH agradece ao(s) revisor(es) anônimo(s) por sua contribuição na revisão por pares deste trabalho. Relatórios de revisores por pares estão disponíveis no site da RBCEH.

Resumo do relatório

Mais informações sobre o desenho da pesquisa estão disponíveis no site da RBCEH, vinculado a este artigo.

Conflitos de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Correspondência

A correspondência e os pedidos de materiais devem ser endereçados a A.P.P. I anapillatt@hotmail.com

Vínculo institucional

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil.