



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

Instituto Multidisciplinar em Saúde

Campus Anísio Teixeira



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**JANNE JÉSSICA SOUZA ALVES**

**INCAPACIDADE FUNCIONAL DA POPULAÇÃO IDOSA DO  
MUNICÍPIO GUANAMBI, BAHIA, BRASIL**

Vitória da Conquista- Bahia

2023



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

Instituto Multidisciplinar em Saúde  
Campus Anísio Teixeira



**Janne Jéssica Souza Alves**

**Incapacidade funcional da população idosa do município de Guanambi, Bahia,  
Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, com requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Saúde das populações e seus determinantes

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Danielle Souto de Medeiros

Vitória da Conquista- Bahia  
2023

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – SIBI/UFBA

A474

Alves, Janne Jéssica Souza.

Incapacidade funcional da população idosa do município de Guanambi, Bahia, Brasil/ Janne Jéssica Souza Alves. -- Vitória da Conquista, BA: UFBA, 2023.

144 f. ; il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danielle Souto de Medeiros.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2023.

I. Saúde Pública. 2. Envelhecimento. 3. Idoso Fragilizado.

I. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde.  
II. Medeiros, Danielle Souto de. III. Título.

CDU:614-053.9(813.8)(043.3)

**Janne Jéssica Souza Alves**

**“Incapacidade funcional da população idosa do município Guanambi,  
Bahia, Brasil”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Epidemiologia. Linha Pesquisa: Saúde das Populações e Seus Determinantes.

Aprovada em 18/12/2023

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof.ª Dr.ª Danielle Souto de Medeiros (Orientadora)  
Universidade Federal da Bahia – UFBA



---

Prof. Dr. Claudio Lima Souza (Examinador Interno)  
Universidade Federal da Bahia – UFBA



Documento assinado digitalmente

CINOELIA LEAL DE SOUZA

Data: 18/12/2023 12:46:32-0108

Verifique em: <https://wafar.ufba.br>

---

Prof.ª Dr.ª Cinoelia Leal de Souza (Examinadora Externa)  
Centro Universitário UNIFG

## APRESENTAÇÃO

Sou fisioterapeuta desde 2019 e, durante a graduação, participei de grupo de pesquisa com foco na saúde coletiva e epidemiologia, desenvolvendo vários trabalhos com ênfase na melhoria da saúde na minha cidade, Guanambi-BA. Realizei também estágio no Núcleo de Apoio Saúde da Família, o qual me inseriu ainda cedo no atendimento domiciliar. Desde 2020, sou docente e preceptora de estágio em fisioterapia comunitária pelo Centro Universitário de Guanambi (UNIFG-BA), onde me graduei. A escolha do tema dessa dissertação se deu pela minha proximidade com o público idoso, pois a supervisão de estágio para os alunos é realizada no domicílio do paciente idoso, adscrito a uma das Unidades Básicas de Saúde do município de Guanambi-BA.

A partir da minha inserção no atendimento domiciliar, pude perceber as inúmeras dificuldades que os idosos têm no dia-a-dia para desenvolver as suas tarefas cotidianas, fazendo-se necessário uma atenção especial a eles, a fim de proporcionar maior qualidade de envelhecimento.

Esse volume de dissertação, trata-se de um estudo de base populacional, desenvolvido em Guanambi, na Bahia, e buscou avaliar a incapacidade funcional e os fatores associados em idosos de 60 anos e mais, sendo parte do projeto 60+Vida, e inspirado no ELSI-Brasil. No primeiro momento o volume traz na revisão de literatura a epidemiologia do envelhecimento no Brasil e no mundo, e o histórico das políticas de saúde dos idosos a níveis global, federal, estadual e municipal. Em seguida, traz os conceitos da incapacidade funcional e como ela pode ser mensurada, segundo a literatura. No segundo momento, o volume traz os resultados da pesquisa de maneira clara e sucinta, finalizando com a discussão dos achados, considerações finais e perspectivas futuras.

Dedico a todos os idosos do município de Guanambi-BA.

*(In memoriam)* Valdivo Ribeiro de Souza.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Aos meus pais Salvador e Cleudete, companheiro Gustavo e irmãs Layse e Nathália, e avós Terezinha e Valdivo (*in memoriam*) que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto me dedicava à realização deste trabalho.

Aos amigos que sempre estive ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período em que me dediquei a este trabalho.

Aos professores, pelas correções e ensinamentos que me permitiram avançar na formação profissional e pessoal ao longo do curso. Em especial à minha orientadora Danielle Souto de Medeiros.

A todos que participaram, direta ou indiretamente para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus colegas de turma, por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo ao longo deste percurso.

A todos os pesquisadores de campo do Projeto 60+Vida, pela dedicação e empenho na coleta dos dados.

Às instituições de ensino UFBA e UNIFG-BA, que tiveram papel importante na minha formação profissional, e por tudo o que aprendi ao longo dos anos de curso.

À Prefeitura Municipal de Guanambi e aos Agentes Comunitários de Saúde, por abrirem caminho para o desenvolvimento desta pesquisa.

“Não quero adultos nem chatos.  
Quero-os metade infância e outra metade velhice!  
Crianças, para que não esqueçam o valor do vento no rosto;  
e velhos, para que nunca tenham pressa”.

**(Oscar Wilde)**

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1- Localização geográfica da mesorregião Centro-Sul e do município de Guanambi, Bahia, 2023.....	31
Figura 2- Modelo conceitual para avaliação da incapacidade funcional.....	38
Tabela 1- Distribuição de idosos por USF de Guanambi-BA, 2023.....	32
Tabela 2- Concordância observada e índice Kappa de variáveis categóricas presentes no questionário. Projeto 60+Vida, Bahia, 2023.....	41
Tabela 3- Características da população estudada (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.....	43
Tabela 4- Descrição das atividades básicas de vida diária entre idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.....	46
Tabela 5- Descrição das atividades instrumentais de vida diária entre idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.....	47
Tabela 6- Descrição da incapacidade na mobilidade e incapacidade funcional geral entre idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.....	48
Tabela 7- Análise bivariada para a prevalência de incapacidade nas ABVD, AIVD e na mobilidade entre os idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.....	51
Tabela 8- Análise bivariada para a prevalência de incapacidade funcional entre os idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.....	55
Tabela 9- Análise multivariada para a prevalência de incapacidade funcional nas ABVD, AIVD e Mobilidade entre os idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.....	59
Tabela 10- Análise multivariada para a prevalência de incapacidade funcional entre os idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.....	61
Tabela 11- Descrição da dinapenia manual segundo o sexo entre idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.....	62

## LISTA DE ABREVIATURAS

AAVD- Atividade Avançadas de Vida Diária

ABVD - Atividade Básica de Vida Diária

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADM - Amplitude de Movimento

AIVD - Atividade Instrumental de Vida Diária

ATSI - Área Técnica da Saúde do Idoso

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

BA – Bahia

BNH - Banco Nacional de Habitantes

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

CNDI - Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos

CREASI- Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso

DCNT Doença Crônica Não Transmissível

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ELSI- Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso

ESF - Estratégia Saúde da Família

EWGSOP - Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas

FPM - Força de Preensão Palmar

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC95% - Intervalo de Confiança 95%

IPAQ - *International Physical Activity Questionnaire*

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

MMII - Membros Inferiores

MMSS - Membros Superiores

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PNI - Política Nacional dos Idosos

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PNDA - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PROSI - Programa Estadual de Atenção à Saúde do Idoso

RP - Razão de Prevalência

SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

SB - Saúde Bucal

SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS- Sistema Único de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

TCLE - Termo de Consentimento Livre e esclarecido

**RESUMO:** O envelhecimento populacional ganhou notoriedade crescente frente à sua dissipação para as diferentes regiões do planeta. Em ritmo acelerado, avançou também em países de menor desenvolvimento econômico e tem sido considerado neste século um dos fenômenos mais desafiadores pelas suas múltiplas consequências. Para a população idosa, as repercussões são notórias, particularmente no que diz respeito à sua capacidade funcional, uma vez que, com o avançar da idade, as incapacidades tendem a ser progressivamente maiores. O objetivo do presente estudo foi avaliar a incapacidade funcional e fatores associados na população idosa do município de Guanambi, Bahia, Brasil. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, com abordagem domiciliar. A amostra foi composta por 449 idosos com 60 anos e mais. Este estudo avaliou a incapacidade funcional através das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), mensurada pela escala de Katz, das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), mensurada pela escala de Lawton, e da mobilidade, avaliada pela dificuldade ou incapacidade de andar por 100 metros. Os dados foram analisados através de frequências simples e relativas para todas as variáveis estudadas. Análise bivariada foi feita para avaliar associações entre as variáveis explicativas e o desfecho, comparando pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher. A Razão de Prevalência (RP) e seu intervalo de confiança 95% (IC95%) foram utilizados para estimar a associação com as variáveis explicativas, por meio da regressão de Poisson com variância robusta. Análise multivariada foi realizada, mantendo no modelo final as variáveis com nível de significância menor que 0,05. A prevalência de incapacidade funcional nas ABVD foi de 21,3%, nas AIVD foi de 66,5%, e na mobilidade de 48,2%. 73,9% apresentaram incapacidade funcional em algum dos três domínios avaliados. Após análise multivariada, os fatores positivamente associados à maior prevalência de incapacidade funcional foram: morar na zona urbana (RP=1,40; IC95% 1,20-1,64), idade entre 70 e 79 anos (RP=1,21; IC95% 1,06-1,40) ou 80 anos e mais (RP=1,33; IC95% 1,17-1,52), não ter trabalhado nos últimos 30 dias

(RP=1,61; IC95% 1,16-2,25), saúde física ruim nos últimos 30 dias (RP=1,16; IC95% 1,05-2,29), autoavaliação da visão ruim ou muito ruim (RP=1,20; IC95% 1,08-1,33), relato de dor que incomoda frequentemente (RP=1,23; IC95% 1,11-1,35), presença de dinapenia manual (RP=1,14; IC95% 1,04-1,26) e ter tido consulta médica nos últimos 12 meses (RP=1,25; IC95% 1,04-1,50). A incapacidade funcional é um fator importante que pode conferir pior qualidade de vida aos idosos sendo uma condição relevante e prejudicial para o envelhecer ativo e saudável. Esses resultados podem contribuir para o conhecimento da funcionalidade dos idosos, oferecendo subsídios para gestores, pesquisadores e profissionais de saúde, com vistas ao direcionamento de políticas e ações integradas, transversais e intersetoriais em prol do envelhecimento saudável.

**Palavras-chave:** Atividade do dia-a-dia; Envelhecimento; Saúde Pública.

**ABSTRACT:** Population aging has gained increasing notoriety due to its dissipation across different regions of the planet. At an accelerated pace, it also advanced in countries with less economic development, and it is considered one of the most challenging phenomena in this century due to its multiple consequences. For the elderly population, the repercussions are notable, particularly with regard to their functional capacity, since, with advancing age, disabilities tend to be progressively greater. The objective of the present study is to evaluate functional disability and associated factors in the elderly population of the city of Guanambi, Bahia, Brazil. This is a cross-sectional, population-based study with a household approach. The sample consisted of 449 elderly people aged 60 and over. This study assessed functional disability through Basic Activities of Daily Living (BADL), measured by the Katz scale, Instrumental Activities of Daily Living (IADL), measured by the Lawton scale, and mobility, assessed by the difficulty or inability to walk 100 meters. For data analysis, simple and relative frequencies were calculated for all variables studied. Bivariate analysis was performed to evaluate associations between the explanatory variables and the outcome, comparing using the chi-square or Fisher's exact test. The Prevalence Ratio (PR) and its 95% confidence interval (95%CI) were used to estimate the association with the explanatory variables, using Poisson regression with robust variance. Multivariate analysis was performed, keeping variables with a significance level lower than 0.05 in the final model. The prevalence of functional disability in BADL was 21.3%, in IADL it was 66.5%, and in mobility it was 48.2% of the total number of elderly people interviewed. Around 73.9% had functional disability in one of the three domains assessed (BADL, IADL or mobility). After multivariate analysis, the factors positively associated with a higher prevalence of functional disability were: living in an urban area (PR=1.40;95%CI 1.20-1.64), age between 70 and 79 years old (PR=1.21 ; 95%CI 1.06-1.40) or 80 years and over (PR=1.33; 95%CI 1.17-1.52), not having worked in the last 30 days (PR=1.61; 95%CI 1.16-2.25), having had poor physical health in

the last 30 days (PR=1.16; 95%CI 1.05-2.29), self-rated vision as bad or very bad (PR=1.20; 95%CI 1.08-1.33), report of frequently annoying pain (PR=1.23; 95%CI 1.11-1.35), presence of manual dynapenia (PR=1.14; 95%CI 1 .04-1.26) and having had a medical consultation in the last 12 months (PR=1.25; 95%CI 1.04-1.50). Functional incapacity is an important factor that can give elderly people a worse quality of life, being a relevant and harmful condition for active and healthy aging. These results can contribute to the knowledge of the functionality of the elderly, offering subsidies for managers, researchers and health professionals, with a view to directing integrated, transversal and intersectoral policies and actions in favor of healthy aging.

**Keywords:** Activities of Daily Living; Aging; Public Health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	6
2.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE AOS IDOSOS NO BRASIL .....	6
2.2 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO .....	8
2.3 INCAPACIDADE FUNCIONAL .....	9
<b>2.3.1 Incapacidade funcional nas ABVD</b> .....	11
<b>2.3.2 Incapacidade funcional nas AIVD</b> .....	12
<b>2.3.3 Incapacidade funcional de mobilidade</b> .....	12
2.4 DINAPENIA MANUAL .....	13
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	15
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	17
4.1 OBJETIVO GERAL .....	17
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>5 MÉTODOS</b> .....	18
5.1 DESENHO DE ESTUDO .....	18
5.2 LOCAL DO ESTUDO .....	18
5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	20
5.4 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS .....	21
5.5 COLETA DE DADOS .....	23
<b>5.5.1 Sensibilização</b> .....	23
<b>5.5.2 Treinamento</b> .....	24
<b>5.5.3 Estudo piloto</b> .....	24
<b>5.5.4 Campo principal</b> .....	24
5.6 VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES .....	25
5.7 ANÁLISE DOS DADOS .....	28
<b>6 RESULTADOS</b> .....	30
6.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	30
6.2 INCAPACIDADE FUNCIONAL .....	35
6.3 FATORES ASSOCIADOS À INCAPACIDADE FUNCIONAL .....	37
<b>6.3.1 Análise bivariada da incapacidade segundo a dimensão</b> .....	37
<b>6.3.2 Análise bivariada da incapacidade funcional</b> .....	43

<b>6.3.3 Análise multivariada da incapacidade segundo a dimensão</b> .....	46
<b>6.3.4 Análise multivariada da incapacidade funcional</b> .....	49
<b>6.4 DINAPENIA MANUAL SEGUNDO O SEXO</b> .....	51
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	52
7.1 INCAPACIDADE FUNCIONAL .....	52
7.2 DINAPENIA SEGUNDO O SEXO .....	60
7.3 LIMITAÇÕES .....	60
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	62
<b>9 PERSPECTIVAS FUTURAS</b> .....	63
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	64
APÊNDICE A .....	71
APÊNDICE B.....	109
APÊNDICE C.....	112

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, que no século passado ganhou notoriedade crescente frente ao seu espraiamento para as diferentes regiões do planeta e ao ritmo acelerado com que avançou também em países de menor desenvolvimento econômico, passa a constituir neste século um dos fenômenos mais desafiadores pelas suas múltiplas consequências (United Nations, 2019).

Como resultado do declive acentuado da fecundidade e das taxas de mortalidade, o envelhecimento populacional estabelece uma importante aquisição da humanidade, mas o novo cenário demográfico e epidemiológico delineado passa a requisitar novos olhares, perspectivas, políticas, tecnologias e modelos de atenção que viabilizem um envelhecimento saudável (Pinheiro, 2021).

Para confrontar esse problema, numerosas ações foram sendo desenvolvidas como a realização das Assembleias Mundiais sobre Envelhecimento, pela ONU, e os lançamentos do Plano de Envelhecimento Ativo e do Guia Global: Cidade Amiga do Idoso, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002). No Brasil, com o acompanhamento da inclinação dos movimentos internacionais, a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde do Idoso foram firmadas nos anos 90, com a promessa de promoção de envelhecimento ativo e saudável. Essa ação é corroborada pela promulgação do Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), Decreto nº 8.114/13, de 30 de setembro de 2013, e recentemente pela a portaria no.561, de 4 de setembro de 2023, que trata sobre o Programa Envelhecer nos Territórios.

O envelhecimento populacional é uma realidade para o Brasil, assim como para os demais países em desenvolvimento (Vanzella et al., 2018). Caracteriza-se por déficits físicos, cognitivos e comportamentais que resultam de um conjunto de alterações biológicas (Machado e Guim, 2017) e consequente aumento da prevalência da incapacidade funcional (Damaceno e Chirelli, 2019).

Algumas das consequências decorrentes da incapacidade funcional incluem a limitação da autonomia do idoso na realização das atividades cotidianas, redução da qualidade de vida e aumento do risco de dependência. Esses fatores potencializam o isolamento social, a necessidade da assistência de cuidadores ou de terceiros para execução das atividades cotidianas, de institucionalização, e até mesmo de morte prematura (Ferraresi et al. 2015).

Com o envelhecimento, todos os sistemas do organismo apresentam uma redução da sua funcionalidade, devido a prejuízos no equilíbrio postural, à redução da força muscular, às

alterações biomecânicas na marcha, podendo causar maior instabilidade e risco de queda. A manutenção desses fatores é importante para que o idoso tenha autonomia e segurança em sua mobilidade funcional (Vulduga et al, 2016).

Em estudos epidemiológicos, a capacidade funcional tem sido mensurada pela dificuldade ou impossibilidade de realizar atividades de vida diária pelos indicadores as ABVD (Atividades Básicas de Vida Diária), e as AIVD (Atividades Instrumentais de Vida Diária) (Pinto et al. 2016). Outros estudo usam a dificuldade na mobilidade para mensurar a incapacidade funcional (Bomfim, 2022). A redução da funcionalidade no idoso pode ser favorecida por alterações musculoesqueléticas e neurológica, como: sarcopenia, dinapenia na preensão palmar, redução na velocidade da marcha e déficit de equilíbrio, acarretando maior dependência nas Atividades de Vida Diárias (AVD) (Oliveira et al., 2021).

Além de causas biológicas, a perda da capacidade funcional no idoso é determinada por aspectos socioeconômicos e demográficos, impactando assim de maneira maior em países com maiores taxas de desigualdade social (Nascimento et al. 2022). Características como idade, sexo, zona de moradia, situação conjugal, nível econômico, autoavaliação da saúde física, mental e visão, episódios de quedas, arranjo familiar, morbidades, dinapenia manual, prática de atividade física, consumo de álcool e tabagismo tem sido importante fatores considerados nestas avaliações. (Machado et al. 2020).

Assim, o conhecimento sobre a capacidade funcional da população idosa de Guanambi, BA, e a identificação de grupos mais vulneráveis, ou com demandas específicas, pode auxiliar na organização de políticas públicas de saúde e melhor alocação de recursos. Diante das preocupações do processo de envelhecimento, faz-se necessário o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, não apenas na terceira idade, mas ao longo de todo o trajeto da vida, pois essas ações apresentam-se como uma potente via para a manutenção e preservação da capacidade funcional.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE AOS IDOSOS NO BRASIL

Populações mais envelhecidas apresentam maior carga de doenças crônicas e incapacidades o que implica em aumento da demanda por atenção à saúde. No Brasil, existem algumas políticas de saúde voltadas para os idosos.

Para suprir essa demanda, marcos legais e normativos foram criados a fim de orientar as ações setoriais e intersetoriais no campo do envelhecimento e saúde da pessoa idosa: Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Brasil, 1988) que garantiu o direito universal e integral à saúde e garantiu a introdução de políticas subsequentes; a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) de 1993; Política Nacional do idoso de 1994 (Brasil, 1994); Estatuto do Idoso de 2003 (Brasil, 2003); a Política Nacional da Saúde do Idoso, regulamentada pela Portaria nº 1.395/1999 do Ministério da Saúde; e Plano de Enfrentamento da violência contra pessoa idosa desenvolvido em 2005 (Minayo e Almeida, 2016) e a portaria nº561, de 4 de setembro de 2023, sobre o Programa Envelhecer nos Território.

A promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), no 8.742/1993 regulamentou e estabeleceu normas e critérios para organização da assistência social, que é um direito, e este exigiu a definição de leis, normas e critérios objetivos segundo direito adquirido pela constituição de 1988 (Brasil, 1993). Dentre as contribuições da LOAS, destaca-se a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em 2005 (Lotta, 2019).

Em 1994, a Política Nacional dos Idosos (PNI) foi promulgada, assegurando os direitos dos idosos e, dentre eles, o direito ao acesso à saúde. A PNI tem como objetivo a promoção de condições adequadas para a vivência da longevidade (Brasil, 1994).

Alguns anos depois, foi aprovado no Brasil o Estatuto do Idoso (Lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003), elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso ampliou a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, ainda que não tenha dado clareza quanto aos meios para financiar as ações propostas (Brasil, 2003).

A Política Nacional do Idoso veio estabelecer maneiras de integração e participação social pelos idosos e o estatuto diferencia-se por instituir punições mais severas crimes

cometidos contra a terceira idade, como o abandono e o desrespeito à dignidade (Brasil, 1994).

Para reafirmar a necessidade de enfrentamento dos desafios impostos por um processo de envelhecimento caracterizado por doenças e/ou condições crônicas não-transmissíveis foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Recentemente fora atualizada, considerando o Pacto pela Saúde e suas Diretrizes Operacionais para consolidação do SUS. A PNSPI tem como objetivo a prevenção e controle, de incapacidades, decorrentes das DCNT, que podem ser evitadas ou minimizadas (Brasil, 2006).

O Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa é o resultado do esforço conjunto do governo federal, Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI) e dos movimentos sociais. Pretende estabelecer as estratégias sistêmicas de ação, tendo em vista o resultado do planejamento, organização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação de todas as etapas da execução das ações de prevenção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa (Brasil, 2010).

O plano reforça os objetivos de implementar a Política de Promoção e Defesa dos Direitos aos segmentos da população idosa do Brasil, dentro de um enfoque do respeito, tolerância e convivência intergeracional. Busca, assim, instituir e efetivar, em todos os níveis, mecanismos e instrumentos institucionais que viabilizem o entendimento, o conhecimento e o cumprimento de política de garantia dos direitos (Brasil, 2010).

O Decreto nº 8.114/13, de 30 de setembro de 2013 estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação, e por compromissos formalizados com o envelhecimento ativo (Brasil, 2013) pelo governo brasileiro. E em 4 de setembro de 2023, foi criada, pelo Ministério de Estado dos Direitos Humanos e da Cidadania, a mais recente portaria nº 561, que instituiu o Programa Envelhecer nos Territórios para promover o direito de envelhecer a todas as pessoas e garantir os direitos humanos das pessoas idosas no Brasil.

Além das orientações na esfera Federal, cada Estado brasileiro também tem políticas específicas. Na Bahia foi criado no ano de 1994 o Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso - CREASI, resultado das propostas do Programa Estadual de Atenção à Saúde do Idoso – PROSI, atualmente identificado como Área Técnica da Saúde do Idoso – ATSI. Tem o objetivo de oferecer à comunidade um serviço especializado na saúde do idoso frágil e

a interlocução com outras instituições a fim de fortalecer o debate sobre as ações setoriais, formando profissionais para atuação em equipes interdisciplinares (Silva, 2016)

Em 2007 ocorreu a elaboração de uma Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa que está em processo de implementação e mobilizou a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) junto à sociedade civil, ao Conselho Estadual do Idoso, ao Ministério Público, às universidades, dentre outros, para concretizar a sua formulação (Silva, 2016).

Em nível municipal, ações voltadas aos idosos também tem sido desenvolvida. O município de Guanambi, localizado no centro-sul baiano, tem uma população de 13.889 idosos (e-SUS, 2021) e dispõe do Conselho Municipal do Idoso Portador de Deficiência, do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso, e da Associação Benemérita de Caridade “Lar dos Velinhos” - instituição privada sem fins lucrativos que, em 2020, atendia, aproximadamente, 49 (quarenta e nove) idosos institucionalizados, em sua maioria com comorbidades e dependência para as atividades diárias (Guanambi, 2020).

O Conselho Municipal dos Direitos do Idoso de Guanambi tem como objetivos monitorar e encaminhar os casos de violações de direitos dos idosos; apoiar campanhas de proteção à vida e à saúde de idosos - acompanhar, sugerir e apoiar ações voltadas para as situações de emergência envolvendo violência ou outras violações de direitos de idosos em articulação como Sistema de Garantia de Direitos, órgãos de segurança pública, poder judiciário, Ministério Público e defensoria pública e dentre outros (Guanambi, 2020).

## 2.2 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional vem acontecendo mundialmente em razão da redução da mortalidade e da fecundidade e do prolongamento da esperança de vida ao nascer. Esse processo, que anteriormente atingia mais a população de países desenvolvidos, tem sido observado também nos países em desenvolvimento (OMS, 2015).

Em 2019, o *Department of Economic and Social Affairs* (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais), das Nações Unidas, registrou 1 bilhão de pessoas com 60 anos ou mais. Estima-se que esse número atinja 1,4 bilhão em 2030 e 2,1 bilhões em 2050. Em 2019, aproximadamente 9% das pessoas tinham 65 anos ou mais. A proporção de idosos no mundo está projetada para atingir quase 12% em 2030, 16% em 2050 e pode chegar a quase 23% em 2100. Europa e América do Norte tinham a população mais envelhecida em 2019, com 18% com 65 anos ou mais, seguidas por Austrália/Nova Zelândia (16%); ambas as regiões

continuam a envelhecer mais. As projeções indicam que, até 2050, uma em cada quatro pessoas na Europa e na América do Norte poderá ter 65 anos ou mais (UNITED NATIONS, 2019).

O Brasil segue um padrão semelhante de envelhecimento populacional. Segundo as estimativas populacionais realizadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, há expectativa de 156,4 milhões de pessoas em 2100 no país, e a proporção de idosos, que em 2010 era de 7,3%, pode chegar a 40,3% (IPEA, 2021).

O crescimento exponencial da população brasileira de 60 anos ou mais de idade acarreta uma série de consequências no âmbito social, cultural, econômico, político, demográfico e biológico para as quais o país não está ainda devidamente preparado (Braga et al., 2016). O aumento da longevidade acarreta maior uso dos serviços de saúde, gerando mais custos, ameaçando a sustentabilidade do sistema e gerando novas demandas para a saúde (Brasil, 2013).

Envelhecer não significa necessariamente adoecer. A menos que exista doença associada, o envelhecimento está relacionado a um nível satisfatório de saúde. Além disso, os avanços no campo da saúde e da tecnologia permitiram, uma melhor qualidade de vida, para a população com acesso a serviços públicos ou privados adequados (Miranda et al., 2016). Entretanto, envelhecer ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional (Veras, 2016).

O processo de envelhecer, juntamente com os declínios biológicos da senescência, submete o idoso a uma vulnerabilidade de natureza biológica, que pode influenciar negativamente no contexto socioeconômico e psicossocial, acelerando ou retardando esse processo (Paiva et al., 2020).

### 2.3 INCAPACIDADE FUNCIONAL

O declínio fisiológico progressivo causado pelo envelhecimento afeta os principais sistemas e órgãos dos sentidos (Fialho et al, 2014), levando, por exemplo, à perda de massa corporal, à redução da Amplitude de Movimento (ADM), à perda da audição, colaborando com a incapacidade funcional, com o afastamento social e motivando diretamente a redução da qualidade de vida (Lustosa et al, 2016). A incapacidade funcional caracteriza-se pela dificuldade ou necessidade de ajuda apresentada pelo indivíduo para executar tarefas do dia a dia (IBGE, 2016).

A população idosa pode apresentar problemas na execução de tarefas que dependem da integridade do sistema nervoso central e periférico, prejudicando assim a funcionalidade (Hudson et al., 2021). A capacidade funcional é composta por um conjunto de elementos: força, equilíbrio, marcha e coordenação (Ferreira et al, 2014). As alterações do sistema fisiológico interferem na manutenção do equilíbrio corporal (Porto et al, 2019), influenciando em baixa aptidão funcional, provocando incidência maior de quedas e dependência nas AVD (Pereira et al., 2020). O comprometimento funcional do idoso retrata um significativo fator para a piora de doenças clínicas e cognitivas, dilata o risco de hospitalização, institucionalização e óbito (Ferreira et al, 2019).

Estudo aponta que idosos que apresentam uma boa escolaridade estão menos propensos a fatores de risco à saúde e apresentam um estilo de vida mais saudável, o que impacta na melhora da qualidade de vida, influenciando positivamente na capacidade funcional (Sousa; Gonçalves; Gamba, 2018).

Fatores de risco como sedentarismo e sobrepeso podem comprometer a capacidade funcional, levando a complicações simples (ter dificuldades para fazer as suas próprias refeições) ou mais complexas (alterações cardiometabólicas) (Almeida et al., 2020).

Estudo de Matos et al. (2018) apontou outros fatores que podem levar à redução da capacidade funcional em idosos: não ter companheiro, sintomas de depressão, renda baixa, diabetes, uso contínuo de medicamentos e baixo nível de atividade física.

Estratégias de detecção precoce e prevenção de problemas São indispensáveis para promover uma vida saudável e independente utilizando ferramentas clínicas simples, de baixo custo, fácil aplicação e não invasivas para avaliação da mobilidade (Saraiva et al, 2017).

O Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas (EWGSOP) recomenda o uso de uma variedade de ferramentas na avaliação de idosos incluindo força de preensão manual, avaliação de equilíbrio e velocidade da marcha (Cruz-Jentoft et al, 2019). A precocidade da detecção do déficit de força, marcha, equilíbrio, e outros fatores que comprometem a capacidade funcional melhora a qualidade de vida dos idosos e promove um processo de envelhecimento independente de cuidados de terceiros (Ćwirlej-Sozańska et al, 2018).

Além das ferramentas do EWGSOP a incapacidade funcional pode ser medida levando-se em consideração a dificuldade ou incapacidade de realização de atividades. Como o: grau de dificuldade para realização de atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Por fim, a mobilidade que pode ser avaliada por

dificuldade para correr um quilômetro ou 10 quadras ou ainda dificuldade para caminhar 100 metros. (Verbrugge, 2016; Yokota & Van Oyen, 2020)

### **2.3.1 Incapacidade funcional nas ABVD**

A capacidade do idoso na realização de diversas atividades do cotidiano também é prejudicada com o envelhecimento e a interferência na capacidade funcional. Ocorre dificuldade para executar tarefas como subir degraus, vestir, caminhar, cozinhar, realizar atividades manuais, entre outras (Sant' Helena et al., 2020). As ABVD exploram as habilidades do indivíduo para satisfazer as necessidades básicas de higiene, vestir, ir ao banheiro e mover-se (GAVASSO; BELTRAME, 2017).

As ABVD podem ser avaliadas pelo índice de Katz modificado (KATZ & AKPOM, 1976), que contém 6 atividades de autocuidado (banhar-se, alimentar-se, andar, transferir-se, vestir-se e usar o banheiro). Esse índice foi criado e validado em 1963 (modificado em 1976), de forma a demonstrar sua acurácia e a confiabilidade com 1.001 pacientes em diferentes tipos de instituições, contemplando 96% dos indivíduos que puderam ser classificados pela escala proposta. Esse estudo abordou pacientes de todas as idades sendo 90% com mais de 40 anos e 60% idosos, a maioria com mais de uma doença crônica ou suas sequelas (KATZ et al., 1963). Ao final do estudo, a escala mostrou-se útil para evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar as demandas assistenciais, determinar a efetividade de tratamentos além de contribuir para o ensino do significado de "ajuda" na área de reabilitação (KATZ & AKPOM, 1976). O seu formato validado e traduzido para o português está disponível na página do Hartford *Institute for Geriatric Nursing* – Index de ADL de Katz, publicada no referido site em 1998 (MENDES et al., 2020).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 demonstrou que quase 30% dos brasileiros com 60 anos ou mais apresentam alguma dificuldade para realizar pelo menos uma das ABVD selecionadas (LIMA-COSTA et al., 2017). Estudo transversal realizado no município de Pesqueira-PE, em população com idade média de 77,3 demonstrou elevado nível de dependência total na ABVD. Os idosos precisaram de ajuda principalmente para as atividades: banhar-se (8,7%), vestir-se (7,8%) e realizar higiene pessoal (5,8%) (LEAL et al., 2019).

### **2.3.2 Incapacidade funcional nas AIVD**

As AIVD consistem em habilidades de mobilidade ou atividades para manutenção do ambiente, que englobam tarefas mais complexas e, por vezes, relacionadas à participação social do sujeito (SANTOS; SANTANA; BROCA, 2016). AIVD indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive, incluindo a capacidade para realização de atividades mais complexas que possibilitam uma vida sem dependência, tais como, realizar compras, preparar refeições, utilizar o telefone, fazer a limpeza da casa, cozinhar, lavar roupas, tomar medicamentos e usar meios de transporte (Sant' Helena et al., 2020)

As AIVD podem ser avaliadas por meio da escala de Lawton modificada (LAWTON & BRODY, 1969), contendo 8 atividades instrumentais (preparar refeições, usar transporte, limpar a casa, fazer compras, usar o telefone, administrar o dinheiro e as medicações). Essa escala foi validada no Brasil por Araújo e colaboradores em 2007, em estudo domiciliar realizado com uma amostra de conveniência integrando 225 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos.

Em Pesqueira-PE, em relação às AIVD, observou-se maior dependência dos idosos para ir às compras sozinhos (18,4%), preparar alimentos (14,6%) e realizar tarefas domésticas (14,6%). Na China, idosos com 60 anos ou mais apresentaram uma prevalência de 35,4% em AIVD (QIAN et al., 2016).

Dentre os fatores associados à dificuldade na realização das AVD, Andrade et al (2020), verificaram associação com as variáveis sociodemográficas, como escolaridade, renda, raça, ocupação e estado civil.

### **2.3.3 Incapacidade funcional de mobilidade**

A mobilidade funcional compreende diversas funções fundamentais para a realização de atividades de vida diária e participação social dos indivíduos. Inclui a mudança de posição do corpo, carregar, mover ou manipular objetos, caminhar, correr e usar meios de transporte (OMS, 2015). Com o avançar da idade, o risco de desenvolver declínio na mobilidade funcional tende a aumentar. Esse processo pode ocorrer como consequência do envelhecimento fisiológico dos sistemas corporais, da presença de doenças crônicas e de características ambientais (RANTAKOKKO, 2013).

A mobilidade funcional é um importante indicador de saúde para o idoso, tendo em vista que o declínio da função física pode ser importante para detectar possíveis fragilidades, dependências e maiores riscos de institucionalização nessa população. Para que a mobilidade funcional ocorra de forma adequada, é necessário que o indivíduo apresente estabilização postural, que depende da integração entre os sistemas visual, vestibular e somatossensorial. Entre as características usualmente relacionadas aos idosos com distúrbios de mobilidade funcional, encontram-se: diminuição da velocidade e do comprimento do passo, perda do balanço normal dos braços e diminuição das rotações pélvica e escapular (SILVA; PEDRAZA; MENEZES, 2015).

Estima-se que 14% dos adultos do mundo apresentam redução na mobilidade, incluindo dificuldades para se mover e para realizar o autocuidado (MITRA, 2014). Em idosos, a busca pela concentração ao executar ações simultâneas compromete o equilíbrio postural, podendo causar diminuição da autonomia coletiva, alterações em atividades corriqueiras, depressão, medo e apreensão, expondo-o a maiores riscos de quedas, com consequente dependência e altos gastos com tratamento de saúde (GOMES et al, 2012). No Brasil, entre os idosos, o percentual de dependência foi de 15% no ano de 2015 e, considerando apenas os idosos de 70 anos ou mais, de 24% (ANDRADE et al., 2018).

## 2.4 DINAPENIA MANUAL

A força de preensão manual (FPM) é a aproximação da força muscular total. Expressa a relação com a flexão do cotovelo, força de extensão da perna e tronco. É uma medida de baixo custo que proporciona uma aproximação da força muscular global e que está fortemente associada à funcionalidade (ANDRADE et al., 2012). O instrumento utilizado para essa avaliação é o dinamômetro que mensura a força de preensão que o indivíduo consegue realizar. A dinamometria manual apresenta ampla aplicabilidade. Possui baixo custo, é simples, rápido e não invasivo. (FERNANDES et al., 2012). A redução da força muscular decorrente da idade é chamada de dinapenia (BORGES, LIMA-COSTA & ANDRADE, 2020).

Idosos mais com mais idade, mulheres, apresentam maior dinapenia na preensão palmar. Diferentes estudos sinalizam uma relação entre a dinapenia palmar e dificuldade para realização das atividades de vida diária (TOPINKOVÁ, 2008). Alguns estudos mostram que a

força de preensão palmar é diretamente proporcional à idade, até os 32 anos e, a partir daí, torna-se inversamente proporcional (FERNANDES et al., 2012).

De forma geral, os idosos que apresentam dinapenia manual são sedentários, possuem déficits de massa corporal, apresentam problemas de saúde e limitações funcionais em atividades que exigem a participação dos membros superiores e inferiores (COSTA et al., 2021). A FPP deixa de ser apenas uma simples medida da força da mão, limitada à avaliação do membro superior, e passa a apresentar outras implicações clínicas, além de ser um preditor de causas de mortalidade e ferramenta de prognóstico de vida na população idosa (WAGNER; ASCENÇOL; WIBELINGER, 2014).

Outra condição considerada responsável pela dinapenia e potência muscular, é a redução de massa muscular (sarcopenia), que leva à perda da capacidade funcional em idosos, afetando as atividades básicas e instrumentais de vida diária, reduzindo a qualidade de vida e expondo-o a um alto risco de morbidade e mortalidade (OLIVEIRA, SANTOS & REIS, 2017).

A dinapenia manual pode reduzir a autonomia, comprometer o bem-estar, reduzir a qualidade de vida e, levar os idosos à incapacidade funcional. Pois, o grau de força muscular influencia na capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia. (MACEDO, FREITAS, SCHEICHER, 2014).

### 3 JUSTIFICATIVA

É considerável o aumento da população idosa no mundo, nos últimos anos. As repercussões para essa população são notórias, particularmente no que diz respeito à capacidade funcional dessa população, uma vez que, com o avançar da idade, as incapacidades tendem a ser progressivamente maiores.

Algumas das consequências decorrentes da incapacidade funcional incluem a limitação da autonomia do idoso na realização das atividades cotidianas, redução da qualidade de vida e aumento do risco de dependência, de institucionalização, e até mesmo de morte prematura. Além de causas biológicas, as incapacidades funcionais estão associadas aos aspectos socioeconômicos e demográficos, sendo um importante desafio, sobretudo em países com maiores taxas de desigualdades sociais. Dessa forma, é importante conhecer a condição de mobilidade da população, identificando grupos mais vulneráveis ou com demandas específicas, para organização de políticas públicas de saúde e melhor alocação de recursos.

A realização desta pesquisa no período “pós” COVID-19 possibilita avaliar o impacto sobre a capacidade funcional, uma vez que, durante a pandemia, com o uso de estratégias de distanciamento social, parte da população idosa ficou desassistida, especialmente pela crise no sistema de saúde, além de uma redução na prática de atividades físicas, causados pela permanência em reclusão (Greff *et al*, 2020).

As pessoas idosas foram afetadas de maneira desproporcional pela pandemia, por fazerem parte do grupo que apresentava maior risco de desenvolver complicações graves e morte em decorrência da infecção (Barbosa *et al*, 2022). A pandemia alavancou questões cruciais sobre a forma como a sociedade se organiza atualmente, e que o estado de emergência sanitária não somente trouxe problemas inéditos, mas jogou luz nas lacunas que há muito tempo demandavam soluções, sobretudo no âmbito do acelerado processo de envelhecimento vivenciado no Brasil (Da-Silva *et al*, 2022).

No que diz respeito aos estudos sobre a temática, o monitoramento contínuo da prevalência de incapacidade funcional em idosos e seus determinantes torna-se mais importante à medida que o envelhecimento populacional e suas complicações tendem a aumentar, elevando a demanda por serviços de saúde.

Pesquisas no município de Guanambi-BA podem auxiliar os gestores municipais no desenvolvimento de novas ações e estratégias para que essa população tenha qualidade de

vida, reduzindo assim as incapacidades, as hospitalizações e ampliando o acesso à saúde para essa população.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a incapacidade funcional e os fatores associados na população idosa do município de Guanambi, BA.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever a prevalência das principais morbidades da população idosa;
- Descrever o estilo de vida, o nível de bem-estar econômico e social;
- Avaliar a incapacidade funcional por meio das atividades instrumentais e básicas de vida diária e da mobilidade;
- Determinar a prevalência e fatores associados à incapacidade funcional;
- Descrever a dinapenia na prensão palmar de acordo com o sexo.

## 5 MÉTODOS

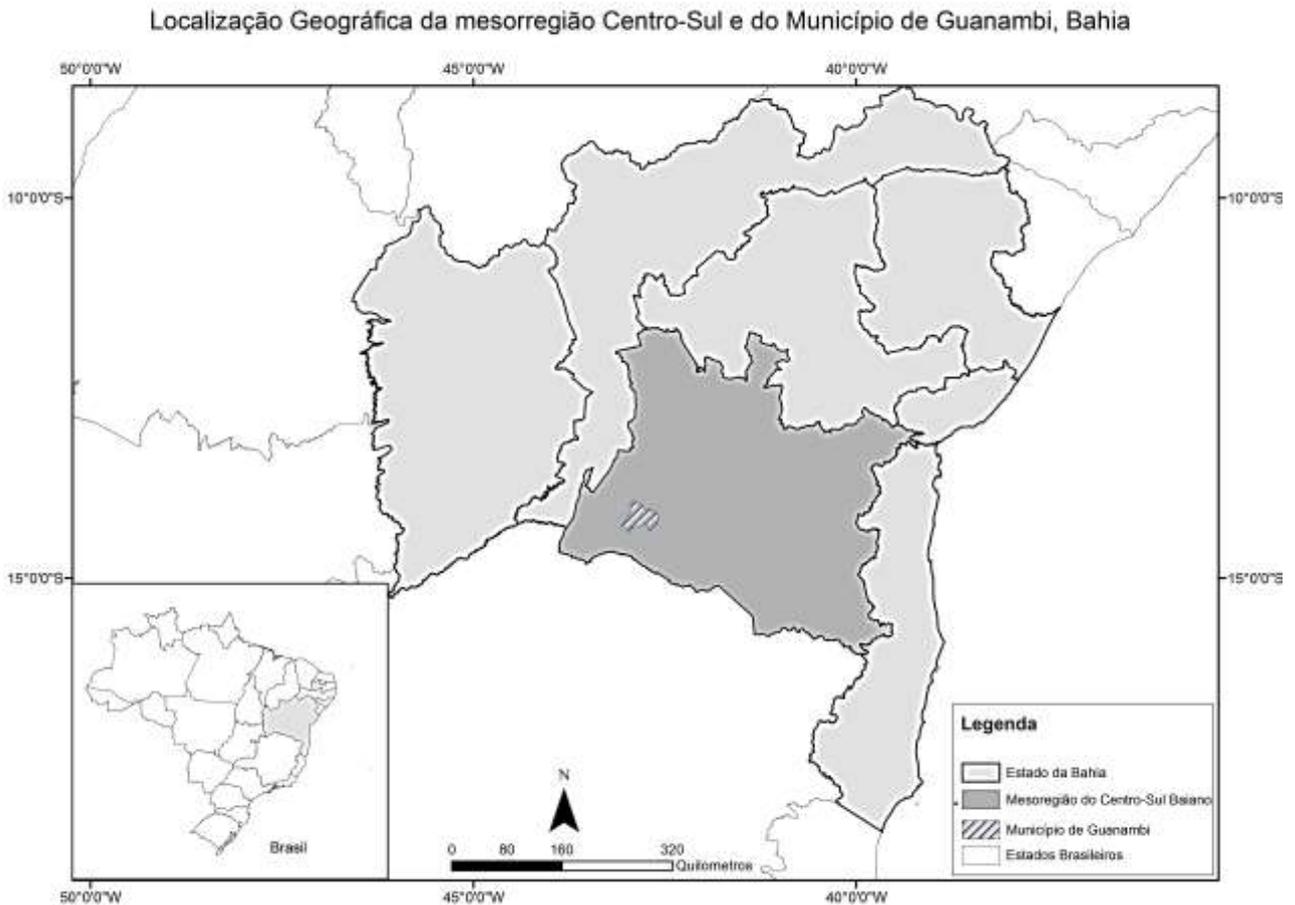
### 5.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, com abordagem domiciliar, realizado com a população idosa do município de Guanambi-BA, sendo parte de um estudo maior o Projeto 60+Vida, que teve como objetivo avaliar os condicionantes de saúde, do acesso e utilização dos serviços de saúde da população idosa de um município no centro-sul baiano, executado em 2023.

### 5.2 LOCAL DO ESTUDO

O município de Guanambi está localizado na mesorregião centro-sul baiano (Figura 1), a 796 km da capital Salvador, possui uma área territorial de 1.301,80 km<sup>2</sup>, no último censo a população foi de 87.817 habitantes (IBGE, 2022). Desse total, 84.977 habitantes estavam cadastrados no e-SUS, segundo relatório emitido pela Atenção Básica do município, em 28 de janeiro de 2022 (e-SUS, 2022), dos quais 15.341 habitantes tinham 60 anos e mais de idade.

Figura 1. Localização geográfica da mesorregião Centro-Sul e do município de Guanambi, Bahia, 2023.



Fonte: Observatório semiárido nordestino- UNIFG.

Considerando que o percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Guanambi é de aproximadamente 99%, segundo relatório do e-SUS, (Secretária Municipal de Saúde de Guanambi-BA, 2022), optou-se, para esta pesquisa, pela utilização dos cadastros no e-SUS para a obtenção da estimativa populacional. Os formulários do e-SUS são preenchidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, no decorrer de suas visitas domiciliares ou acolhimento na unidade de saúde. O universo amostral foi composto por 15.341 idosos registrados nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Para o cálculo amostral, foram considerados: prevalência de 50%, devido à heterogeneidade dos eventos a serem mensurados, precisão de 5%, nível de confiança de 95% e efeito de desenho igual a 1,0. Ao final, a amostra compreendeu 375 indivíduos. Foram acrescentados 20% a este valor para possíveis perdas, totalizando 450 idosos.

Para garantir a representatividade e viabilidade da pesquisa, a estratégia amostral considerou a extensão territorial e a população de idosos cadastrados nas unidades de saúde. Foram selecionados os indivíduos com 60 anos e mais, conforme a distribuição proporcional destes nas USF, desde que cadastrados no e-SUS do município da pesquisa (Tabela 1). Os idosos foram sorteados aleatoriamente na região de cada USF, respeitando o princípio de realização de apenas uma entrevista por domicílio.

Tabela 1. Distribuição de idosos por USF de Guanambi-BA, 2023.

USF	Número de idosos	(%)	Amostra	Re-entrevista
Santa Luzia	958	6,8%	31	3
Paraiso	1207	7,9%	35	4
Novo Horizonte	376	2,6%	12	1
Lagoinha	512	3,6%	16	2
Brasília	659	4,6%	21	2
Ceraíma (Rural)	641	4,5%	20	2
São Francisco	577	4,0%	18	2
Alvorada	532	3,7%	17	2
Vomitamel	969	6,9%	31	3
Morrinhos (Rural)	1070	7,7%	35	3
Beija Flor	426	2,9%	13	1
Monte Pascoal	464	3,2%	14	1
Alto Caiçara	731	5,1%	23	2
BNH	376	2,6%	12	1
Mutans (Rural)	1759	12,5%	56	6
Ipiranga	555	3,9%	17	2
Santo Antônio	622	4,4%	20	2
São Sebastião	462	3,2%	14	1
Vila Nova	897	6,4%	29	3
Monte Azul	301	2,0%	9	1
Centro	234	1,5%	7	1
<b>Total:</b>	<b>15.341</b>	<b>100,0%</b>	<b>450</b>	<b>45</b>

Fonte: Secretária Municipal de Saúde de Guanambi, Bahia, 2023.

### 5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos os indivíduos com 60 anos e mais, cadastrados no e-SUS do município da pesquisa. Como critérios de exclusão, foram considerados: (a) dor substancial, no momento da coleta, que poderia afetar a participação; (b) o comprometimento cognitivo do idoso ou do cuidador, que os levassem à incapacidade para compreender as instruções do teste. Em caso de comprometimento cognitivo do idoso, o cuidador poderia responder os

questionários; e (c) amputação unilateral ou bilateral de Membros Inferiores (MMII) e/ou Membros Superiores (MMSS), tetraplegia, paraplegia, que realizaram cirurgia no braço ou na mão nos três meses anteriores à coleta de dados, e/ou idosos acamados, foram excluídas dos testes funcionais, pois essas condições impossibilitam o indivíduo de realizá-los.

#### 5.4 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS

Para a etapa de coleta de dados, foi construído um questionário semiestruturado (Apêndice C), baseado no questionário do inquérito nacional ELSI-Brasil (Estudo Longitudinal da Saúde do Idosos Brasileiros) (BRASIL, 2015), e no questionário da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB BRASIL, 2020), para aplicação domiciliar.

O questionário foi dividido em Bloco de Identificação do domicílio e do entrevistado, Bloco A: Estrutura do domicílio; Bloco B: Características sociodemográficas; Bloco D: Trabalho e aposentadoria; Bloco E: Ajudas familiares; Bloco F: Comportamento; Bloco G: Saúde geral e doenças; Bloco H: Saúde bucal (questionário da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal); Bloco I: Funcionalidade; Bloco K: Qualidade de vida; Bloco L: Psicossocial; Bloco N: Uso dos serviços de saúde; Bloco M: Uso de medicamentos. MF: Medidas físicas

Foram feitas algumas adaptações no instrumento para adequá-lo ao contexto dos idosos e facilitar a compreensão pela população de estudo, mantendo ao máximo a estrutura original dos questionários já validados. Para garantir a confiabilidade e comparabilidade das informações, sua versão final foi então elaborada após pré-testes e estudo piloto.

Foram coletadas medidas de Pressão Arterial, adotando o protocolo da Diretriz Brasileira de Hipertensão (2020) para a aferição da pressão arterial: foi garantido que os indivíduos não estivessem com a bexiga cheia, não praticaram exercícios físicos nos últimos 60 minutos, não ingeriram bebidas alcoólicas, café ou alimento, e não fumaram nos 30 minutos anteriores. Para a realização do procedimento, os indivíduos permaneceram em repouso, sentados, com as pernas descruzadas, os pés apoiados no chão, recostados na cadeira e relaxados, com o braço no qual foi realizada a aferição apoiado sobre a mesa à altura do coração, palmas das mãos voltadas para cima e mangas que não garroteassem o membro, e foram orientados a não conversar durante a medição. Foram realizadas três medidas de pressão arterial (com intervalo de um minuto entre cada aferição): braço direito, braço esquerdo, e a terceira medida foi repetida no membro com maior valor. Foram feitas medidas adicionais caso as leituras diferenciem entre si em mais que 10 mmHg (Barroso et al, 2021).

Para esta coleta, foi utilizado o esfigmomanômetro digital Omron HEM-7130®, validado internacionalmente (Takahashi et al. 2015). O valor final de Pressão Arterial Sistólica (PAS) e da Pressão Arterial Diastólica (PAD) foi obtido pela média aritmética simples das duas últimas medidas.

Foram coletadas medidas antropométricas (peso, altura e circunferência abdominal) de todos os participantes que concordaram com o procedimento. Para o registro do peso, os indivíduos foram orientados a vestir roupas leves, ficar descalços, e subir na balança. Foi utilizada a balança eletrônica portátil digital SECA 813, devidamente calibrada, com capacidade para 200 kg e sensibilidade de 50g. A altura foi aferida com os indivíduos em posição ereta e descalços, por meio de um estadiômetro portátil da NutriVida, com capacidade de 2,5m e escala de 0,1cm. Para a verificação da circunferência abdominal, foi utilizada a fita métrica inelástica da Cardiomed, com capacidade de 1,5m e escala de 0,1 cm. Essa foi posicionada na cintura (ponto médio entre a borda inferior da última costela e a borda superior da crista ilíaca), diretamente sobre a pele (Mancini et al. 2016).

A força de preensão manual foi testada para mensurar a força dos músculos da mão e do antebraço, e também para avaliar as condições físicas dos membros superiores, através do dinamômetro hidráulico de mão Saehan, que mostra a força de pressão em quilogramas (kg) ou libras inglesas, sendo a leitura máxima de 90 kg. O aparelho foi ajustado para cada indivíduo de acordo com o tamanho das mãos, realizando três medidas com um período de recuperação de um minuto no braço em que o participante relatasse ter mais força, no final o registro da força foi estabelecido em quilogramas/força (kg/f) e o valor mais alto das três medidas foi escolhido como o valor da FPM (Oliveira et al. 2017). Para a execução desse teste, o idoso foi orientado a estar confortavelmente sentado, posicionado com o ombro levemente aduzido, o cotovelo fletido a 90°, o antebraço em posição neutra, podendo a posição do punho variar de 0° a 30° de extensão. E então foi solicitado que o idoso segurasse e apertasse o aparelho com o máximo de sua força. Para a realização desse teste foi necessário um espaço de um metro por um metro. Podendo, este teste, causar dor ou desconforto no membro usado para aplicar a força, durante a realização do mesmo. A fim de minimizar os riscos, o teste foi realizado por um fisioterapeuta treinado e instruído, a posicionar corretamente o membro do participante afim de evitar o risco citado, garantindo assim a qualidade na aplicação (Reis e Arantes, 2011).

O equilíbrio dos idosos foi testado através do teste de equilíbrio, que é uma avaliação clínica que revela alterações no equilíbrio estático do paciente. O teste permite a análise de 3

bases neurofisiológicas que possibilitam o equilíbrio: sistema vestibular, sistema visual e sistema proprioceptivo, por meio de três posições em ortostase, que são elas: “pés lado a lado”, “um pé um pouco à frente do outro” e “um pé à frente do outro”. O idoso foi orientado a se manter em posição ortostática, com os olhos abertos, por cerca de 10 segundos, em cada uma das posições, se o mesmo tivesse 69 anos ou menos, a terceira posição (“um pé à frente do outro”) deveria ser mantida por 30 segundos. Essa fase serve para avaliar seu equilíbrio na presença da visão. O que caracteriza o teste positivo é a perda de equilíbrio durante o teste, quando o idoso mostrar tendência a cair para frente ou para os lados antes dos 10 segundos. O idoso levantou-se e permaneceu parado, em posição ortostática para a realização deste teste foi necessário um espaço de um metro por um metro. Este teste apresentou risco de queda durante a sua realização. A fim de minimizar os riscos, o teste foi realizado com auxílio de um fisioterapeuta treinado e orientado a instruir corretamente o participante, dando suporte no momento da realização, garantindo assim a qualidade de aplicação.

O teste de velocidade da marcha avalia a velocidade de marcha que é um indicador com boa sensibilidade, capaz de detectar mudanças do estado funcional dos idosos. Para a execução desse teste foi solicitado que o idoso percorresse uma distância de 3 metros, na velocidade usual e de calçado. Assim que o idoso tocasse o primeiro pé no chão o avaliador iniciava a contagem, em segundos, com o auxílio de um cronômetro, assim que o idoso cruzasse a linha de chegada a contagem era interrompida. A velocidade da marcha foi calculada pela resultante da razão do tempo (em segundos) que o indivíduo levou para caminhar três metros. Para a realização deste teste foi necessário um espaço de 3 metros por 1 metro (Cunha It et al. 2022). Este teste apresentou risco de queda durante a sua realização. A fim de minimizar os riscos, o teste foi realizado com auxílio de um fisioterapeuta treinado e orientado a instruir corretamente o participante, dando suporte no momento da realização do mesmo, garantindo assim a qualidade na aplicação.

## 5.5 COLETA DE DADOS

### 5.5.1 Sensibilização

A pesquisa 60+VIDA foi apresentada em reuniões da equipe do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso de Guanambi, Estratégia de Saúde Família e do Conselho Local de Saúde. O convite formal às famílias e idosos ocorreu via agente comunitário de saúde. Foi

priorizado o diálogo com o(a) responsável pelo grupo familiar para apresentação dos objetivos do estudo e público alvo.

### **5.5.2 Treinamento**

A equipe de entrevistadores foi composta por estudantes de graduação de cursos da saúde do Centro Universitário de Guanambi e da Universidade Federal da Bahia, campus Anísio Teixeira. Foi realizado treinamento com duração de 20 horas, ministrados por docentes, tendo como enfoques: abordagem ao idoso, condução de entrevista, aspectos éticos, aferição de medidas objetivas, manuseio e utilização de equipamentos e softwares aplicação dos testes específicos. As seguintes estratégias foram adotadas: dramatização de entrevistas; aferição de medidas e aplicação das entrevistas e dos testes específicos em indivíduos internos e externos à comunidade universitária.

### **5.5.3 Estudo piloto**

O estudo piloto foi realizado em fevereiro de 2022, no bairro Ubis VI de saúde de Vitória da Conquista, BA, com 5% da amostra do estudo original (23 idosos), com objetivo de avaliar o instrumento de coleta de dados, procedimentos para obtenção do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE), abordagem e aplicação das entrevistas, protocolos operacionais, grau de participação, plano amostral, composição das equipes para execução da coleta de dados, bem como identificar potenciais situações diferentes das previstas anteriormente.

### **5.5.4 Campo principal**

O campo principal aconteceu entre os meses de março a abril/2023. Foram realizadas reentrevistas em 5% dos domicílios da amostra, no período de até sete dias após a primeira entrevista, no intuito de garantir a qualidade dos dados. Para aplicação dos instrumentos, a equipe foi dividida em duplas. A coleta dos dados ocorreu em duas etapas. A primeira etapa consistirá na aplicação dos questionários, que durará em média 60 minutos e, segunda etapa da aplicação dos testes específicos que teve duração de 15 minutos no total. As etapas ocorreram em dias previamente agendados. Caso, na etapa 1, fosse constatado que a

residência não oferecesse condições para garantir a privacidade ou fidedignidade dos testes, o idoso era convidado a comparecer à Unidade Básica de Saúde a qual é adscrito para a realização deles.

Os entrevistadores utilizaram *tablets* para aplicação dos instrumentos durante a coleta. O *software Kobotoolbox* foi usado para programação do formulário, coleta e armazenamento dos dados. As entrevistas foram realizadas no domicílio dos idosos, preferencialmente após abordagem do Agente Comunitário de Saúde.

## 5.6 VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES

A variável dependente do estudo foi a incapacidade funcional, avaliada por meio de três domínios, sendo eles: atividades básicas da vida diária (ABVD), atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e mobilidade.

A incapacidade em ABVD foi avaliada com base na dificuldade ou incapacidade para a realização das seguintes atividades: atravessar um cômodo ou andar de um cômodo para outro no mesmo andar, vestir-se, tomar banho, comer, deitar e/ou levantar da cama e usar o banheiro (Katz e Akpom, 1976),

A incapacidade em AIVD, foi avaliada com base na dificuldade ou incapacidade para a realização das seguintes atividades: fazer sua higiene pessoal, preparar uma refeição quente, administrar o próprio dinheiro, utilizar algum tipo de transporte, fazer compras, utilizar o telefone (fixo ou celular), administrar os próprios medicamentos, realizar tarefas domésticas leves (arrumar cama, tirar pó, cuidar do lixo etc.) e realizar tarefas domésticas pesadas (lavar banheiro, limpar quintal, trocar cortinas etc.) (Lawton e Brody, 1969).

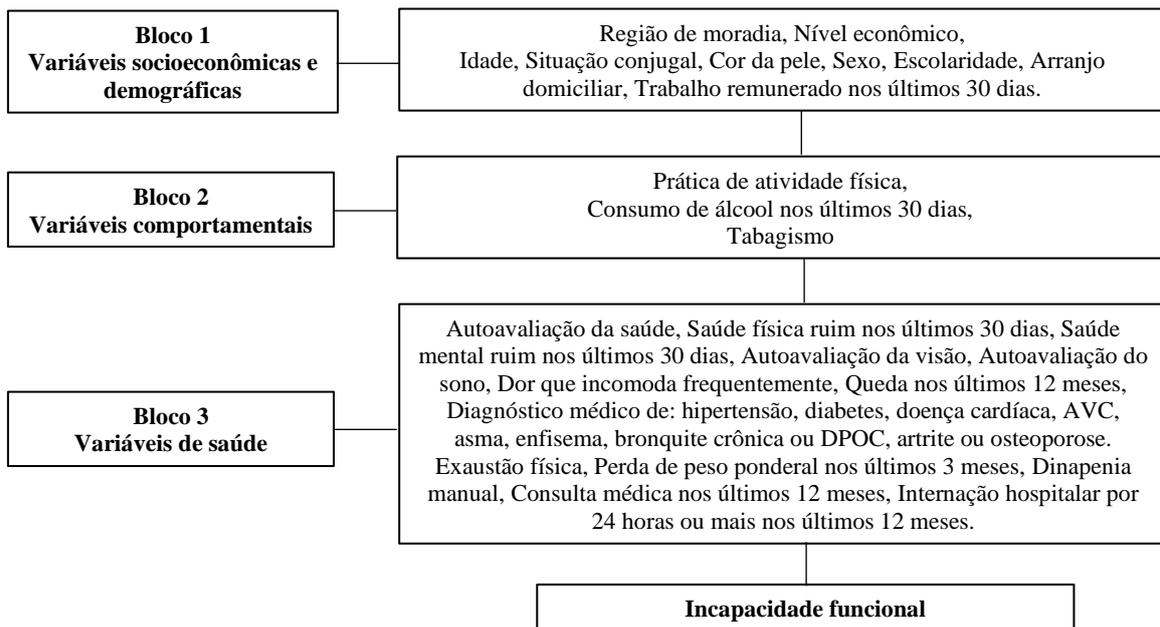
Por fim, no que diz respeito à incapacidade funcional por mobilidade, a literatura é bastante variada no que diz respeito às atividades que incorporam esse construto. Neste estudo, foi empregada como indicador de mobilidade a existência de dificuldade ou incapacidade para caminhar 100 metros sem parar, considerada um marcador de limitação moderada.

A incapacidade funcional foi avaliada neste estudo, teve como base o questionário de Elsi-brasil, que estruturou os itens da seguinte forma: “O (A) Sr. (a) tem dificuldade para...”, sendo a resposta categorizada em (1) Não tem dificuldade, (2) Tem pequena dificuldade, (3) Tem grande dificuldade e (4) Não consegue. A incapacidade em cada domínio foi definida

pela existência de algum grau de dificuldade, mencionado anteriormente, na realização de pelo menos uma das atividades.

Para as variáveis independentes, foi utilizado um modelo conceitual de análise por bloco, sendo que no 1º bloco foram incluídas as variáveis socioeconômicas e demográficas, no 2º bloco as variáveis comportamentais e no 3º bloco as variáveis de saúde (Figura 2).

Figura 2. Modelo conceitual para avaliação da incapacidade funcional.



O bloco socioeconômico e demográfico teve as seguintes variáveis:

- Região de moradia (Urbana, Rural);
- Nível econômico, de acordo com a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) para o ano de 2021 (C1/B2/B1/A; C2; D/E) (ABEP, 2020).
- Sexo (masculino, feminino);
- Idade (em anos completos: 60-69; 70-79; 80 ou mais);
- Situação conjugal (Com companheiro- casado (a) /amasiado (a) /união estável, Sem companheiro- solteiro (a), divorciado (a) ou separado (a), viúvo (a));
- Cor da pele (brancos, pardos/pretos)
- Escolaridade em anos de estudo (Nunca estudou, 1 a 5 anos de estudo, 6 anos e mais de estudo);
- Arranjo domiciliar (Mora com pelo menos 1 pessoa; Mora sozinho);

- Trabalho remunerado nos últimos 30 dias (Sim- foi considerado trabalho remunerado somente as atividades que rendem algum dinheiro, incluindo salário, retirada pessoal de empreendimento, renda como trabalhador autônomo, férias remuneradas trabalho etc.; Não);

O segundo bloco compreendeu as variáveis comportamentais:

- Prática de atividade física, O baixo nível de atividade física foi avaliado pela forma curta do questionário IPAQ (*IPAQ Short Form: International Physical Activity Questionnaire*), que avaliam o tempo (minutos e horas) e a intensidade (leve, moderada e vigorosa) das práticas de atividade física desempenhadas na última semana (Andrade *et al*, 2018). O ponto de corte considera como baixo nível de atividade física os idosos que praticaram menos que 150 minutos por semana de caminhada ou atividade física moderada ou menos que 75 minutos por semana de atividade física vigorosa (OMS, 2020).

- Consumo de álcool nos últimos 30 dias (Não- Nunca; Sim- menos de uma vez por mês ou uma vez ou mais por mês)

- Tabagismo (Nunca fumou; ex-fumante (fumava diariamente ou menos que diariamente no passado); fumante (que fuma diariamente ou menos que diariamente);

O terceiro bloco compreendeu as variáveis de saúde:

- Autoavaliação da saúde (Muito boa/ boa; Regular; Muito ruim/ruim);
- Saúde física ruim nos últimos 30 dias (Não- nos últimos 30 dias a saúde física foi boa todos os dias; Sim- a saúde física foi ruim em pelo menos 1 dias nos últimos 30 dias);
- Saúde mental ruim nos últimos 30 dias (Não- nos últimos 30 dias a saúde mental foi boa todos os dias; Sim- a saúde mental foi ruim em pelo menos 1 dias nos últimos 30 dias);
- Autoavaliação da visão (para longe ou para perto) (Muito boa/ boa; Regular; Muito ruim/ruim);
- Autoavaliação do sono (Muito boa/ boa; Regular; Muito ruim/ruim);
- Dor que incomoda frequentemente (Não; Sim)
- Queda nos últimos 12 meses (Não- nenhum episódio de queda; Sim- pelo menos 1 episódio de queda);
- Diagnóstico médico de hipertensão (Não; Sim);
- Diagnóstico médico de diabetes (Não; Sim);
- Diagnóstico médico de doença cardíaca (Não- nenhuma; Sim- infarto do coração e/ou angina do peito e/ou insuficiência cardíaca);

- Diagnóstico médico de AVC (Não; Sim);
- Diagnóstico médico de asma (Não; Sim);
- Diagnóstico médico de enfisema, bronquite, crônica ou DPOC (Não; Sim);
- Diagnóstico médico de artrite de osteoporose (Não; Sim);
- Exaustão física (A exaustão foi caracterizada através das respostas fornecidas às seguintes perguntas do questionário de sintomas depressivos do *Center for Epidemiological Studies* (CES-D): “Na última semana, com que frequência o(a) Sr. (a) sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas?”; “Na última semana, com que frequência a realização de suas atividades rotineiras exigiram do(a) Sr. (a) um grande esforço para serem realizadas?”. A condição de exaustão foi identificada para aqueles que relataram uma frequência superior a 3-4 dias em pelo menos uma das perguntas)
  - Perda de peso ponderal nos últimos 3 meses (A perda de peso não intencional foi caracterizada pelo autorrelato de perda superior a 3kg nos últimos 3 meses (Andrade *et al*, 2018).
  - Dinapenia manual (“com déficit de força/dinapenia”, quando a medição for  $\leq 26$ kg/f para homens e  $\leq 16$  kg/f para as mulheres; e “sem déficit de força” quando a medição for  $>26$ kg/f para homens e  $>16$ kg/f para as mulheres) (Borges et al. 2019).
  - Consulta médica nos últimos 12 meses (Não; Sim);
  - Internação hospitalar por 24hs ou mais nos últimos 12 meses (Não; Sim);

## 5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foram calculadas frequências simples e relativas para todas as variáveis estudadas. Análise bivariada foi feita para avaliar associações entre as variáveis explicativas e o desfecho, comparando pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher.

Para o desfecho da incapacidade funcional, a Razão de Prevalência (RP) e seu intervalo de confiança 95% (IC95%) foram utilizados para estimar a associação com as variáveis explicativas, por meio da regressão de Poisson com variância robusta.

Análises multivariadas foram realizadas, incluindo nos modelos iniciais todas as variáveis que, na análise bivariada, apresentaram associação com o desfecho em nível de significância inferior a 20%. Para todos os testes e para permanência das variáveis no modelo

final, foi utilizado nível de significância inferior a 5%. Os modelos foram comparados pelo critério de Akaike. A adequação do modelo final de regressão foi avaliada pelo qui-quadrado.

O programa Stata, versão 15.0 (*Stata Corporation, College Station, EUA*) foi utilizado para análise de dados.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Ao total foram realizadas 450 entrevistas. Este trabalho teve 18 perdas, sendo 17 substituídas durante a coleta por meio de novos sorteios. Do total de perdas, 7 (38,9%) foram por endereço não encontrado, 3 (16,7%) em que o idoso havia se mudado, 2 (11,1%) foram casas encontradas fechadas após 3 visitas, 2 (11,1%) foram desistências durante a entrevista, 2 (11,1%) foram recusas, 1 (5,5%) o idoso havia falecido e 1 (5,5%) por falha no equipamento durante a transferência dos dados. A análise da confiabilidade das variáveis evidenciou percentuais de concordância observada que variaram de 86,7 % a 100,0%, com índices Kappa de 0,66 a 1,00. Das variáveis apresentadas, 88,8% apresentaram concordância perfeita (Tabela 2).

Tabela 2 – Concordância observada e índice Kappa de variáveis categóricas presentes no questionário. Projeto 60+Vida, Bahia, 2023.

Variáveis	C <sub>Obs</sub> (%) <sup>*</sup>	Kappa <sup>†</sup>
<b>Características Sociodemográficas</b>		
Local de moradia	97,8	0,94
Nível econômico	88,9	0,82
Idade	100,0	1,00
Sexo	97,8	0,94
Situação conjugal	97,8	0,95
Cor	100,0	1,00
Escolaridade	100,0	1,00
<b>Trabalho e aposentadoria</b>		
Trabalho remunerado nos últimos 30 dias	100,0	1,00
<b>Comportamentos em Saúde</b>		
Consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias	100,0	1,00
Tabagismo	95,6	0,92
Atividade Física	95,6	0,93
<b>Saúde Geral</b>		
Autoavaliação da saúde	86,7	0,79
Saúde física ruim nos últimos 30 dias	91,1	0,82
Autoavaliação da visão	88,9	0,83
Autoavaliação do sono	88,9	0,83
Queda nos últimos 12 meses	100,0	1,00
Diagnóstico médico de diabetes	100,0	1,00
Diagnóstico médico de doenças cardíacas	91,1	0,66
Diagnóstico médico de AVC	97,8	0,88
Diagnóstico médico de enfisema, bronquite crônica ou DPOC	95,6	0,78
Dor que incomoda frequentemente	97,8	0,96
Diagnóstico médico de artrite ou reumatismo	93,3	0,85

Exaustão física	95,6	0,90
Perda de peso ponderal nos últimos 3 meses	97,8	0,91
Dinapenia manual	95,6	0,89
Consulta médica nos últimos 12 meses	97,8	1,00
Internação hospitalar por 24h ou mais nos últimos 12 meses	100,0	1,00
<b>Incapacidade funcional</b>		
Incapacidade funcional para ABVD	100,0	1,00
Incapacidade funcional para AIVD	100,0	1,00
Incapacidade funcional para mobilidade	100,0	1,00
Incapacidade funcional	100,0	1,00

\*Concordância observada; †Índice Kappa.

A amostra final deste estudo foi composta por 449 idosos, com média de idade de 74,3 anos (desvio-padrão de 9,3) e mediana de 73 (mínima de 60 e máxima de 100 anos), sendo 78,2% residentes na zona urbana do município e 21,9% na zona rural (Tabela 1). As classes econômicas mais prevalentes foram as D e E (58,3%), seguidas pela C2 (27,4%) e pelas classes C1, B2, B1 e A (14,2%). A maioria dos idosos era do sexo feminino (62,9%), com idades nas faixas de 60 a 69 anos (36,1%), 70 a 79 anos (35,9%) e 80 anos e mais (28,1%). A situação conjugal mais frequente foi sem companheiro(a) (54,3%) e a frequência de cor autorreferida preta e parda foi de 56,1%. No que diz respeito à escolaridade, 40,3% nunca estudaram, 38,5% tiveram de 1 a 5 anos de estudo e 21,7% tiveram 6 anos e mais de estudo. Do total, 17,8% dos idosos moravam sozinhos e 9,8% trabalharam nos 30 dias anteriores à entrevista (Tabela 3).

As variáveis comportamentais mostraram prevalências de inatividade física (61,0%), consumo de álcool nos últimos 30 dias de 12,0%, e 59,0% dos participantes relatou nunca ter fumado, 32,3% era ex-fumante e 8,7% fumante (Tabela 3).

No que se refere ao bloco das variáveis de saúde, a maioria avaliou a saúde em geral como muito boa ou boa (43,4%), 41,2% como regular e 15,4% como ruim ou muito ruim. Mais da metade da população relatou que a saúde física foi ruim em pelo menos um dia nos últimos 30 dias (50,9%) e 41,7% relatou que a saúde mental foi ruim em pelo menos um dia no mesmo período. A autoavaliação da visão para perto ou para longe foi muito boa ou boa para 40,9%, regular para 31,9% e ruim ou muito ruim para 27,9% dos idosos. O sono foi avaliado como muito bom ou bom por 59,2%, regula por 24,7% e ruim ou muito ruim por 16,0%; dor que incomoda frequentemente teve ocorrência de 44,1%. Episódio de queda nos últimos 12 meses foi relatado por 30,1% e os seguintes diagnósticos foram mencionados: hipertensão arterial (67,9%), diabetes (22,8%), doença cardíaca (13,4%), AVC (5,4%), asma

(5,6%), enfisema, bronquite crônica ou DPOC (6,7%), artrite ou reumatismo (26,8%), osteoporose (21,4%). Cerca de 32,3% dos idosos relataram exaustão física, 7,8% perda de peso ponderal nos últimos 3 meses e 32,5% apresentaram resultado de redução de força na preensão manual (Tabela 3).

Acerca da utilização dos serviços de saúde, 85,5% relataram ter tido consulta médica nos últimos 12 meses e 11,4% tiveram internação hospitalar por 24 horas ou mais no mesmo período (Tabela 3).

Tabela 3. Características da população estudada (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.

<b>Variáveis</b>	<b>n*</b>	<b>%†</b>	<b>IC95%‡</b>
<b>Região de moradia</b>			
Urbana	351	78,2	74,1-81,8
Rural	98	21,9	18,2-25,9
<b>Nível econômico</b>			
D/E	262	58,3	53,7-62,8
C2	123	27,4	23,4-31,7
C1/B2/B1/A	64	14,2	11,3-17,8
<b>Sexo</b>			
Masculino	167	37,2	32,8-41,8
Feminino	282	62,9	58,2-67,1
<b>Idade</b>			
60 a 69 anos	162	36,1	31,8-40,7
70 a 79 anos	161	35,9	31,5-40,4
80 anos e mais	126	28,1	24,0-32,4
<b>Situação conjugal</b>			
Sem companheiro(a)	244	54,3	49,7-58,9
Com companheiro(a)	205	45,7	41,1-50,3
<b>Cor</b>			
Branca	197	43,9	39,3-48,5
Preta/parda	252	56,1	51,5-60,7
<b>Escolaridade</b>			
Nunca estudou	181	40,3	35,8-44,9
1 a 5 anos de estudo	173	38,5	34,1-43,1
6 anos e mais de estudo	95	21,7	17,6-25,1
<b>Arranjo domiciliar</b>			
Mora com 1 pessoa ou mais	371	82,7	78,8-85,9
Mora sozinho	78	17,8	14,1-21,1
<b>Trabalho remunerado nos últimos 30 dias</b>			
Não	405	90,2	87,0-92,6
Sim	44	9,80	7,4-12,9
<b>Prática de atividade física</b>			
Ativo	175	38,9	34,5-43,6
Inativo	274	61,0	56,4-65,4
<b>Consumo de álcool nos últimos 30 dias</b>			

Não	395	87,9	84,6-90,7
Sim	54	12,0	9,3-15,3
<b>Tabagismo</b>			
Nunca fumou	265	59,0	54,3-63,4
Ex-fumante	145	32,3	28,1-36,8
Fumante	39	8,7	6,4-11,7
<b>Autoavaliação da saúde</b>			
Muito boa/ boa	194	43,4	38,9-48,0
Regular	184	41,2	36,7-45,8
Muito ruim/ ruim	69	15,4	12,3-19,1
<b>Saúde física ruim nos últimos 30 dias</b>			
Não	221	49,2	44,6-53,9
Sim	228	50,8	46,1-55,3
<b>Saúde mental ruim nos últimos 30 dias</b>			
Não	262	58,4	53,7-62,8
Sim	187	41,7	37,1-46,2
<b>Autoavaliação da visão</b>			
Muito boa/ boa	184	40,9	36,5-45,6
Regular	140	31,9	27,0-35,6
Ruim ou muito ruim	125	27,9	23,9-32,1
<b>Autoavaliação do sono</b>			
Muito bom/ Bom	266	59,2	54,6-63,7
Regular	111	24,7	20,9-28,9
Ruim/muito ruim	72	16,0	12,9-19,7
<b>Dor que incomoda frequentemente</b>			
Não	251	55,9	51,2-60,4
Sim	198	44,1	39,5-48,7
<b>Queda nos últimos 12 meses</b>			
Não	314	69,9	65,5-7,0
Sim	135	30,1	25,9-34,4
<b>Diagnóstico médico de hipertensão</b>			
Não	144	32,1	27,9-36,5
Sim	305	67,9	63,4-72,0
<b>Diagnóstico médico de diabetes</b>			
Não	347	77,9	73,1-80,9
Sim	102	22,8	19,0-26,8
<b>Diagnóstico médico de doença cardíaca</b>			
Não	389	86,7	83,1-89,4
Sim	60	13,4	10,5-16,8
<b>Diagnóstico médico de AVC</b>			
Não	425	94,7	92,1-96,3
Sim	24	5,4	3,6-7,9
<b>Diagnóstico médico de asma</b>			
Não	424	94,4	91,9-96,2
Sim	25	5,6	3,8-8,1
<b>Diagnóstico médico de enfisema, bronquite crônica ou DPOC</b>			
Não	419	93,3	90,6-95,2
Sim	30	6,7	4,7-9,4

<b>Diagnóstico médico de artrite ou reumatismo</b>			
Não	329	73,3	68,9-77,1
Sim	120	26,8	22,8-31,0
<b>Diagnóstico médico de osteoporose</b>			
Não	353	78,7	74,6-82,1
Sim	96	21,4	17,8-25,4
<b>Exaustão física</b>			
Não	304	67,8	63,2-71,9
Sim	145	32,3	28,1-36,8
<b>Perda de peso ponderal nos últimos 3 meses</b>			
Não	414	92,2	89,3-94,3
Sim	35	7,8	5,6-10,7
<b>Dinapenia manual</b>			
Não	303	67,5	62,9-71,7
Sim	146	32,5	28,3-37,0
<b>Consulta médica nos últimos 12 meses</b>			
Não	65	14,5	11,5-18,0
Sim	384	85,5	81,9-88,4
<b>Internação hospitalar por 24h ou mais nos últimos 12 meses</b>			
Não	398	88,6	85,3-91,2
Sim	51	11,36	8,7-14,6

\*n: frequência absoluta; †: frequência relativa; ‡IC95%: intervalo de confiança 95%.

## 6.2 INCAPACIDADE FUNCIONAL

A prevalência de incapacidade funcional nas ABVD foi de 21,3%, ocorrendo em 14,1% na atividade de atravessar um cômodo ou andar de um cômodo para outro (presença de alguma dificuldade ou não conseguir realizar a atividade), 8,8% vestir-se, 8,7% tomar banho, 4,3% comer a partir de um prato colocado à sua frente, 10,6% deitar e/ou levantar da cama, e 7,5% usar banheiro (Tabela 4).

Tabela 4. Atividades básicas de vida diária entre idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.

Variáveis	n*	P (%)†	IC95%‡
<b>Incapacidade para ABVD</b>			
Não	353	78,6	74,6-82,1
Sim	96	21,3	17,8-25,4
<b>Atravessar um cômodo ou andar de um cômodo para outro</b>			
Não tem dificuldade	385	85,7	82,1-88,7
Tem pequena dificuldade	33	7,3	5,2-10,1
Tem grande dificuldade	16	3,5	2,1-5,7
Não consegue	15	3,3	2,0-5,4
<b>Vestir-se</b>			
Não tem dificuldade	409	91,0	88,0-93,4
Tem pequena dificuldade	19	4,2	2,7-6,5
Tem grande dificuldade	6	1,3	0,6-2,9
Não consegue	15	3,3	2,0-5,5
<b>Tomar banho</b>			
Não tem dificuldade	410	91,3	88,3-93,5
Tem pequena dificuldade	9	2,0	1,0-3,8
Tem grande dificuldade	9	2,0	1,0-3,8
Não consegue	21	4,7	3,0-7,0
<b>Comer</b>			
Não tem dificuldade	429	95,5	93,1-97,1
Tem pequena dificuldade	7	1,5	0,7-3,2
Tem grande dificuldade	6	1,3	0,6-2,9
Não consegue	7	1,5	0,7-3,2
<b>Deitar ou levantar da cama</b>			
Não tem dificuldade	401	89,3	86,0-91,9
Tem pequena dificuldade	28	6,2	4,3-8,9
Tem grande dificuldade	10	2,2	1,2-4,0
Não consegue	10	2,2	1,2-4,0
<b>Usar o banheiro</b>			
Não tem dificuldade	415	92,4	89,6-94,5
Tem pequena dificuldade	14	3,1	1,8-5,2
Tem grande dificuldade	7	1,5	0,7-3,2
<b>Não consegue</b>	<b>13</b>	<b>2,9</b>	<b>1,7-4,9</b>

\*n: frequência absoluta; †: frequência relativa; ‡IC95%: intervalo de confiança 95%.

A prevalência de incapacidade funcional nas AIVD foi de 66,5%, ocorrendo em 7,5% na atividade de higiene pessoal, 13,5% na preparação de refeição quente, 15,8% em cuidar do próprio dinheiro, 27,1% para usar algum tipo de transporte, 29,6% em fazer compras, 34,6% para usar telefone, 14,0% em administrar os próprios medicamentos, 44,4% realizar tarefas domésticas leves e 54,6% realizar tarefas domésticas pesadas.

Tabela 4. Atividades instrumentais de vida diária entre idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.

<b>Variáveis</b>	<b>n*</b>	<b>P (%)†</b>	<b>IC95%‡</b>
<b>Incapacidade para AIVD</b>			
Não	150	33,4	74,1-81,7
Sim	299	66,5	18,2-25,9
<b>Higiene pessoal</b>			
Não tem dificuldade	415	92,4	89,6-94,5
Tem pequena dificuldade	11	2,4	1,3-4,3
Tem grande dificuldade	10	2,2	1,2-4,0
Não consegue	13	2,9	1,7-4,9
<b>Preparar refeição quente</b>			
Não tem dificuldade	388	86,4	82,9-89,2
Tem pequena dificuldade	10	2,2	1,2-4,0
Tem grande dificuldade	11	2,4	1,3-4,3
Não consegue	40	8,9	6,6-11,9
<b>Cuidar do próprio dinheiro</b>			
Não tem dificuldade	370	82,4	78,6-85,7
Tem pequena dificuldade	13	2,9	1,7-4,9
Tem grande dificuldade	18	4,0	2,5-6,2
Não consegue	48	10,7	8,1-13,9
<b>Usar algum tipo de transporte</b>			
Não tem dificuldade	327	72,8	68,5-76,8
Tem pequena dificuldade	47	10,4	7,9-13,7
Tem grande dificuldade	35	7,8	5,7-10,7
Não consegue	40	8,9	6,7-11,9
<b>Fazer compra</b>			
Não tem dificuldade	316	70,3	65,9-74,4
Tem pequena dificuldade	29	6,4	4,5-9,1
Tem grande dificuldade	30	6,7	4,7-9,4
Não consegue	74	16,5	13,3-20,2
<b>Usar telefone</b>			
Não tem dificuldade	279	62,1	57,5-66,5
Tem pequena dificuldade	42	9,3	6,9-12,4
Tem grande dificuldade	33	7,3	5,2-10,1
Não consegue	81	18,0	14,7-21,9
Não sabe/não tem telefone	14	3,1	1,9-5,2
<b>Administrar os próprios medicamentos</b>			

Não tem dificuldade	386	85,9	82,4-88,9
Tem pequena dificuldade	17	3,8	2,3-6,0
Tem grande dificuldade	11	2,4	1,4-4,7
Não consegue	35	7,8	5,6-10,7
<b>Realizar tarefas domésticas leves</b>			
Não tem dificuldade	249	55,4	50,8-60,0
Tem pequena dificuldade	56	12,4	9,7-15,9
Tem grande dificuldade	133	29,6	25,6-34,0
Não consegue	11	2,4	1,3-4,3
<b>Realizar tarefas domésticas pesadas</b>			
Não tem dificuldade	204	45,4	40,9-50,0
Tem pequena dificuldade	45	10,0	7,6-13,1
Tem grande dificuldade	57	12,7	9,9-16,1
<b>Não consegue</b>	<b>143</b>	<b>31,9</b>	<b>27,7-36,3</b>

\*n: frequência absoluta; †: frequência relativa; ‡IC95%: intervalo de confiança 95%.

A incapacidade na mobilidade atingiu 48,2% dos idosos entrevistados e 73,9% apresentaram incapacidade funcional em algum dos três domínios avaliados (ABVD, AIVD ou mobilidade).

Tabela 6. Incapacidade na mobilidade e incapacidade funcional geral entre idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.

Variáveis	n*	P (%)†	IC95%‡
<b>Incapacidade na mobilidade</b>			
Não tem dificuldade	232	51,7	47,0-56,2
Tem pequena dificuldade	77	17,1	13,9-20,9
Tem grande dificuldade	71	15,8	12,7-19,4
Não consegue	69	15,3	12,3-19,0
<b>Incapacidade funcional</b>			
Não	117	26,0	22,1-30,3
Sim	332	73,9	69,7-77,8

\*n: frequência absoluta; †: frequência relativa; ‡IC95%: intervalo de confiança 95%.

## 6.3 FATORES ASSOCIADOS À INCAPACIDADE FUNCIONAL

### 6.3.1 Análise bivariada da incapacidade segundo a dimensão

As prevalências de incapacidade funcional nas ABVD foram significativamente maiores entre os idosos com maiores idades, sendo de 15,5% entre aqueles de 70 a 79 anos e de 39,7% entre os de 80 anos e mais (Tabela 7).

Entre os comportamentos associados à incapacidade funcional nas ABVD destacou-se a inatividade física (36,0%). Maiores prevalências foram observadas entre os idosos que autoavaliaram a saúde como regular (23,9%) e muito ruim/ruim (36,2%), que relataram ter tido a saúde física e saúde mental ruins nos últimos 30 dias (28,9 e 27,8%, respectivamente). Associação significativa também foi encontrada para os idosos que mencionaram dor que incomodava frequentemente (28,8%) e que tiveram pelo menos um episódio de queda nos últimos 12 meses (31,1%) (Tabela 7).

Nas morbidades autorrelatadas, observaram-se altas prevalências entre os que tiveram diagnóstico médico de AVC (30,0%), DPOC (70,0%), e osteoporose (32,3%). Relato de exaustão física (33,1%) e a presença de dinapenia manual (39,7%) também revelaram associações. Internação hospitalar no mesmo período também apresentaram maiores prevalências em idosos com incapacidade funcional (39,2%) (Tabela 7).

Prevalências de incapacidade funcional nas AIVD foram significativamente maiores entre idosos que moravam na zona urbana (72,3%), do sexo feminino (72,3%), com maior idade (65,2% na faixa etária de 70 a 79 anos e de 87,3% e em 80 anos ou mais), sem companheiro (66,6%), nunca estudaram (75,7%), não trabalharam com remuneração nos últimos 30 dias (70,9%) (Tabela 7).

Os comportamentos associados à incapacidade funcional foram inatividade física (76,6%) e o consumo de álcool nos últimos 30 dias (51,9%). Maiores prevalências foram observadas entre os idosos que autoavaliaram a saúde física como regular (73,9%) e muito ruim/ruim (79,7%), que relataram ter tido a saúde física e saúde mental ruins nos últimos 30 dias (74,6 e 67,9%, respectivamente), aqueles que autoavaliaram a visão como muito ruim/ruim (87,2%) e o sono como muito ruim/ruim (78,4%). Associação significativa também foi encontrada para os idosos que mencionaram dor que incomodava frequentemente (80,3%) e que tiveram pelo menos um episódio de queda nos últimos 12 meses (77,7%) (Tabela 7).

Nas morbidades autorrelatadas, observaram-se altas prevalências entre os que tinham hipertensão (71,5%), doença cardíaca (85,0%), que tiveram diagnóstico médico de AVC (87,5%), artrite ou reumatismo (75,8%) e osteoporose (71,9%). O relato de exaustão física (75,1%) e a presença de dinapenia manual (84,2%) também revelaram associações. A realização de consulta médica nos últimos 12 meses e a internação hospitalar no mesmo período também apresentaram maiores prevalências com a incapacidade funcional (70,3 e 90,1%, respectivamente) (Tabela 7).

As prevalências de incapacidade funcional na mobilidade foram maiores entre os idosos que moravam na zona urbana (52,4%), de sexo feminino (53,5%), com maiores idades, sendo de 49,7% entre aqueles de 70 a 79 anos e de 67,5% entre os de 80 anos e mais, que nunca estudaram (61,3%), que não trabalharam remuneradamente nos últimos 30 dias (51,4%) (Tabela 7).

Os comportamentos associados à incapacidade funcional foram a inatividade física (65,1%) e o consumo de álcool nos últimos 30 dias (51,1%). Maiores prevalências foram observadas entre os idosos que autoavaliaram a saúde como regular (50,0%) e muito ruim/ruim (78,3%), que relataram ter tido a saúde física e saúde mental ruins nos últimos 30 dias (55,3 e 56,1%, respectivamente), aqueles que autoavaliaram a visão como muito ruim/ruim (62,4%) e o sono como muito ruim/ruim (62,6%). Associação significativa também foi encontrada para os idosos que mencionaram dor que incomodava frequentemente (60,1%) e que tiveram pelo menos um episódio de queda nos últimos 12 meses (60,0%) (Tabela 7).

Nas morbidades autorrelatadas, observaram-se altas prevalências entre os que tinham hipertensão (53,8%), doença cardíaca (73,3%), que tiveram diagnóstico médico de AVC (83,3%), DPOC (70,0%), artrite ou reumatismo (63,3%) e osteoporose (69,8%). O relato de exaustão física (71,0%) e a presença de dinapenia manual (67,1%) também revelaram associações. E a internação hospitalar no mesmo período também apresentaram maiores prevalências com a incapacidade funcional (76,5%) (Tabela 6).

Tabela 7: Análise bivariada para a prevalência de incapacidade nas ABVD, AIVD e na mobilidade entre os idosos de 60 anos e mais (n=449).  
Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.

Variáveis	Incapacidade nas ABVD					Incapacidade nas AIVD					Incapacidade na mobilidade				
	n*	P (%)†	Valor de p	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	Valor de p	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	Valor de p	RP‡	IC95%§
<b>Região de moradia</b>			0,586					<0,001					0,001		
Urbana	77	21,9		1,13	0,72-1,80	254	72,3		1,58	1,26-1,97	184	52,4		1,56	1,16-2,09
Rural	19	19,3		1,00		45	45,9		1,00		33	33,7		1,00	
<b>Nível econômico</b>			0,332					0,088					0,110		
D/E	52	19,9		1,00		170	64,9		1,00		127	48,5		1,00	
C2	32	26,0		1,31	0,89-1,92	91	73,9		1,14	0,99-1,30	66	53,7		1,10	0,90-1,36
C1/B2/B1/A	12	18,8		0,94	0,53-1,66	38	59,4		0,91	0,73-1,14	24	37,5		0,77	0,55-1,09
<b>Idade</b>			<0,001					<0,001					<0,001		
60 a 69 anos	21	12,9		1,00		84	51,9		1,00		52	32,1		1,00	
70 a 79 anos	25	15,5		1,19	0,69-2,05	105	65,2		1,26	1,04-1,51	80	49,7		1,55	1,18-2,03
80 e mais anos	50	39,7		3,06	1,94-4,81	110	87,3		1,68	1,43-1,98	85	67,5		2,10	1,62-2,71
<b>Sexo</b>			0,262					0,001					0,004		
Masculino	31	18,7		1,00		95	56,9		1,00		66	39,5		1,00	
Feminino	65	23,0		1,24	0,85-1,82	204	72,3		1,27	1,09-1,48	151	53,5		1,35	1,09-1,68
<b>Situação conjugal</b>			0,513					<0,001					0,694		
Com companheiro(a)	55	22,5		1,00		181	74,1		1,00		120	49,1		1,00	
Sem companheiro(a)	41	20,0		0,89	0,62-1,27	118	66,6		0,77	0,66-0,89	97	47,3		0,96	0,79-1,17
<b>Cor</b>			0,504					0,241					0,040		
Branca	45	22,9		1,00		137	69,5		1,00		106	53,9		1,00	
Preta/ parda	51	20,2		0,89	0,62-1,26	162	64,3		0,92	0,81-1,05	111	44,0		0,81	0,68-0,99
<b>Escolaridade</b>			0,161					<0,001					<0,001		
Nunca estudou	46	25,4		1,60	0,95-2,72	137	75,7		1,44	1,17-1,77	111	61,3		1,82	1,34-2,47
1 a 5 anos de estudo	35	20,2		1,28	0,74-2,22	112	64,7		1,23	0,99-1,53	74	42,8		1,27	0,91-1,77
6 anos e mais de estudo	15	15,8		1,00		50	53,6		1,00		32	33,7		1,00	
<b>Arranjo domiciliar</b>			0,264					0,988					0,672		
Mora com 1 pessoa ou mais	83	22,3		1,00		247	66,6		1,00		181	48,8		1,00	
Mora sozinho	13	16,7		0,74	0,44-1,27	52	66,7		1,00	0,84-1,19	36	46,1		0,95	0,73-1,23
<b>Trabalho remunerado nos últimos 30 dias</b>			0,088					<0,001					<0,001		
Não	91	22,4		1,97	0,84-4,60	287	70,9		2,60	1,60-4,22	208	51,4		1,00	
Sim	5	11,4		1,00	0,05-0,26	12	27,3		1,00		9	20,5		2,51	1,39-4,53
<b>Prática de atividade física</b>			<0,001					<0,001					<0,001		
Ativo	33	12,0		1,00		165	60,2		1,00		103	37,6		1,00	
Inativo	63	36,0		2,98	2,05-4,35	134	76,6		1,27	1,12-1,44	114	65,1		1,73	1,45-2,08

<b>Consumo de álcool nos últimos 30 dias</b>			0,021					0,014				0,001			
Não	91	23,0		1,00		271	68,6		1,00		202	51,1		1,00	
Sim	5	9,7		0,40	0,17-0,94	28	51,9		0,75	0,58-0,99	15	27,8		0,54	0,35-0,84
<b>Tabagismo</b>			0,339					0,568					0,123		
Nunca fumou	61	23,0		1,00		179	67,6		1,00		129	48,7		1,00	
Ex-fumante	30	20,7		0,89	0,60-1,34	97	66,9		0,99	0,86-1,14	75	51,7		1,06	0,87-1,29
Fumante	5	12,9		0,56	0,24-1,30				0,87	0,66-1,4	13	33,3		0,69	0,43-1,09
<b>Autoavaliação da saúde</b>			<0,001					<0,001					<0,001		
Muito boa /boa	25	12,9		1,00		106	54,7		1,00		70	36,0		1,00	
Regular	44	23,9		1,86	1,19-2,90	136	73,9		1,35	1,16-1,56	92	50,0		1,39	1,09-1,76
Muito ruim/ruim	25	36,2		2,81	1,73-4,55	55	79,7		1,46	1,22-1,78	54	78,3		2,17	1,73-2,71
<b>Saúde física ruim nos últimos 30 dias</b>			<0,001					<0,001					0,003		
Não	30	13,6		1,00		129	58,4		1,00		91	41,1		1,00	
Sim	66	28,9		2,13	1,44-3,15	170	74,6		1,27	1,11-1,46	126	55,3		1,34	1,10-1,63
<b>Saúde mental ruim nos últimos 30 dias</b>			0,005					0,616					0,005		
Não	44	16,8		1,00		172	65,7		1,00		112	42,8		1,00	
Sim	52	27,8		1,66	1,16-2,36	127	67,9		1,03	0,90-1,18	105	56,1		1,31	1,09-1,59
<b>Autoavaliação da visão</b>			0,047					0,004					0,001		
Muito boa/boa	30	16,3		1,00		114	61,9		1,00		75	40,8		1,00	
Regular	31	22,1		1,36	0,87-2,13	87	62,1		1,00	0,84-1,19	64	45,7		1,12	0,87-1,44
Muito ruim/ruim	35	28,0		1,71	1,11-2,64	98	78,4		1,27	1,09-1,46	78	62,4		1,53	1,23-1,91
<b>Autoavaliação do sono</b>			0,062					<0,001					0,020		
Muito boa/boa	47	17,7		1,00		161	60,5		1,00		117	43,9		1,00	
Regular	31	27,9		1,58	1,06-2,35	76	68,5		1,13	0,96-1,32	55	49,6		1,13	0,89-1,42
Muito ruim/ruim	18	25,0		1,41	0,88-2,28	62	86,1		1,42	1,24-1,63	45	62,5		1,42	1,13-1,78
<b>Dor que incomoda frequentemente</b>			0,001					<0,001					<0,001		
Não	39	15,5		1,00		140	55,8		1,00		97	38,7		1,00	
Sim	57	28,8		1,85	1,29-2,66	159	80,3		1,44	1,26-1,64	120	60,1		1,57	1,29-1,90
<b>Queda nos últimos 12 meses</b>			0,001					0,002					0,001		
Não	54	17,2		1,00		195	62,1		1,00		136	43,3		1,00	
Sim	42	31,1		1,80	1,28-2,57	104	77,0		1,24	1,09-1,40	81	60,0		1,39	1,15-1,67
<b>Diagnóstico médico de hipertensão</b>								0,001					0,001		
Não	26	18,0		1,00		81	56,2		1,00		53	36,8		1,00	
Sim	70	22,9		1,27	0,85-1,90	218	71,5		1,27	1,08-1,49	164	53,8		1,46	1,15-1,85
<b>Diagnóstico médico de diabetes</b>			0,743					0,091					0,404		
Não	73	21,0		1,00		224	64,5		1,00		164	47,3		1,00	
Sim	23	22,6		1,07	0,70-1,62	75	73,5		1,14	0,99-1,31	53	51,9		1,09	0,88-1,37
<b>Diagnóstico médico de doença cardíaca</b>			0,080					0,001					<0,001		
Não	78	20,0		1,00		248	63,8		1,00		173	44,5		1,00	
Sim	18	30,0		1,49	0,97-2,31	51	85,0		1,33	1,17-1,52	44	73,3		1,65	1,37-1,99
<b>Diagnóstico médico de AVC</b>			0,003					0,026					<0,001		

Não	85	20,0		1,00		278	65,4		1,00		197	46,4		1,00	
Sim	11	45,9		2,29	1,42-3,69	21	87,5		1,33	1,13-1,58	20	83,3		1,79	1,46-2,20
<b>Diagnóstico médico de asma</b>			0,183					0,305					0,430		
Não	88	20,8		1,00		280	66,0		1,00		203	47,9		1,00	
Sim	8	32,0		1,54	0,84-2,81	19	76,0		1,15	0,91-1,45	14	56,0		1,17	0,81-1,68
<b>Diagnóstico médico de enfisema, bronquite crônica ou DPOC</b>			0,035					0,044					0,014		
Não	85	20,3		1,00		274	65,4		1,00		196	46,8		1,00	
Sim	11	36,7		1,80	1,08-3,00	25	83,3		1,27	1,07-1,51	21	70,0		1,49	1,16-1,93
<b>Diagnóstico médico de artrite ou reumatismo</b>			0,385					0,012					<0,001		
Não	67	20,4		1,00		208	63,2		1,00		141	42,9		1,00	
Sim	29	24,2		1,19	0,80-1,74	91	75,8		1,19	1,05-1,37	76	63,3		1,48	1,23-1,78
<b>Diagnóstico médico de osteoporose</b>			0,003					0,003					<0,001		
Não	65	18,4		1,00		223	63,1		1,00		150	42,5		1,00	
Sim	31	32,3		1,75	1,22-2,52	76	79,1		1,25	1,10-1,42	67	69,8		1,64	1,37-1,96
<b>Exaustão física</b>			<0,001					0,008					<0,001		
Não	48	15,8		1,00		190	62,5		1,00		114	37,5		1,00	
Sim	48	33,1		2,09	1,48-2,96	109	75,1		1,20	1,06-1,37	103	71,0		1,89	1,58-2,26
<b>Perda de peso ponderal nos últimos 3 meses</b>			0,005					0,034					0,702		
Não	82	19,8		1,00		270	65,2		1,00		199	48,0		1,00	
Sim	14	40,0		2,01	1,29-3,17	29	82,9		1,27	1,07-1,50	18	51,4		1,07	0,76-1,49
<b>Dinapenia manual</b>			<0,001					<0,001					<0,001		
Não	38	12,5		1,00		176	58,0		1,00		119	39,3		1,00	
Sim	58	39,7		3,17	2,21-4,53	123	84,2		1,45	1,29-1,63	98	67,1		1,70	1,43-2,05
<b>Consulta médica nos últimos 12 meses</b>			0,109					<0,001					0,085		
Não	9	13,9		1,00		29	44,6		1,00		25	38,5		1,00	
Sim	87	22,7		1,63	0,87-3,08	270	70,3		1,58	1,19-2,08	192	50,0		1,30	0,94-1,79
<b>Internação hospitalar por 24 horas ou mais nos últimos 12 meses</b>			0,001					<0,001					<0,001		
Não	76	19,1		1,00		253	63,6		1,00		178	44,7		1,00	
Sim	20	39,2		2,05	1,38-3,05	46	90,1		1,41	1,26-0,68	39	76,5		1,70	1,41-2,06

\*n: frequência absoluta da incapacidade funcional; †P: Prevalência; ‡RP: Razão de prevalência; §IC95%: intervalo de confiança 95%.

### 6.3.2 Análise bivariada da incapacidade funcional

As prevalências de incapacidade funcional foram significativamente maiores entre os idosos que moravam na zona urbana (79,2%), de sexo feminino (78,3%), com maiores idades, sendo de 76,4% entre aqueles de 70 a 79 anos e de 89,7% entre os de 80 anos e mais, sem companheiro (78,6%), que nunca estudaram (82,3%), que não trabalharam remuneradamente nos últimos 30 dias (77,5%) (Tabela 8).

Os comportamentos associados à incapacidade funcional foram a inatividade física (68,6%) e o consumo de álcool nos últimos 30 dias (53,7%). Maiores prevalências foram observadas entre os idosos que autoavaliaram a saúde física como regular (78,8%) e muito ruim/ruim (91,3%), que relataram ter tido a saúde física e saúde mental ruins nos últimos 30 dias (82,4 e 79,1%, respectivamente), aqueles que autoavaliaram a visão como muito ruim/ruim (87,2%) e o sono como muito ruim/ruim (91,6%). Associação significativa também foi encontrada para os idosos que mencionaram dor que incomodava frequentemente (86,8%) e que tiveram pelo menos um episódio de queda nos últimos 12 meses (84,4%) (Tabela 8).

Considerando as morbidades autorrelatadas, observaram-se altas prevalências entre os que tinham hipertensão (79,0%), doença cardíaca (93,2%), que tiveram diagnóstico médico de AVC (95,8%), artrite ou reumatismo (84,1%) e osteoporose (87,5%). O relato de exaustão física (83,4%) e a presença de dinapenia manual (88,3%) também revelaram associações. A realização de consulta médica nos últimos 12 meses e a internação hospitalar no mesmo período também apresentaram maiores prevalências com a incapacidade funcional (77,0 e 94,1%, respectivamente) (Tabela 8).

Tabela 8. Análise bivariada para a prevalência de incapacidade funcional entre os idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.

Variáveis	n*	P (%)†	Valor de p	RP‡	IC95%§
<b>Região de moradia</b>			<0,001		
Urbana	278	79,2		1,44	1,19-1,73
Rural	54	55,1		1,00	
<b>Nível econômico</b>			0,108		
D/E	192	73,3		1,00	
C2	98	79,7		1,09	0,97-1,22
C1/B2/B1/A	42	65,6		0,89	0,74-1,08
<b>Sexo</b>			0,005		
Masculino	111	66,4		1,00	
Feminino	221	78,3		1,18	1,04-1,33
<b>Idade</b>			<0,001		
60 a 69 anos	96	59,3		1,00	
70 a 79 anos	123	76,4		1,29	1,10-1,50
80 e mais anos	113	89,7		1,51	1,31-1,74
<b>Situação conjugal</b>			0,013		
Com companheiro(a)	140	68,2		0,87	0,77-0,97
Sem companheiro(a)	192	78,6		1,00	
<b>Cor</b>			0,071		
Branca	154	78,1		1,00	
Preta/ parda	178	70,6		0,90	0,81-1,00
<b>Escolaridade</b>			0,001		
Nunca estudou	149	82,3		1,30	1,10-1,54
1 a 5 anos de estudo	123	71,1		1,12	0,94-1,35
6 anos e mais de estudo	60	63,1		1,00	
<b>Arranjo domiciliar</b>			0,707		
Mora com 1 pessoas ou mais	273	73,5		1,00	
Mora sozinho	59	75,6		1,02	0,89-1,18
<b>Trabalho remunerado nos últimos 30 dias</b>			<0,001		
Não	314	77,5		1,89	1,32-2,71
Sim	18	40,9		1,00	
<b>Prática de atividade física</b>			0,001		
Ativo	144	82,3		1,19	1,07-1,33
Inativo	188	68,6		1,00	
<b>Consumo de álcool nos últimos 30 dias</b>			<0,001		
Não	303	76,7		1,00	
Sim	29	53,7		0,07	0,54-0,90
<b>Tabagismo</b>			0,182		
Nunca fumou	199	75,0		1,00	
Ex-fumante	109	75,1		1,00	0,89-1,12
Fumante	24	1,54		0,81	0,63-1,06
<b>Autoavaliação da saúde</b>			<0,001		
Muito boa /boa	122	62,8		1,00	
Regular	145	78,8		1,25	1,09-1,43
Muito ruim/ruim	63	91,3		1,45	1,27-1,65

<b>Saúde física ruim nos últimos 30 dias</b>			<0,001		
Não	144	65,1		1,00	
Sim	188	82,4		1,27	1,13-1,42
<b>Saúde mental ruim nos últimos 30 dias</b>			0,034		
Não	184	70,2		1,00	
Sim	148	79,1		1,13	1,01-1,26
<b>Autoavaliação da visão</b>			<0,001		
Muito boa/boa	124	67,4		1,00	
Regular	99	70,7		1,05	0,90-1,22
Muito ruim/ruim	109	87,2		1,29	1,15-1,50
<b>Autoavaliação do sono</b>			0,001		
Muito boa/boa	185	69,5		1,00	
Regular	81	82,1		1,05	0,91-1,20
Muito ruim/ruim	66	91,6		1,32	1,19-1,47
<b>Dor que incomoda frequentemente</b>			<0,001		
Não	160	63,7		1,00	
Sim	172	86,8		1,40	1,22-1,51
<b>Queda nos últimos 12 meses</b>			0,001		
Não	218	69,4		1,00	
Sim	114	84,4		1,22	1,09-1,35
<b>Diagnóstico médico de hipertensão</b>			<0,001		
Não	91	63,1		1,00	
Sim	241	79,0		1,25	1,09-1,43
<b>Diagnóstico médico de diabetes</b>			0,358		
Não	253	72,9		1,00	
Sim	79	77,4		1,06	0,94-1,20
<b>Diagnóstico médico de doença cardíaca</b>			<0,001		
Não	276	70,9		1,00	
Sim	56	93,3		1,31	1,20-1,44
<b>Diagnóstico médico de AVC</b>			0,012		
Não	309	72,7		1,00	
Sim	23	95,8		1,32	1,20-1,46
<b>Diagnóstico médico de asma</b>			0,809		
Não	313	73,8		1,00	
Sim	19	76,0		1,02	0,82-1,30
<b>Diagnóstico médico de enfisema, bronquite crônica ou DPOC</b>			0,100		
Não	306	73,0		1,00	
Sim	26	86,6		1,19	1,02-1,40
<b>Diagnóstico médico de artrite ou reumatismo</b>			0,003		
Não	231	70,2		1,00	
Sim	101	84,1		1,20	1,08-1,33
<b>Diagnóstico médico de osteoporose</b>			0,001		
Não	248	70,2		1,00	
Sim	84	87,5		1,24	1,13-1,38
<b>Exaustão física</b>			0,002		
Não	211	69,4		1,00	

Sim	121	83,4		1,20	1,08-1,33
<b>Perda de peso ponderal nos últimos 3 meses</b>			0,098		
Não	302	72,9		1,00	
Sim	30	85,7		1,18	1,01-1,36
<b>Dinapenia manual</b>			<0,001		
Não	203	67,0		1,00	
Sim	129	88,3		1,32	1,20-1,46
<b>Consulta médica nos últimos 12 meses</b>			<0,001		
Não	36	55,3		1,00	
Sim	296	77,0		1,40	1,11-1,74
<b>Internação hospitalar por 24 horas ou mais nos últimos 12 meses</b>			<0,001		
Não	284	71,3		1,00	
Sim	48	94,1		1,32	1,18-1,43

\*n: frequência absoluta da incapacidade funcional; †P: Prevalência; ‡RP: Razão de prevalência; §IC95%: intervalo de confiança 95%.

### 6.3.3 Análise multivariada da incapacidade segundo a dimensão

Na análise multivariada das ABVD as variáveis que estiveram independentemente associadas a incapacidade funcional foram: morar na zona urbana (RP=1,46; IC95% 1,21-1,76), idade entre 70 e 79 anos (RP=1,07; IC95% 0,65-1,79) ou 80 anos e mais (RP=1,97; IC95% 1,23-3,15), não praticar atividade física (RP=1,98; IC95% 1,36-2,89), ter tido saúde física ruim nos últimos 30 dias (RP=1,57; IC95% 1,09-2,26), ter caído pelo menos uma vez nos últimos 2 meses (RP=1,54; IC95% 1,11-2,14), sentir exausto fisicamente (RP=1,47; IC95% 1,07-2,04), presença de dinapenia manual (RP=1,92; IC95% 1,32-2,79) (Tabela 9).

Os fatores que se mostraram independentemente associados à maior prevalência de incapacidade funcional foram: idade entre 70 e 79 anos (RP=1,17; IC95% 0,99-1,39) ou 80 anos e mais (RP=1,33; IC95% 1,15-1,56), não ter companheiro (RP=1,33; IC95% 1,15-1,56), não ter estudado (RP=1,32; IC95% 1,10-1,56) e ter estudado 1 a 5 anos (RP=1,25; IC95% 1,03-1,50), não ter trabalhado nos últimos 30 dias (RP=2,15; IC95% 1,41-3,26), ter autoavaliado a saúde como muito ruim/ruim (RP=1,16; IC95% 1,02-1,31), relato de dor que incomoda frequentemente (RP=1,33; IC95% 1,18-1,50), presença de dinapenia manual (RP=1,21; IC95% 1,08-1,36) e ter tido consulta médica nos últimos 12 meses (RP=1,35; IC95% 1,07-1,69). O relato de não ter companheiro apresentou-se como fator de proteção para a incapacidade funcional (RP=0,81; IC95% 0,72-0,93) (Tabela 9).

Mostraram-se associados positivamente à maior prevalência de incapacidade funcional na mobilidade morar na zona urbana (RP=1,37; IC95% 1,08-1,74), idade entre 70 e 79 anos

(RP=1,21; IC95% 1,06-1,40) ou 80 anos e mais (RP=1,33; IC95% 1,17-1,52), ser do sexo feminino (RP=1,38; IC95% 1,12-1,69), não ter trabalhado nos últimos 30 dias (RP=1,78; IC95% 1,03-3,09), ser inativo fisicamente (RP=1,25; IC95% 1,04-1,49), ter autoavaliado a saúde como ruim (RP=1,53; IC95% 1,21-1,93), autoavaliação da visão como ruim ou muito ruim (RP=1,16; IC95% 1,02-1,31), relato de dor que incomoda frequentemente (RP=1,28; IC95% 1,07-1,52), ter tido diagnóstico médico de doença cardíaca (RP=1,30; IC95% 1,08-1,58), ter tido diagnóstico médico de AVC (RP=1,42; IC95% 1,09-1,85), ter sentido exausto fisicamente (RP=1,47; IC95% 1,2-1,74) e presença de dinapenia manual (RP=1,22; IC95% 1,03-1,45). Associação negativa e significativa foi encontrada com a maior categoria de nível econômico, C2 (RP=0,97; IC95% 0,80-1,16) e C1/B2/B1/A (RP=0,65; IC95% 0,9-0,86) (Tabela 9).

Tabela 9: Análise multivariada para a prevalência de incapacidade funcional nas ABVD, AIVD e Mobilidade entre os idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.

Variáveis	ABVD		AIVD		Mobilidade	
	RP*	IC95%†	RP*	IC95%†	RP*	IC95%†
<b>Região de moradia</b>						
Urbana	1,46	1,21-1,76			1,37	1,08-1,74
Rural	1,00				1,00	
<b>Nível econômico</b>						
D/E					1,00	
C2					0,97	0,80-1,16
C1/B2/B1/A					0,65	0,49-0,86
<b>Sexo</b>						
Masculino					1,00	
Feminino					1,38	1,12-1,69
<b>Idade</b>						
60 a 69 anos	1,00		1,00		1,00	
70 a 79 anos	1,07	0,65-1,79	1,17	0,99-1,39	1,49	1,19-1,88
80 e mais anos	1,97	1,23-3,15	1,33	1,15-1,56	1,67	1,33-2,10
<b>Situação conjugal</b>						
Com companheiro(a)			1,00			
Sem companheiro(a)			0,81	0,72-0,93		
<b>Escolaridade</b>						
Nunca estudou			1,32	1,10-1,56		
1 a 5 anos de estudo			1,25	1,03-1,50		
6 anos e mais de estudo			1,00			
<b>Trabalho remunerado nos últimos 30 dias</b>						
Não			2,15	1,41-3,26	1,78	1,03-3,09
Sim			1,00		1,00	
<b>Prática de atividade física</b>						
Ativo	1,00				1,00	
Inativo	1,98	1,36-2,89			1,25	1,04-1,49
<b>Autoavaliação da saúde</b>						
Muito boa /boa			1,00		1,00	
Regular			1,19	1,04-1,37	1,19	0,97-1,47
Muito ruim/ruim			1,12	0,95-1,32	1,53	1,21-1,93
<b>Saúde física ruim nos últimos 30 dias</b>						
Não	1,00					
Sim	1,57	1,09-2,26				
<b>Autoavaliação da visão</b>						
Muito boa/boa			1,00			
Regular			0,97	0,83-1,12		

Muito ruim/ruim				1,16	1,02-1,31		
<b>Dor que incomoda frequentemente</b>							
Não				1,00		1,00	
Sim				1,33	1,18-1,50	1,28	1,07-1,52
<b>Queda nos últimos 12 meses</b>							
Não	1,00						
Sim	1,54	1,11-2,14					
<b>Diagnóstico médico de doença cardíaca</b>							
Não						1,00	
Sim						1,30	1,08- 1,58
<b>Diagnóstico médico de AVC</b>							
Não						1,00	
Sim						1,42	1,09-1,85
<b>Exaustão física</b>							
Não	1,00					1,00	
Sim	1,47	1,07-2,04				1,47	1,24-1,74
<b>Dinapenia manual</b>							
Não	1,00			1,00		1,00	
Sim	1,92	1,32-2,79		1,21	1,08-1,36	1,22	1,03-1,45
<b>Consulta médica nos últimos 12 meses</b>							
Não				1,00			
Sim				1,35	1,07-1,69		

\*RP: Razão de prevalência ajustada; †IC95%: intervalo de confiança 95%.

### 6.3.4 Análise multivariada da incapacidade funcional

Após análise multivariada, os fatores com associação independente à maior prevalência de incapacidade funcional foram: morar na zona urbana (RP=1,40; IC95% 1,20-1,64), idade entre 70 e 79 anos (RP=1,21; IC95% 1,06-1,40) ou 80 anos e mais (RP=1,33; IC95% 1,17-1,52), não ter trabalhado nos últimos 30 dias (RP=1,61; IC95% 1,16-2,25), ter tido saúde física ruim nos últimos 30 dias (RP=1,16; IC95% 1,05-2,29), autoavaliação da visão como ruim ou muito ruim (RP=1,20; IC95% 1,08-1,33), relato de dor que incomoda frequentemente (RP=1,23; IC95% 1,11-1,35), presença de dinapenia manual (RP=1,14; IC95% 1,04-1,26) e ter tido consulta médica nos últimos 12 meses (RP=1,25; IC95% 1,04-1,50). Associação negativa e significativa foi encontrada com a maior categoria de nível econômico, C1/B2/B1/A (RP=0,85; IC95% 0,72-0,99), e ter consumido álcool nos últimos 30 dias (RP=0,80, IC95% 0,65-0,99) (Tabela 10).

Tabela 10. Análise multivariada para a prevalência de incapacidade funcional entre os idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.

<b>Variáveis</b>	<b>RP*</b>	<b>IC95%†</b>
<b>Região de moradia</b>		
Urbana	1,40	1,20-1,64
Rural	1,00	
<b>Nível econômico</b>		
D/E	1,00	
C2	1,02	0,92-1,13
C1/B2/B1/A	0,85	0,72-0,99
<b>Idade</b>		
60 a 69 anos	1,00	
70 a 79 anos	1,21	1,06-1,40
80 e mais anos	1,33	1,17-1,52
<b>Trabalho remunerado nos últimos 30 dias</b>		
Não	1,61	1,16-2,25
Sim	1,00	
<b>Consumo de álcool nos últimos 30 dias</b>		
Não	1,00	
Sim	0,80	0,65-0,99
<b>Saúde física ruim nos últimos 30 dias</b>		
Não	1,00	
Sim	1,16	1,05-2,29
<b>Autoavaliação da visão</b>		
Muito boa/boa	1,00	
Regular	0,99	0,87-1,13
Ruim/muito ruim	1,20	1,08-1,33
<b>Dor que incomoda frequentemente</b>		
Não	1,00	
Sim	1,23	1,11-1,35
<b>Dinapenia manual</b>		
Não	1,00	
Sim	1,14	1,04-1,26
<b>Consulta médica nos últimos 12 meses</b>		
Não	1,00	
Sim	1,25	1,04-1,50

\*RP: Razão de prevalência ajustada; †IC95%: intervalo de confiança 95%.

#### 6.4 DINAPENIA MANUAL SEGUNDO O SEXO

A dinapenia manual foi observada em 32,5% dos idosos, tendo prevalência de 26,6% no sexo feminino e de 42,5% no sexo masculino (42,5%).

Tabela 11. Dinapenia manual segundo o sexo entre idosos de 60 anos e mais (n=449). Projeto 60+Vida, Guanambi, BA, Brasil, 2023.

Dinapenia manual	Mulher			Homem		
	<b>n*</b>	<b>P(%)<sup>†</sup></b>	<b>IC95%<sup>‡</sup></b>	<b>n*</b>	<b>P(%)<sup>†</sup></b>	<b>IC95%<sup>‡</sup></b>
Não	207	73,4	67,9-78,2	96	57,4	49,8-64,8
Sim	75	26,6	21,7-30,0	71	42,5	35,1-50,1

\*n: frequência absoluta; †: frequência relativa; ‡IC95%: intervalo de confiança 95%.

## 7 DISCUSSÃO

### 7.1 INCAPACIDADE FUNCIONAL

Este estudo revelou alta prevalência de incapacidade funcional, tanto em geral, quanto considerando alguma das dimensões: ABVD, AIVD e mobilidade. A prevalência de incapacidade nas AIVD foi a mais alta, seguida da mobilidade e das ABVD. Morar na zona urbana, ter idade entre 70 e 79 anos ou 80 anos e mais, não ter trabalhado nos últimos 30 dias, ter tido saúde física ruim nos últimos 30 dias, autoavaliação da visão como ruim ou muito ruim, relato de dor que incomoda frequentemente, presença de fadiga manual e ter tido consulta médica nos últimos 12 meses aumentaram a prevalência de ocorrência de incapacidade funcional. Maior nível econômico (C1/B2/B1/A) e ter consumido álcool nos últimos 30 dias apresentaram associação com menor ocorrência do desfecho.

Os elevados valores de prevalência na incapacidade funcional encontrados revelam um alerta importante, visto que a perda da capacidade funcional pode provocar sérios riscos para saúde física, mental e social do idoso. Conseqüentemente, pode ocasionar uma redução no seu bem estar condicionando-o ao isolamento social, à depressão e outros problemas que poderão favorecer o surgimento das morbimortalidades (Souza et al., 2016).

A literatura traz uma grande variação nas prevalências de incapacidade funcional. Um estudo de revisão sistemática com metanálise, que avaliou 23 artigos, mostrou que houve considerável variabilidade nos resultados globais de prevalência, que variaram de 13,2% a 85,0% (Campos et al., 2019). Esse estudo utilizou, em sua maioria, as ABVD e AIVD para mensurar a incapacidade funcional. O nosso estudo revelou uma prevalência geral de 73,9% e se assemelha com o método de avaliação utilizado.

Tareque et al. (2017), em Bangladesh, mostraram incapacidade geral em 42,4% dos idosos, valores bastante inferiores aos encontrados em Guanambi. Os autores utilizaram a classificação internacional de funcionalidade (CIF), um instrumento diferente do utilizado no presente estudo. A CIF inclui cinco domínios: (1) visão, (2) audição, (3) caminhar e escalar, (4) lembrar ou concentrar-se e (5) comunicar, dos quais apenas os domínios 1, 2, 3 e 4 estavam contidos nas escalas avaliadas nesta pesquisa. Os valores da incapacidade funcional podem oscilar devido aos diferentes métodos utilizados para avaliá-la. Essa variação dificulta a comparação dos resultados entre os artigos, demonstrando a necessidade de métodos padronizados de mensuração.

No que se refere à prevalência de incapacidade funcional nas ABVD, encontramos valores similares aos do ELSI-Brasil em 2015 e 2016, em que 23,2% relataram dificuldade em pelo menos uma ABVD (Giacomin et al., 2018). Porém, nossos resultados foram superiores aos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) no ano de 2013, cujo valor foi de 8,4% no Brasil e de 8,9% no estado da Bahia (Oliveira-Figueiredo et al., 2017). Uma metanálise, considerando estudos brasileiros com idosos no período de 2004 a 2018, encontrou prevalência de 19,0%, variando de 6,5 a 45,7% (Meneguci et al., 2019). Os autores explicam que uma das razões para essa grande variação é a média de idade dos participantes das pesquisas, visto que quanto maior a idade, maior também é o comprometimento no desempenho em alguma ABVD. No nosso estudo, a média de idade (74,3 anos) pode ser considerada alta, o que contribui com o aumento da prevalência.

A alta prevalência de incapacidade nas AIVD (66,5%) é corroborada pelo estudo de Caires et al. (2019) em outro município baiano, Aiquara, no ano de 2015, cujo valor encontrado foi de 62,1%. Considerando resultados nacionais, Oliveira-Figueiredo et al. (2017) mostraram incapacidade nas AIVD de 24,5% no estado da Bahia. Uma metanálise com 21 estudos revelou uma prevalência de 43,0%, com variação de 14,6 a 81,7% (Meneguci et al., 2019). Meneguci et al. ressaltaram que a incapacidade funcional, tanto nas ABVD quanto nas AIVD, teve maiores índices na região Nordeste do Brasil, provavelmente em função do contexto social vivenciado por esses idosos, com desigualdades nas exposições e vulnerabilidades quando comparados àqueles das demais regiões do país. A população investigada em nosso estudo foi composta por idosos de um município no interior da Bahia, com predominância de menor escolaridade e nível econômico. Essas características também podem ter refletido dificuldades na mensuração de algumas das AIVD. A maior prevalência nas AIVD, em comparação às ABVD, é algo esperado, pois é sabido que estas são atividades mais complexas e que precisam de uma capacidade cognitiva preservada, uma força muscular maior e uma mobilidade mais ativa desses idosos (Gomes, Mendes, Fracolli, 2016).

A incapacidade na mobilidade funcional esteve presente em 48,2%, indicando que quase metade dos idosos estudados tinha alguma dificuldade para locomover-se por 100 metros. Valores acima destes foram encontrados no estudo de Silva et al. (2019) em Caicó, município do estado do Rio Grande do Norte (RN), onde a incapacidade na mobilidade esteve presente em 67,9% dos idosos. No estudo Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE), a dificuldade no domínio “caminhar uma quadra”, ao longo de 4 ondas (2000 a 2015), revelou proporções crescentes, porém inferiores a 20% (Nascimento, Duarte, Chiavegatto Filho, 2022). No estudo de Bomfim (2022), com dados do ELSI-Brasil, realizado entre 2015 e 2016,

foi encontrada prevalência de 21,1%. Uma revisão sistemática identificou que a prevalência de limitações de mobilidade em idosos variou de 58,1% a 93,2% e a incidência apresentou percentuais de 23% a 53,7% (Araújo et al., 2020). Assim como na população estudada, esses autores mostraram que o relato de dor, de doenças cardíacas ou articulares poderia aumentar a incapacidade da mobilidade funcional.

Este estudo mostrou associação positiva entre a moradia na região urbana e a ocorrência de incapacidade funcional geral, nas ABVD e na mobilidade. Souza, Gonçalves e Gamba (2018), em um estudo realizado com 130 idosos residentes em Benevides-PA, em áreas urbana e rural atendidos pela Estratégia Saúde da Família, encontraram incapacidade funcional tanto na área urbana (78,4%) quanto na rural (84,3%). Segundo os autores, os idosos da área urbana possuíam melhor escore para a capacidade funcional preservada, dado que as equipes de saúde do Programa Saúde da Família ofereciam melhor acesso aos serviços em ambiente urbano. Esse acesso poderia estar dificultado pela área geográfica aos idosos rurais (Souza, Gonçalves e Gamba, 2018). Essa aparente contradição com o nosso estudo pode ser explicada em função da migração de idosos da zona rural com incapacidade funcional para o centro urbano, em busca de melhor acesso ao serviço de saúde especializado. Entretanto, são necessários estudos adicionais para explorar essa questão.

Em relação ao nível econômico, este estudo mostrou prevalência 15% menor de incapacidade funcional entre os idosos de classe econômica mais alta (C1/B2/B1/A). Considerando a dimensão mobilidade, a prevalência foi 35% menor para essa mesma classe econômica. Um estudo feito na China encontrou associação relevante entre a renda familiar mais baixa e a incapacidade funcional (Hu, Si e Li, 2020), embora nesse estudo a incapacidade funcional tenha sido avaliada apenas por meio das ABVD e AIVD. A literatura mostra um maior acesso a serviços de saúde pela população com melhor renda (Kagawa e Corrente, 2015). Bomfim (2022) encontrou associação entre a redução na mobilidade e a menor renda familiar num estudo nacional. Embora, num corte transversal, seja visualizada apenas uma análise pontual, o nível econômico do idoso reflete o curso da sua vida. Bomfim discute que a exposição vivenciada em períodos anteriores pode ter um efeito sobre as condições de saúde em idades mais avançadas (Bomfim, 2022).

Apesar da prevalência da incapacidade funcional ter sido maior entre o sexo feminino que o masculino, esse efeito não foi mantido após ajustes pelas demais variáveis. Essa diferença permaneceu significativamente maior para as mulheres apenas para a dimensão mobilidade (RP=1,38). Vários estudos demonstram uma relação entre o sexo e a incapacidade funcional, especialmente no que concerne à mobilidade (Nascimento, Duarte, Chiavegatto

Filho, 2022; Campos et al., 2019; Ahmed et al., 2016). Nascimento, Duarte e Chiavegatto Filho observaram que o sexo feminino apresentou prevalência de limitação na mobilidade de cerca de 20% a 30% maior do que a dos homens nas quatro ondas do estudo SABE (Nascimento, Duarte, Chiavegatto Filho, 2022), independentemente da maior sobrevivência média das mulheres. Ahmed et al. (2016) sugeriram que papéis de gênero decorrentes da construção social podem estar ligados à função física e à mobilidade na idade avançada, visto que há, na sociedade, a expectativa que homens exibam melhor saúde geral ao longo da vida (Ahmed et al., 2016).

A idade avançada mostrou-se associada à pior capacidade funcional, com uma relação dose-resposta. Considerando apenas as dimensões da ABVD e AIVD, apenas a categoria com 80 anos e mais apresentou associação significativa. Esse achado corrobora com os estudos de Machado et al. (2022), no qual a baixa capacidade funcional apresentou como determinantes a idade mais avançada. Maiores prevalências de incapacidade funcional em ABVD foram observadas entre idosos mais velhos, em um estudo que utilizou informações do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) de 2008 (Camargos e Gonzaga, 2015). Malta et al., (2016) discute que o avanço da idade é considerado um dos mais importantes fatores de risco para a deterioração da capacidade funcional dos idosos, devido ao aumento das alterações fisiológicas e da prevalência de doenças crônicas. Nesse sentido, Cruz et al. (2016) discutem que ao envelhecer o indivíduo está mais suscetível às limitações, tanto de ordem física, intelectual quanto sociais (Cruz et al., 2016).

Viver sem companheiro(a) foi negativamente associado à incapacidade nas AIVD neste estudo, resultado diferente do observado na literatura (Farías-Antúnez et al., 2018). Farías-Antúnez et al. (2018) identificaram que os idosos sem companheiro apresentaram maior prevalência de incapacidade funcional para atividades instrumentais quando comparados aos idosos que tinham companheiro. Paço (2016) explica que não ter companheiro pode levar o idoso a uma condição de isolamento social e menor preocupação com a saúde, com possível consequência negativa na sua capacidade funcional. Além disso, a maior prevalência de incapacidade funcional em idosos sem companheiro pode estar relacionada ao fato da situação de viuvez, por exemplo, tender a ser maior em pessoas mais idosas, justamente o grupo com maior prevalência de incapacidade (Paço, 2016). Por outro lado, como as AIVD consistem em tarefas essenciais para a manutenção da independência, é possível que, para o idoso que não tenha companheiro, ocorra mais autonomia pela necessidade de realizar as AIVD. Muitas dessas atividades também podem ter uma relação

com o gênero, fazendo com que o companheiro ou a companheira assuma a responsabilidade sobre essas tarefas.

A menor escolaridade aumentou a incapacidade nas AIVD. Este resultado é corroborado pelo estudo de Farías-Antúnez et al. (2018), feito em Pelotas, no Rio Grande do Sul, no qual a menor escolaridade foi determinante para ocorrência da incapacidade funcional em idosos. Pereira et al. (2012), explica que a realização das AIVD apresenta maior dificuldade intelectual que as ABVD. Nesse estudo, observamos uma baixa escolaridade dos idosos avaliados, o que pode ter interferido diretamente nos resultados.

Os idosos que não trabalharam nos últimos 30 dias apresentaram maiores prevalências de incapacidade total, assim como nas dimensões AIVD e mobilidade. Farías-Antúnez et al. (2018), encontram resultado similar para as AIVD e incapacidade total, definida como a necessidade (parcial ou total) de ajuda para realizar pelo menos uma ABVD ou AIVD. Rebêlo et al. (2020) explicam que não exercer atividades laborais é um fator preditor para perda da capacidade funcional. Os autores ainda discutem que a ocupação com atividades laborativas favorece o estilo de vida mais ativo, nos aspectos físicos, sociais e mentais. Sato et al. (2017), argumentam que o trabalho remunerado tem um papel positivo para os idosos e, quando adequado às limitações físicas, previne doenças e promove saúde. Quanto à dimensão mobilidade, Costa et al. (2018), apesar de utilizarem um método diferente do que foi usado neste estudo para avaliar a mobilidade, concluiu que o trabalho remunerado é um fator importante para a conservação da saúde física, mental, autonomia, habilidades cognitivas e sensoriais e melhoria da qualidade de vida. Porém, por este se tratar de um estudo transversal, a temporalidade entre o trabalho remunerado e a ocorrência de incapacidade funcional pode não estar bem definida. Assim, é possível que a incapacidade tenha levado a uma aposentadoria ou ao recebimento de benefício, numa relação de causalidade reversa.

A inatividade física mostrou-se associada à ocorrência de dificuldades ou incapacidade nas ABVD e na mobilidade, mesmo após ajustes. Brito et al. (2016), utilizando a escala de Barthel para avaliar a incapacidade funcional, concluíram que as maiores prevalências foram observadas entre os idosos que não praticavam atividade física. Esta escala avalia as atividades básicas de vida diária: alimentar-se, vestir-se, realizar higiene pessoal, colocar aparelho ortopédico (se aplicável), controlar os esfíncteres, usar vaso sanitário, deambular (se cadeirante, utilizar a cadeira de rodas), subir e descer escadas. Nascimento et al. (2013) discutem que os níveis de atividade física dos indivíduos tendem a diminuir com o passar dos anos, o que poderia confundir, em partes, a associação identificada. A OMS (2010) recomenda 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física

vigorosa por semana em sessões de pelo menos 10 minutos de duração. A prática regular de atividade física na terceira idade, como caminhada, dança, alongamento, entre outras, promove a manutenção da capacidade funcional e melhora da aptidão física e autonomia. Além dos benefícios físicos como diminuição de dores e câimbras, aumento da sensação de bem-estar e disposição para a realização das atividades de vida diária, também há relatos de grande melhoria nos aspectos mental e social (Pontes et al. 2019). Sá et al. (2016) ressaltam a importância da atividade física de grupo na Atenção Primária à Saúde, não apenas com exercícios físicos, mas também com ações de promoção à saúde que enfoquem a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

No que tange o consumo de álcool nos últimos 30 dias, este estudo encontrou associação negativa com a incapacidade funcional. Esse resultado foi diferente do estudo de Nunes et al. (2017), com idosos de Bagé, no Rio Grande do Sul, em 2008, no qual aqueles que consumiram bebida alcoólica apresentaram mais incapacidade nas funções básicas e instrumentais. Os nossos achados estão em consonância com o estudo de Caires et al. (2019), em Aiquara-BA, no qual foi observada alta prevalência de incapacidade funcional na AIVD entre os idosos que não consumiam bebida alcoólica (Caires et al., 2019). Em função do delineamento transversal, é possível que tenha havido um efeito de causalidade reversa, em que a incapacidade antecedeu o consumo ou não do álcool. Outra questão que merece destaque é o período em que essa pesquisa foi realizada, logo após o término da pandemia de Covid-19. É possível que a população idosa tenha modificado seu estilo de vida, especialmente o consumo de álcool e de tabaco, em função do medo de adoecer (Malta et al., 2020). Assim, o efeito de período provocado pela pandemia pode ter modificado algumas das associações comumente observadas.

A autoavaliação ruim da saúde geral ou física mostrou aumentar a prevalência dos desfechos avaliados, achado também encontrado em outros estudos. Brito, Menezes e Olinda (2016) observaram uma tendência de autopercepção negativa da saúde relacionada à incapacidade funcional. O estudo de Silva et al. (2014) mostrou relação com incapacidade funcional, mas também com aspectos nutricionais insuficientes, a inatividade física, alterações cognitivas e sintomatologia depressiva. Silva et al. (2012) explicam que a presença de limitações para desempenhar atividades diárias associa-se à percepção negativa do estado de saúde, uma vez que o comprometimento funcional é tido como um indicador de referência para o indivíduo idoso da sua própria condição de saúde. Sendo assim, o declínio da funcionalidade seria, portanto, motivo para uma pior percepção de saúde.

Este estudo mostrou associação positiva entre a incapacidade funcional geral e nas AIVD e a autoavaliação da visão como ruim e muito ruim, corroborando com os estudos de Soares et al. (2019) e Pengpid & Peltzer (2021). Botoseneanu et al. (2016) reforçam que a redução da acuidade visual, decorrente do envelhecimento, pode causar alterações no equilíbrio e na mobilidade e, conseqüentemente, maior propensão à incapacidade funcional.

No que se refere à dor que incomoda frequentemente, foi observada associação positiva com a incapacidade funcional para mobilidade e AIVD, corroborando com os achados de Figueiredo et al. (2013), que relatam limitações em atividades diárias como realizar o autocuidado e tarefas domésticas, ir às compras, caminhar, levantar objetos, etc. Também as atividades ligadas à participação social como visitar amigos e frequentar igreja tornam-se mais difíceis. Ünal et al. (2019) justificam que a dor pode prejudicar a qualidade de vida dos idosos, em decorrência das limitações ou incapacidades de realizar atividades de vida diária, desesperança, fadiga e distúrbios do sono. Isto destaca o quanto a dor é limitante para a funcionalidade do longo, prejudicando a autonomia e o bem-estar (Quadros et al., 2015).

Queda nos últimos 12 meses mostrou-se associada com a incapacidade nas ABVD, corroborando com os estudos de Moreira et al. (2020) e De Souza-Araújo (2019), que concluíram que quanto maior a dependência funcional nas atividades básicas, maior foi o número de quedas ocorridas no último ano. Moreira et al. (2020) ressaltaram ainda que, os riscos de queda aumentam significativamente com a idade, podendo ocasionar, além do declínio funcional e aumento da dependência, danos físicos como ferimentos, fraturas e o aumento do número de internações hospitalares. Vieira et al. (2018) explicam que a associação entre queda e limitações funcionais nas ABVD tem dupla direcionalidade, pois as quedas representam um forte preditor de incapacidade funcional, pela qual é considerada como evento sentinela para perda de independência e marcador de fragilidade.

Ter diagnóstico médico de doença cardíaca mostrou-se associada com a incapacidade funcional na mobilidade, corroborando com os estudos de Bernardes et al. (2019); Nascimento et al. (2022); Namuur et al. (2021). Nahas (2017) explica que as alterações patológicas do sistema cardiovascular mudam consideravelmente a capacidade do idoso em realizar a locomoção. Sendo exemplo de alterações da capacidade cardiovascular: atrofia de células musculares cardíacas; redução da capacidade máxima do coração; redução da força das contrações cardíacas; elevação do consumo de oxigênio pelo coração; redução da elasticidade das artérias e arteríolas e redução do aporte sanguíneo a todos os órgãos e glândulas, por redução do débito cardíaco e perda de elasticidade das artérias. Essas mudanças

levam à redução da resistência física devido à redução da capacidade aeróbia máxima, limitando a mobilidade.

Ter diagnóstico médico de AVC mostrou-se associada com a incapacidade funcional na mobilidade, corroborando com o estudo de Fonseca et al. (2021), realizado em Salvador, BA. Bitencourt et al. (2020), explica que o AVC é uma disfunção neurológica de grande impacto na sociedade, capaz de originar sequelas que podem acometer as habilidades físicas como controle motor, equilíbrio e força, reduzindo a mobilidade.

A exaustão física mostrou-se associada com a incapacidade funcional para as ABVD. Resultado diferente foi encontrado no estudo de Velloso e Jardim (2006), no qual, mostrou que a fadiga reflete diretamente na incapacidade para as AIVD. Segundo os autores, o idoso tende a conservar sua energia e priorizar a realização das ABVD. Dessa forma, esses indivíduos se apresentam fisicamente frágeis, de modo que se mantêm capazes de realizar suas atividades básicas, porém são incapazes de realizar alguma ou nenhuma das atividades que envolvem sua participação ativa na sociedade. No nosso estudo, as ABVD com maiores prevalências de incapacidades foram “atravessar de um cômodo a outro”, “deitar e levantar” e “usar o banheiro”, o que pode explicar a associação da incapacidade funcional com a exaustão, pois são atividades que demandam de uma boa força muscular, equilíbrio e mobilidade preservada.

A exaustão mostrou associação também com a incapacidade na mobilidade, corroborando com o estudo de Leite et al. (2022), realizado no Paraná. Peters et al (2021) explicam que a exaustão interfere na capacidade cardiorrespiratória e na qualidade da transferência desses indivíduos, causando redução do desempenho da mobilidade.

A dinapenia manual mostrou-se associada com o desfecho em todas as dimensões avaliadas. Esse achado é corroborando, em partes, com o estudo de Mancini et al. (2019) e Duchowny et al. (2018) no qual os idosos dinapênicos apresentaram redução nas AVD. Brito (2021), Wiśniowska-Szurlej et al. (2019) e Dodds et al. (2016), encontraram forte associação entre dinapenia na preensão manual e a mobilidade funcional. Clark et al. (2019) explicam que o declínio na mobilidade funcional pode estar relacionado às alterações na função dos sistemas muscular e esquelético, pois a diminuição da força e da massa muscular influencia fortemente no mau funcionamento desses sistemas, o que, por sua vez, envolve a mobilidade funcional (Clark et al., 2019).

Consulta médica nos últimos 12 meses mostrou-se associada com a incapacidade na realização das AIVD. Resultado similar foi encontrado no estudo de Silva et al. (2017), que definiu a incapacidade funcional a partir de qualquer dificuldade na realização das ABVD ou

AIVD. Lima-Costa et al. (2014) explicam que a demanda dos idosos por serviços de saúde pode estar relacionada com a piora nas suas condições funcionais, com o acesso, com a resolutividade das necessidades de saúde e com a qualificação dos profissionais. Pensando no contexto do SUS, os profissionais de saúde, especialmente da APS, precisam desenvolver ações destinadas a contribuir com a prevenção de doenças e complicações, ajudando esses usuários a buscarem a sua máxima independência funcional.

## 7.2 DINAPENIA SEGUNDO O SEXO

A dinapenia manual segundo o sexo neste estudo mostrou-se mais evidente no sexo masculino, resultado diferente foi com o estudo realizado por Wiśniowska-Szurlej et al., (2019) na Polônia, no qual a força de prensão manual diminuída foi identificada em 67,83% das mulheres e em 52,13% dos homens. No estudo ELSI-Brasil, realizado com 8.827 idosos, a prevalência de dinapenia foi de 17,7% entre os homens e 18,5% entre as mulheres, os autores ainda encontraram que as mulheres viviam mais e com mais anos livres de dinapenia que os homens (Borges et al., 2022). Segundo Zanardi et al. (2019), o envelhecimento acarreta alterações negativas no sistema neuromuscular, como incapacidade de ativação de unidades motoras e fibras musculares, e esta condição, aparentemente, afeta em maior magnitude as mulheres, haja vista a menor quantidade de massa muscular em comparação aos homens (Zanardi et al., 2019).

As diferenças observadas entre os sexos podem também ser atribuídas a outros determinantes do envelhecimento saudável. A OMS apresentou um relatório, em 2009, no qual revelou que mulheres tinham maiores prevalências de condições crônicas não fatais, quando comparadas aos homens (OMS, 2009). Desse modo, seria mais provável que mulheres apresentassem mais incapacidades.

## 7.3 LIMITAÇÕES

Este estudo possui algumas limitações, visto que é do tipo transversal e, portanto, nem sempre é possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis independentes e o desfecho, sendo difícil de interpretar algumas das associações identificadas. Além do mais, as atividades investigadas para mensurar a incapacidade nas AIVD podem estar mais ligadas a atividades vistas como femininas no contexto cultural brasileiro. Essa questão poderia estar

desfavorecendo a incapacidade funcional masculina em virtude dessas tarefas específicas, que no dia a dia não são realizadas pelos homens.

Ainda que tenha limitações, este estudo oferece grandiosa colaboração para a literatura, por se tratar de um estudo realizado em amostra representativa de idosos de um município de médio porte do interior do Nordeste do Brasil. Como ponto forte do estudo, destaca-se a representatividade da amostra no município estudado, tanto na zona rural quanto na zona urbana.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram caracterizar a população idosa e conhecer a prevalência de incapacidade funcional geral, bem como para as ABVD, AIVD e mobilidade. Após análise multivariada as variáveis que permaneceram associadas ao desfecho foram: região de moradia, nível econômico, sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, trabalho remunerado nos últimos 30 dias, prática de atividade física, autoavaliação da saúde, saúde física ruim nos últimos 30 dias, autoavaliação da visão, dor que incomoda frequentemente, queda nos últimos 12 meses, diagnóstico médico de doença cardíaca, diagnóstico médico de AVC, exaustão física, dinapenia manual e consulta médica nos últimos 12 meses. Pode-se concluir que a prevalência da incapacidade funcional entre em idosos guanambienses é alta.

A incapacidade funcional é um fator importante que pode conferir pior qualidade de vida aos idosos sendo uma condição relevante e prejudicial para o envelhecer ativo e saudável. Esses resultados podem contribuir para o conhecimento da funcionalidade dos idosos, oferecendo subsídios para gestores, pesquisadores e profissionais de saúde, com vistas ao direcionamento de políticas e ações integradas, transversais e intersetoriais em prol do envelhecimento saudável.

A prática atividade física pode trazer maior qualidade de vida, maior independência, autonomia e, conseqüentemente, menor incapacidade funcional. Sugerem-se a realização de atividades de promoção à saúde, especialmente no âmbito do SUS. Grupos de idosos, estímulo à prática de atividade física, por meio de atividades que sejam prazerosas aos idosos, podem ter um grande benefício a essa população.

Dessa maneira, é notória e importância da inserção do fisioterapeuta e do educador físico na Estratégia Saúde da Família, visando uma abordagem coletiva, a fim de minimizar as incapacidades funcionais e/ou as limitações causadas por ela. Assim os idosos poderiam ser assistidos mais próximo da integralidade, e teria uma melhor qualidade de envelhecimento saudável.

## 9 PERSPECTIVAS FUTURAS

Destaca-se a necessidade de realizar outros desenhos de estudos, com prioridade para o tipo longitudinal que permite estudar o comportamento e os desfechos das variáveis de interesse, em especial, a incapacidade funcional e os fatores associados. Estudos qualitativos, também seriam bem vindos para compreender os movimentos migratórios dos idosos entre as regiões rural e urbana, visto que a pessoa idosa deveria poder envelhecer em seu próprio território. A manutenção da capacidade funcional possui um papel fundamental na qualidade de vida dos idosos por estar relacionada com a possibilidade de manter um estilo de vida saudável, uma função no ambiente familiar e social em que vive e de estar inserido em uma rede social.

Preservar a capacidade funcional em idosos é um grande desafio para a saúde pública, sendo assim, faz-se necessário que as políticas públicas existentes sejam satisfatoriamente operacionalizadas com a finalidade de intervir sobre os fatores que estão associados à incapacidade funcional. Além disso, dado o caráter modificável de algumas das variáveis estudadas, é importante promover ações de prevenção, principalmente em nível primário, que retardem o surgimento de incapacidades.

Como perspectivas futuras, acredita-se que o conhecimento no âmbito municipal sobre a prevalência da incapacidade funcional poderá auxiliar na operacionalização do Programa Envelhecer nos Territórios. E ainda guiar os gestores da saúde pública para uma melhor implementar ações assertivas com o propósito de interferir sobre o processo de incapacidades funcionais na região.

Neste sentido, intervenções de educação em saúde, como a prática de atividade física, podem fazer parte das ações de assistência multidisciplinar ao idoso diante de uma abordagem multiprofissional. Tal estratégia contribui para preservar a capacidade funcional no envelhecimento e reduzir a necessidade precoce de institucionalizações. Adicionalmente, sugere-se maior vigilância da população idosa em relação ao bem estar físico, mental e social.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, D. R. O. M.; AZEVEDO, R. C. S.; SILVA, A. M. C; REINERS, A. A. O.; ABREU, H. C. A. Fatores associados à recorrência de quedas em uma coorte de idosos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, p. 3439-3446, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.21512015>. Acesso em: 4 nov. 2023.
- AHMED, T.; VAFAEI, A.; AUAIS, M.; GURALNIK, J.; ZUNZUNEGUI, M.V. *Gender Roles and Physical Function in Older Adults: Cross-Sectional Analysis of the International Mobility in Aging Study (IMIAS)*. **PLoS ONE**, [s.l.], v. 11, e0156828. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156828>. Acesso em: 13 de jun. 2023.
- ANDRADE, J. M.; DUARTE, Y. A. O.; ALVES, L. C.; ANDRADE, F. C. D.; SOUZA JUNIOR, P. R.; LIMA-COSTA, M. F.; ANDRADE, F. B. *Frailty profile in Brazilian older adults: ELSI-Brazil*. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 52, n. Suppl 2, 2019. DOI: 10.11606/s1518-8787.2018052000616. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/153933>. Acesso em: 4 ago. 2023.
- ARAÚJO, A.C. Q.; SILVA, V. A.; MOTA, R. S.; MENDES, A. S.; BARROS, A. S.; SANT'ANNA, M. V.; OLIVEIRA, M. J.; SANTOS, K. R. *Healthcare-related incidents in hospitalized elderly people*. **Revista de enfermagem UFPE online**, [s.l.], v. 14, e244639, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244639>. Acesso em: 4 jun. 2023.
- BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. Acesso em: 5 abr. 2023.
- BERNARDES, G. M.; MAMBRINI, J. V. DE M.; LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V. Perfil de multimorbidade associado à incapacidade entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, p. 1853-1864, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.17192017>. Acesso em: 25 de ago. de 2023.
- BITENCOURT, T. C.; SANTOS, F. M. K. DOS; SOARES, A. V. Relação entre a funcionalidade e a capacidade motora de pacientes pós-AVC na fase aguda. **Revista Neurociências**, [s.l.], v. 28, p. 1-18, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/342930687\\_Relacao\\_entre\\_a\\_Funcionalidade\\_e\\_a\\_Capacidade\\_Motora\\_de\\_Pacientes\\_Pos-AVC\\_na\\_Fase\\_Aguda](https://www.researchgate.net/publication/342930687_Relacao_entre_a_Funcionalidade_e_a_Capacidade_Motora_de_Pacientes_Pos-AVC_na_Fase_Aguda). Acesso em: 2 nov. 2023.
- BOMFIM, W. C. **Diferenciais de gênero na incapacidade funcional em idosos brasileiros: o papel dos determinantes socioeconômicos**. 2022. 89 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/53637>. Acesso em: 25 de ago. De 2023.
- BOTOSENEANU, A.; ALLORE, G.; DE LEON, C. F. M.; GAHBAUER, E. A.; GILL, T. M. *Sex differences in concomitant trajectories of self-reported disability and measured physical capacity in older adults*. **Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences**

*and Medical Sciences*, [s.l.], v. 71, n. 8, p. 1056-1062, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/glw038>. Acesso em: 26 de jul. de 2023.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Projeto Técnico**, Brasília, MS. 2020. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/projetosbbrasil2020CONSULTAPUBLICA.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2023.

BRITO, K. Q. D.; MENEZES, T. N.; OLINDA, R. A. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, p. 825-832, 2016. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690502>. Acesso em: 4 nov. 2023.

BULL, Fiona C. et al. *World Health Organization 2020 - guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. **British journal of sports medicine**, [s.l.], v. 54, n. 24, p. 1451-1462, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>. Acesso em: 12 de jul. de 2023.

CAIRES, S.S.; SOUZA, A. A.; LEAL NETO, J. S.; ALMEIDA, C. B.; CASOTTI, C. A. Fatores associados à incapacidade funcional em idosos residentes em comunidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. 421-428, 2019. DOI: 10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n4.42501. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/42501>. Acesso em: 28 de ago. de 2023.

CAMARGOS, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cad. Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 7, p. 1460-1472, 2015. disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00128914>. Acesso em: 4 nov. 2023.

CAMPOS, A. C. V.; ALMEIDA, M. H. M.; CAMPOS, G. V.; BOGUTCHI, T. F. *Prevalence of functional incapacity by gender in elderly people in Brazil: a systematic review with meta-analysis*. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 545-559, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150086>. Acesso em: 4 jan. 2023.

CLARK, B.C.; WOODS, A.J.; CLARK, L.A.; CRISS, C.R.; SHADMEHR, R.; GROOMS, D.R. *The aging brain & the dorsal basal ganglia: implications for age-related limitations of mobility*. **Advances in geriatric medicine and research**, v. 1, p. e190008, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20900/agmr20190009>. Acesso em: 25 de jul. de 2023.

COSTA, I. P.; BEZERRA, V. P.; PONTES, M. L. F.; MOREIRA, M. A. S. P.; OLIVEIRA, F. B.; PIMENTA, C. J. L.; SILVA, C. R. R.; SILVA, A. O. Qualidade de vida de idosos e sua relação com o trabalho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 39, p. e2017-0213, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0213>. Acesso em: 4 nov. 2023.

CRUZ, D.T.; LEITE, I.G.; BARBOSA, M.B.; LEITE, I.C.G. Prevalência de incapacidade funcional e fatores sociodemográficos associados em idosos de Juiz de Fora, MG. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 19, p. 09-28, 2016. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/31611/22011>. Acesso em: 4 nov. 2023.

CRUZ, P. K. R.; VIEIRA, M. A.; CARNEIRO, J. A.; COSTA, F. M.; CALDEIRA, A. P. Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190113>. Acesso em: 4 nov. 2023.

DAMACENO, M. J. C.F.; CHIRELLI, M. Q. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, p. 1637-1646, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018245.04342019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vhfPWnBm7WQZXFYBdDnHqgD/?lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2023.

DE DOUSA-ARAÚJO, I. V.; GOMES, N. C.; SANTOS-NASCIMENTO, J.; RIBEIRO, C. C. N. R.; TAVARES, D. M. S. Queda entre idosos: preditores e distribuição espacial. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 21, p. 187-194, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n2.70298>. Acesso em: 4 nov. 2023.

DO PAÇO, Carlos Alberto Barbosa Leal. "**Solidão e Isolamento na Velhice**" Um Estudo Realizado na Freguesia da Misericórdia em Lisboa. 2016. 162 p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Social) ISCSP – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa (Portugal), 2017. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/13212/1/tese%20Carlos%20Pa%20C3%A7o.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2023.

DODDS, R.; SYDDALL, H.; COOPER, R.; KUH, D.; COOPER, C.; SAYER, A. A. *Global variation in grip strength: a systematic review and meta-analysis of normative data*. **Age and ageing**, [s.l.], v. 45, n. 2, p. 209-216, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afv192>. Acesso em: 04 de set. de 2023.

ELSI-BRASIL. **Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso Brasileiro**. Fiocruz, 2015. Disponível em: <https://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>. Acesso em: 8 ago. 2023.

FARIAS-ANTÚNEZ, S.; LIMA, N.P.; BIERHALS, I.O.; GOMES, A.P.; VIEIRA, L.S.; TOMASI, E. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, e2017290, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200005> Acesso em: 4 maio 2023.

FAUSTINO, A. M.; GANDOLFI, L.; MOURA, L. B. A. *Functional capability and violence situations against the elderly*. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, p. 392-398, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400066>. Acesso em 4 nov. 2023.

FERRARESI, J. R.; PRATA, M. G.; SCHEICHER, M. E. Avaliação do equilíbrio e do nível de independência funcional de idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 499-506, 2015. DOI: 10.1590/1809-9823.2015.14051. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/FSwxJqkYYmMWxg3DCSh3T8t/?lang=pt>. Acesso em 4 nov. 2023.

FIALHO, C. B., LIMA-COSTA, M. F., GIACOMIN, K. C.; LOYOLA FILHO, A. I. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 599-610, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090913>. Acesso em: 15 out. 2023.

FIGUEIREDO, V. F. DE; PEREIRA, L. S. M.; FERREIRA, P. H.; PEREIRA, A. DE M.; AMORIM, J. S. C. Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos. **Fisioterapia em Movimento**, [s.l.], v. 26, p. 549-557, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000300008>. Acesso em: 4 nov. 2023.

FONSECA, E.P.; ALVES, M.B.; GUIMARÃES, M.; CARVALHO, M.E.; PINTO, E.B. Características clínicas e funcionais de mulheres após AVC, caidoras e não caidoras: um estudo longitudinal. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 11, p. 759-765, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v11i4.4150>. Acesso em: 15 nov. 2023.

GUANAMBI (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde de Guanambi. **Relatório de população idosa do Lar dos Velinhos cadastrada**. [Impresso] e- SUS. 2020.

GUEDES, R. C.; DIAS, R. C.; NERI, A. L.; FERRIOLLI, E.; LOURENÇO, R. A.; LUSTOSA, L. P. Declínio da velocidade da marcha e desfechos de saúde em idosos: dados da Rede Fibra. **Fisioterapia e Pesquisa**, [s.l.], v. 26, p. 304-310, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18036026032019>. Acesso em: 4 jun. 2023.

Hu, H.; Si Y.; Li, B. *Decomposing Inequality in Long-Term Care Need Among Older Adults with Chronic Diseases in China: A Life Course Perspective*. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, [s.l.], v. 17, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072559>. Acesso em: 15 out. 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2022. Guanambi, BA. 2023**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/guanambi>. Acesso em: 13 nov. 2023.

KAGAWA, C. A.; CORRENTE, J. E. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 577-586, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14140> Acesso em: 4 nov. 2023.

KATZ, S.; AKPOM, C. A. *A measure of primary sociobiological functions*. **International journal of health services**, [s.l.], v. 6, n. 3, p. 493-508, 1976. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/UURL-2RYU-WRYD-EY3K>. Acesso em: 17 set. 2023.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. **The gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969. Disponível em: [http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton\\_Gerontol\\_1969-1502121986/Lawton\\_Gerontol\\_1969.pdf](http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_1969-1502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf). Acesso em: 12 nov. 2023.

LUSTOSA, S. A. S.; CARDOSO, M. D. T.; SOUZA, G. V.; SOUZA, A. P. C. SANTOS, A. J. O. M. Avaliação da capacidade funcional de idosos na Unidade Básica de Saúde da Família São Geraldo, município de Volta Redonda, RJ. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, v. 11, n. 32, p. 91-98, 2016. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/341/496>. Acesso em: 5 jan. 2023.

MACHADO, A. C.; SILVA, W. L. F.; GOMES, L. C.; DIAS, R. A. Q.; LEITE, I. C. G.; CRUZ, D. T. Incapacidade funcional e fatores associados em idosos comunitários: *Functional disability and associated factors in the elderly Community*. **Revista de Saúde Coletiva da UEFES**, [Feira de Santana], v. 12, n. 1, 2022. DOI: 10.13102/rscdauefs.v12i1.7323. Disponível em: <https://ojs3.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/7323>. Acesso em: 17 jul. 2023.

MACHADO, J. A.; GUIM, A. L. S. Descentralização e uniformidade nacional na provisão dos serviços de saúde: o caso do Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 37-64, jan/mar 2017. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/1582>. Acesso em: 5 jan. 2022.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; GOMES, C. S.; CARDOSO, L.S. M.; LIMA, M. G.; BARROS, M. B. A. Desigualdades na utilização de serviços de saúde por adultos e idosos com e sem doenças crônicas no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 24, p. e210003, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210003.supl.2>. Acesso em: 5 out. 2023.

MALTA, D. C.; OLIVEIRA, T. P.; SANTOS, M. A. S.; ANDRADE, S. S. C. A.; DA SILVA, M. M. A. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 25, p. 373-390, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200016>. Acesso em: 01 out. 2023.

MANCINI, R. B.; SILVA JUNIOR, J. P.; ARAUJO, T. L.; MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. Prevalência e fatores associados à dislipidemia em idosos institucionalizados. Um estudo transversal. **Diagnóstico e Tratamento**, [s.l.], v. 24, n. 3, p. 111-118, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1026700>. Acesso em: 16 set. 2023.

MENEGUCI, C. A. G.; MENEGUCI, J.; TRIBESS, S.; SASAKI, J. E.; JÚNIOR, J. S. V. Incapacidade funcional em idosos brasileiros: uma revisão sistemática e metanálise. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 16, n. 3, p. 98-124, 2019. DOI: 10.5335/rbceh.v16i3.9856. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/9856>. Acesso em: 25 jan. 2023.

MOREIRA, B. C.; LIMA, C. A.; OLIVEIRA, C. R. P.; SANTOS, C. T.; RANGEL, R. L.; CHAVES, R. N. Correlação entre Risco de Quedas e Capacidade Funcional de Idosos no Ambiente Domiciliar. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 347-363, 2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/53931>. Acesso em: 4 jan. 2023.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. 7. ed. Florianópolis: Ed do Autor, 2017. 362 p. Disponível em: [https://sbafs.org.br/admin/files/papers/file\\_llduWnhVZnP7.pdf](https://sbafs.org.br/admin/files/papers/file_llduWnhVZnP7.pdf). Acesso em: 12 nov. 2023.

NAMMUR, A. C. D. M.; FARIAS, T. B. C.; LIMA, R. L. M.; SOUSA, M. N. A. *Limitations in the acute myocardial infarction and effects on the patient's quality of life*. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 5, p. e6810514609, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i5.14609. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14609>. Acesso em: 10 nov. 2023.

NASCIMENTO, C. F.; DUARTE, Y. A. O.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. *Factors associated with limitations in functional mobility in elderly in the city of São Paulo, Brazil: a comparative analysis of 15 years*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, e00196821, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00196821>. Acesso em: 12 jan. 2023.

NASCIMENTO, C. M. C.; AYAN, C.; CANCELA, J. M.; PEREIRA, J. R.; ANDRADE, L. P.; GARUFFI, M.; GOBBI, S.; STELLA, F. Exercícios físicos generalizados, capacidade funcional e sintomas depressivos em idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, [s.l.], v. 15, p. 486-497, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2013v15n4p486>. Acesso em: 4 nov. 2023.

NUNES, J. D.; SAES, M. O.; NUNES, B. P.; SIQUEIRA, F. C. V.; SOARES, D. C.; FASSA, M. E. G.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, p. 295-304, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200007>. Acesso em: 4 nov. 2023.

OLIVEIRA-FIGUEIREDO, D. S. T.; FELISBINO-MENDES, M. S.; MALTA, D. C.; VELASQUEZ-MELENDRES, G. Prevalência de incapacidade funcional em idosos: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Rene**, [s.l.], v. 18, n. 4, p. 468-475, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400007>. Acesso em: 04 set. 2023.

PENGPID, S.; PELTZER, K. Geriatric Conditions and Functional Disability among a National Community-Dwelling Sample of Older Adults in India in 2017–2018. **Geriatrics**, [s.l.], v. 6, n. 3, p. 71, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/geriatrics6030071>. Acesso em: 04 nov. 2023.

PEREIRA, G. N.; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. D.; BÓS, Â. J. G. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 28, n. 11, p. 2035-2042, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100003>. Acesso em: 4 nov. 2023.

PETERS, D. M.; O'BRIEN, E. S.; KAMRUD, K. E.; ROBERTS, S. M.; ROONEY, T. A.; THIBODEAU, K. P.; BALAKRISHNAN, S.; GELL, N.; MOHAPATRA, S. Utilization of wearable technology to assess gait and mobility post-stroke: a systematic review. **Journal of neuroengineering and rehabilitation**, [s.l.], v. 18, p. 1-18, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12984-021-00863-x>. Acesso em: 17 de out. 2023.

PONTE, M. K. C.; OLIVEIRA, R. C. S.; MACENA, R. H. M.; BASTOS, V. P. D.; VASCONCELOS, T. B. Saúde do idoso: abordagem preventiva em um grupo de caminhada. **Revista Expressão Católica Saúde**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 74-80, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25191/recs.v4i1.2537>. Acesso em: 4 nov. 2023.

QUADROS, L.B.; AGUIAR, A.; MENEZES, A.V.; ALVES, E.F.; NERY, T.; BEZERRA, P.P. Prevalência de incontinência urinária entre idosos institucionalizados e sua relação com o estado mental, independência funcional e comorbidades associadas. **Acta Fisiátrica**, [s.l.], v. 22, n. 3, p. 130-134, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20150025>. Acesso em: 4 nov. 2023.

QUEIROZ, P.S. F.; MIRANDA, L. P.; OLIVEIRA, S. D.; RODRIGUES NETO, J. F.; SAMPAIO, C. A.; OLIVEIRA, T. L.; SILVA, M. L. O. Obesidade abdominal e fatores associados em comunidades quilombolas do Norte de Minas Gerais, 2019. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 30, p. e2020833, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300023>. Acesso em: 5 jan. 2022.

REBÊLO, F. L.; SANTOS, R. S.; SANTANA, N. M. S.; MORAES, S. R.; AMADO, E.; WANDERLEY, T. C. F.; SANTOS, J. C. S.; SANTOS, E. N. *Factors associated with functional capacity in elderly people who attend a fall prevention program. Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 17573–17583, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/20894>. Acesso em: 4 nov. 2023.

REIS, M. M.; ARANTES, P. M. M. Medida da força de preensão manual - validade e confiabilidade do dinamômetro *saehan*. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 18, p. 176-181, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-29502011000200013>. Acesso em: 4 jun. 2023.

SÁ, P. H. V. O.; CURY, G. C.; RIBEIRO, L. C. C. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 545-558, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00117>. Acesso em: 4 nov. 2023.

SATO, A. T.; BARROS, J. O.; JARDIM, T. A.; RATIER, A. P. P.; LANCMAN, S. Processo de envelhecimento e trabalho: estudo de caso no setor de engenharia de manutenção de um hospital público do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, [s.l.], v. 33, p. e00140316, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00140316>. Acesso em: 04 nov. 2023.

SCHMIDT, T. P.; WAGNER, K. J. P.; SCHNEIDER, I. J. C.; DANIELEWICZ, A. L. Padrões de multimorbidade e incapacidade funcional em idosos brasileiros: estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 36, p. e00241619, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00241619>. Acesso em: 02 out. 2023.

SILVA, K. G.; PARREIRA, P. M. S. D.; SOARES, S. S. S.; COROPES, V. B. A. S.; SOUZA, N. V. D. O.; FARIAS, S. N.P. Qualidade de vida nos profissionais de enfermagem que exercem funções na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem**

**Referência**, [s.l.], v. 5, n. 4, e20028, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV20028>. Acesso em: 4 nov. 2023.

SILVA, L. G. C.; OLIVEIRA, F. S.; MARTINS, Í. S.; MARTINS, F. E. S.; GARCIA, T. F. M.; SOUSA, A. C. P. A. Avaliação da capacidade funcional e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, e190086, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190086>. Acesso em: 4 jun. 2023.

SILVA, R. J. S.; SMITH-MENEZES, A., TRIBESS; S., RÓMO-PEREZ, V.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 15, p. 49-62, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100005>. Acesso em: 4 nov. 2023.

SOARES, M. F. N.; MAIA, L. C.; COSTA, S. M.; CALDEIRA, A. P. *Functional Dependence among older adults receiving care from Family Health Strategy teams*. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 22, p. e190147, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190147>. Acesso em: 21 jun. 2023.

SOUZA, F.J. D.; GONÇALVES, L. H. T.; GAMBA, M. A. Capacidade funcional de idosos atendidos pelo programa saúde da família em Benevides, Brasil. **Revista Cuidarte**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 2135-2144, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.508>. Acesso em: 5 ago. 2023.

TAKAHASHI, H.; YOSHIKA, M.; YOKOI, T. Validation of three automatic devices for the self-measurement of blood pressure according to the European Society of Hypertension International Protocol revision 2010: the Omron HEM-7130, HEM-7320F, and HEM-7500F. **Blood pressure monitoring**, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 92-97, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MBP.000000000000096>. Acesso em: 8 out. 2023.

TAREQUE, I.; TIEDT, A. D.; ISLAM, T. M.; BEGUM, S.; SAITO, Y. *Gender differences in functional disability and self-care among seniors in Bangladesh*. **BMC geriatrics**, [s.l.], v. 17, n177, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0577-2>. Acesso em: 4 ago. 2023.

ÜNAL, Ö.; AKYOL, Y.; TANDER, B.; ULUS, Y.; TERZI, Y.; KURUM Ö. *The relationship of illness perceptions with demographic features, pain severity, functional capacity, disability, depression, and quality of life in patients with chronic low back pain*. **Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, [s.l.], v. 65, n. 4, p. 301, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5606/tftrd.2019.3248>. Acesso em: 18 out. 2023.

UNITED NATIONS. *Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects 2019: Highlights*. New York, 2019. Disponível em: [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/wpp2019\\_10KeyFindings.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/wpp2019_10KeyFindings.pdf). Acesso em: 05 ago. 2023.

VANZELLA, E.; NASCIMENTO, J. A.; SANTOS, S. R. (2018). O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas hospitalizações. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, v. 7, n. 1, p. 65-73.

VIEIRA, L. S.; GOMES, A. P.; BIERHALS, I. O.; FARÍAS-ANTÚNEZ, S.; RIBEIRO, C. G.; MIRANDA, V. I. A.; LUTZ, B. H.; BARBOSA-SILVA, T. G.; LIMA, N. P.; BERTOLDI, A. D.; TOMASI, E. *Falls among older adults in the South of Brazil: prevalence and determinants*. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 52, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/143831>. Acesso em: 18 out. 2023.

WIŚNIEWSKA-SZURLEJ, A.; ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA, A.; WOŁOSZYN, N.; SOZAŃSKI, B.; WILMOWSKA-PIETRUSZYŃSKA, A. Association between handgrip strength, mobility, leg strength, flexibility, and postural balance in older adults under long-term care facilities. **Bio Med Research International**, v. 2019, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2019/1042834>. Acesso em: 19 out. 2023.

## APÊNDICE A

**TITLE:** FUNCTIONAL LIMITATIONS OR DISABILITY OF THE ELDERLY POPULATION IN A MUNICIPALITY OF NORTHEASTERN BRAZIL

**RUNNING TITLE:** FUNCTIONAL DISABILITY OR LIMITATIONS OF THE ELDERLY

**ABSTRACT:** The objective of the present study is to evaluate functional disability and associated factors in the elderly population of a city in the Northeast of Brazil. This is a cross-sectional, population-based study with a household approach. The sample consisted of 449 elderly people aged 60 or over. This study evaluated functional limitations or disabilities through Basic Activities of Daily Living (BADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL), and mobility. The prevalence of functional disability in BADL was 21.3%, in IADL (66.5%) and mobility (48.2%). 73.9% had functional disability in one of the three domains assessed. The factors associated with the highest prevalence of functional disability were: living in an urban area (RP=1.40), age between 70-79 years (RP=1.21) or 80 years or more (RP=1.33), not having worked in the last 30 days (RP=1.61), having had physical health problems in the last 30 days (RP=1.16), self-rated vision as bad or very bad (RP=1.20), report of frequently annoying pain (RP=1.23), presence of manual dynapenia (RP=1.14) and having had a medical consultation in the last 12 months (RP=1.25). These results can contribute to the knowledge of the functionality of the elderly, offering support for managers, researchers and health professionals.

**Keywords:** Aging; Activities of Daily Living; Public Health.

## INTRODUCTION:

Population aging has gained increasing notoriety as it spreads to different regions of the planet. At an accelerated pace, it also advanced in countries with less economic development. And it is considered one of the most challenging phenomena in this century due to its multiple consequences (UNITED NATIONS, 2019).

Population aging is a reality for Brazil, as well as for other developing countries (VANZELLA et al. 2018). This is characterized by physical, cognitive and behavioral deficits that result from a set of biological changes (MACHADO & GUIM, 2017). The increase in the age of the population has important impacts on health and brings, as a result of the increased burden of Chronic Non-Communicable Diseases, strong repercussions on the Unified Health System (UHS) (VANZELLA et al. 2018), and in the increased prevalence of functional limitations or disability (DAMACENO & CHIRELLI, 2019).

Some of the consequences resulting from functional disability include limiting the elderly's autonomy in carrying out daily activities, reducing quality of life and increasing the risk of dependence, which increases social isolation. And there is also the need for assistance from caregivers or third parties to carry out daily activities, institutionalization, and even premature death (FERRARESI et al. 2015).

However, early identification of functional disability makes it possible to carry out interventions that can reverse the condition or minimize the limitations arising from it (FAUSTINO et al. 2014). Physiotherapy plays a fundamental role in active aging. Preserving or rehabilitating the functional capacity of the elderly to provide them with independence and quality of life (ABREU et al. 2016). Doing this in the community can also reduce the need for hospitalization or, if necessary, facilitate the recovery process. The relationship between the elderly and health services is intense and can reflect inequities

that negatively impact the quality of life of this population, which depends on integrated and effective public policies (CRUZ et al. 2020).

Thus, knowledge about the functional capacity of the elderly population of municipalities in the Northeast of Brazil, and the identification of more vulnerable groups or those with specific demands, can help in the organization of public health policies and better allocation of resources. Given the concerns of the aging process, it is necessary to develop prevention and health promotion actions, not only in old age, but throughout the entire life cycle, as these actions present themselves as a powerful way to maintain and preserve health. functional capacity. In this context, the aim of this study is to evaluate functional limitations and disability and associated factors in the elderly population in a municipality of Northeastern Brazil.

## METHODS:

This is a cross-sectional, population-based study, with a household approach, carried out with the elderly population of the city of Guanambi, Bahia, in the Northeast of Brazil. This work is part of a larger study, the 60+Life Project, which aimed to evaluate health conditions, of access and use of health services for the elderly population in a municipality in the center-south of Bahia, carried out in 2023.

The municipality of Guanambi is located in the central-south mesoregion of Bahia, in the Northeast of Brazil, with an estimated population of 87,817 inhabitants, (IBGE, 2022). From these, 84,977 are registered in the Brazilian Unified Health System (UHS), (UHS, 2022), of which 15,341 inhabitants are aged 60 and over.

Considering that the percentage of coverage of the Family Health Strategy (FHS) in Guanambi is approximately 99%, it was decided to use UHS registrations for this research to obtain the population estimate. The sample universe consisted of 15,341 elderly people registered in the Family Health Units (FHU). For the sample calculation, the following were considered: prevalence of 50%, due to the heterogeneity of the events to be measured, precision of 5%, confidence level of 95% and design effect equal to 1.0. In the end, the sample comprised 375 individuals, with 20% added to this value for possible losses, totaling 450 elderly people.

To guarantee the representativeness and feasibility of the research, the sampling strategy considered the territorial extension and the population of elderly people registered in the health units, according to their proportional distribution in the FHU. The elderly was randomly selected in the region of each FHU, respecting the principle of carrying out only one interview per household.

As exclusion criteria, the following were considered: (a) substantial pain, at the time of collection, which could affect participation; (b) the cognitive impairment of the elderly person or caregiver, which led to their inability to understand the test instructions. In case of cognitive impairment in the elderly, the caregiver could answer the questionnaires; and (c) unilateral or bilateral amputation of the Lower Limbs (LL) and/or Upper Limbs (UL), quadriplegia, paraplegia, who underwent surgery on the arm or hand in the three months prior to data collection, and/or bedridden elderly, were excluded from functional tests, as these conditions make it impossible for the individual to perform them.

For the data collection stage, we constructed two semi-structured questionnaires were constructed, based on the questionnaire from the national survey ELSI-Brazil (Brazilian Longitudinal Study of Aging) (BRASIL, 2015). The pilot study was carried out in January 2023, in an FHU in another municipality in the same region, with 23 elderly people (equivalent to 5% of the main study sample).

Some adaptations were made to the instrument to facilitate understanding by the study population, maintaining as much as possible the original structure of the already validated questionnaire. To ensure the reliability and comparability of the information, its final version was then prepared after pre-test and a pilot study.

Blood pressure and anthropometric measurements (weight, height and waist circumference) were collected from all participants who agreed to the procedure.

Among the objective measurements collected, handgrip strength was measured with a Saehan handheld hydraulic dynamometer, which shows the pressure force in kilograms/force (kg/f). The device was adjusted for each individual according to the size of their hands, taking three measurements with a recovery period of one minute on the arm in which the participant reported having more strength, and the highest value of the three measurements was adopted (OLIVEIRA, SANTOS & REIS, 2017).

Prior to carrying out the main field, community awareness was raised with the presentation of the 60+Life Survey at team meetings of the Municipal Council for the Rights of the Elderly of Guanambi, the Family Health Strategy and the Local Health Council. The team of interviewers consisted of undergraduate students of health courses and professionals, they had prior training lasting 20 hours.

The main field took place between March/2023 and April/2023. Re-interviews were carried out in 5% of the households in the sample, within a period of up to seven days after the first interview, in order to guarantee the quality of the data. The interviewers used tablets to apply the instruments during collection. Kobo toolbox software (Kobo Inc., Canada) was used to program the form, collect and store data.

#### DEPENDENT AND INDEPENDENT VARIABLES

The dependent variable of this study is functional disability, assessed through the domains: basic activities of daily living (BADL), instrumental activities of daily living (IADL) and mobility.

Disability in BADL was assessed based on the difficulty or inability to perform the following activities: crossing a room or walking from one room to another on the same floor, dressing, bathing, eating, lying down and/or getting out of bed and use the bathroom (KATZ & AKPOM, 1976).

IADL disability was assessed based on the difficulty or inability to carry out the following activities: performing personal hygiene, preparing a hot meal, managing one's own money, using some type of transport, shopping, using the telephone (landline or cell phone), administer their own medications, perform light household tasks (making beds, dusting, taking care of the trash, etc.) and carrying out heavy household

tasks (washing the bathroom, cleaning the yard, changing curtains, etc.) (LAWTON & BRODY, 1969).

Finally, regarding functional disability due to mobility, in this study, the existence of difficulty or inability to walk 100 meters without stopping was adopted, considered a marker of moderate limitation.

The functional disability assessed in this study was defined by the existence of some degree of difficulty in carrying out at least one of the activities in BADL, IADL and mobility disability.

For the independent variables, a conceptual block analysis model was used (Figure 1)

## DATA ANALYSIS

Initially, simple and relative frequencies were calculated for all variables studied. Bivariate analysis was performed to evaluate associations between the explanatory variables and the outcome, comparing using the chi-square or Fisher's exact test.

For the outcome of functional disability, the Prevalence Ratio (PR) and its 95% confidence interval (95% CI) were calculated, and used to estimate the association between the outcome and the explanatory variables, using Poisson regression with robust variance.

Multivariate analyzes were performed, including in the initial models all variables that, in the bivariate analysis, showed an association with the outcome at a significance level of less than 20%. For all tests and for the variables to remain in the final model, a significance level of less than 5% was used. The models were compared

using Akaike's criterion and the adequacy of the final regression model was assessed using chi-square test.

The Stata program, version 15.0 (Stata Corporation, College Station, USA) was used for data analysis.

## RESULTS

The final sample of this study was composed of 449 elderly people, with a mean age of 74.3 years (standard deviation of 9.3) and a median of 73 (minimum of 60 and maximum of 100 years), 78.2% of whom were residents in the urban area of the municipality and 21.9% in the rural area. The most prevalent economic classes were D and E (58.3%), followed by C2 (27.4%) and classes C1, B2, B1 and A (14.2%). Most elderly people were female (62.9%), aged between 60 and 69 years old (36.1%), 70 and 79 years old (35.9%) and 80 years old and over (28.1%). The most common marital situation was without a partner (54.3%) and the frequency of self-reported black and brown color was 56.1%. Regarding education, 40.3% had never studied, 38.5% had 1 to 5 years of study and 21.7% had 6 years or more of study. Of the total, 17.8% of the elderly lived alone and 9.8% worked in the 30 days prior to the interview (Table 1).

Of the behavioral variables, physical inactivity had the highest occurrence (61.0%), alcohol consumption in the last 30 days was 12.0%, and 59.0% reported never having smoked, 32.3% were ex-smokers and 8.7% were smokers (Table 1).

Regarding the block of health variables, the majority assessed health in general as very good or good (43.4%), 41.2% as fair and 15.4% as bad or very bad. More than half of the population reported that their physical health was bad on at least one day in the last 30 days (50.9%) and 41.7% reported that their mental health was bad on at least one day in

the same period. Self-assessment of near or far vision was very good or good for 40.9%, fair for 31.9% and bad or very bad for 27.9% of the elderly. Sleep was rated as very good or good by 59.2%, fair by 24.7% and bad or very bad by 16.0%; Pain that bothers you frequently occurred in 44.1%. A fall episode in the last 12 months was reported by 30.1% and the following diagnoses were mentioned: high blood pressure (67.9%), diabetes (22.8%), heart disease (13.4%), stroke (5.4%), asthma (5.6%), emphysema, chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (6.7%), arthritis or rheumatism (26.8%), osteoporosis (21.4%). Around 32.3% of the elderly reported physical exhaustion, 7.8% lost weight in the last 3 months and 32.5% reported reduced handgrip strength (Table 1).

Regarding the use of health services, 85.5% reported having had a medical consultation in the last 12 months and 11.4% had been hospitalized for 24 hours in the same period (Table 1).

The prevalence of functional disability in BADL was 21.3%, in IADL it was 66.5%, and in mobility it was 48.2% of the total number of elderly people interviewed (Figure 2). Around 73.9% had functional disability in one of the three domains assessed (BADL, IADL or mobility) (Table 2).

The prevalence of functional disability in BADL, IADL and mobility are described in supplementary table 1. Multivariate analyzes in these dimensions are in supplementary table 2.

The literature shows a wide variation in the prevalence of functional disability. A systematic review study with meta-analysis, which evaluated 23 articles, showed that there was considerable variability in global prevalence results, which ranged from 13.2% to 85.0% (CAMPOS et al. 2019). This study used, for the most part, BADL and IADL to

measure functional disability. Our study revealed a general prevalence of 73.9% and it has a similar assessment method used.

Tareque et al. (2017), in Bangladesh, showed general disability in 42.4% of elderly people, values much lower than those found in Guanambi. The authors used a different instrument from the one used in the present study, although 4 of the 5 domains used are contained in the assessment scale in this research. Functional disability values may fluctuate due to the different methods used to assess it, which makes it difficult to compare results, demonstrating the need for standardized measurement methods.

Regarding the prevalence of functional disability in BADL, we found values similar to those of the ELSI-Brazil in 2015 and 2016, in which 23.2% reported difficulty in at least one BADL (GIACOMIN et al. 2018). However, our results were higher than those of the National Health Survey (NHS) in 2013, which value was 8.4% in Brazil and 8.9% in the state of Bahia, where this study was conducted (OLIVEIRA-FIGUEIREDO et al. 2017). A meta-analysis, considering Brazilian studies with elderly people from 2004 to 2018, found a prevalence of 19.0%, ranging from 6.5 to 45.7% (MENEGUCI et al. 2019). The authors explain that one of the reasons for this large variation is the average age of research participants, since the older the age, the greater the impairment in performance in some BADL. In our study, the average age (74.3 years) can be considered high, which contributes to the increase in prevalence.

The high prevalence of disability in IADL (66.5%) is corroborated by the study by Caires et al. (2019), in another Brazilian municipality in Bahia, Aiquara, in 2015, which value was found to be 62.1%. Oliveira-Figueiredo et al. (2017), showed IADL disability of 24.5% in the state of Bahia, Brazil. A meta-analysis with 21 studies revealed a prevalence of 43.0%, ranging from 14.6 to 81.7% (MENEGUCI et al. 2019). The higher prevalence of IADL, compared to BADL, is expected, as it is known that these are more complex

activities and require preserved cognitive capacity, greater muscular strength and more active mobility in these elderly people (PEREIRA, ARAÚJO E SANTOS, 2020).

Meneguci et al. (2019), highlighted that functional disability, both in BADL and IADL, presented higher rates in the Northeast region of Brazil, this is probably due to the social context in which these elderly people are inserted. The population investigated in our study was composed of elderly people from a municipality in the interior of Bahia, with a predominance of lower education and economic level. These characteristics may also have reflected difficulties in measuring some IADL.

Disability in functional mobility was present in 48.2%, indicating that almost half of the elderly people studied had some difficulty in moving 100 meters. Values above these were found in the study by Silva et al. (2019), in Caicó, Rio Grande do Norte, in the Northeast of Brazil, where mobility disability was present in 67.9% of elderly people. In the Health, Well-being and Aging study, difficulty in the “walk a block” domain, over 4 waves (2000 to 2015), revealed increasing proportions, but less than 20% (NASCIMENTO, DUARTE, CHIAVEGATTO FILHO, 2022). In the study by Bomfim (2022), with data from ELSI-Brazil, carried out between 2015 and 2016, a prevalence of 21.1% was found. A systematic review identified that the prevalence of mobility limitations in the elderly ranged from 58.1% to 93.2% and the incidence ranged from 23% to 53.7% (ARAÚJO et al. 2020). As in the population studied, these authors showed that the report of pain, heart or joint diseases could increase the disability for functional mobility.

The high prevalence rates for functional disability found reveal an important warning, as the loss of functional capacity can cause serious risks to the physical, mental and social health of the elderly. Consequently, it can cause a reduction in your well-being,

conditioning you to social isolation, depression and other problems that could favor the emergence of morbidity and mortality (SOUZA et al.2016).

The prevalence of functional disability was significantly higher among elderly people living in urban areas (79.2%), women (78.3%), aged between 70 and 79 years old (76.4%) and 80 years old and over (89.7%), without a partner (78.6%), who had never studied (82.3%) and who had not worked for pay in the last 30 days (77.5%) (Table 3).

The behaviors associated with functional disability were physical inactivity (68.6%) and alcohol consumption in the last 30 days (53.7%). Higher prevalence were observed among elderly people who self-rated their physical health as fair (78.8%) and very poor/bad (91.3%), who reported having poor physical health in the last 30 days (82.4%), those who self-assessed their vision as very bad/bad (87.2%). A significant association was also found for elderly people who mentioned frequently bothersome pain (86.8%) and who had at least one episode of falling in the last 12 months (84.4%). Considering self-reported morbidities, high prevalence was observed among those with heart disease (93.2%), who had a medical diagnosis of stroke (95.8%), arthritis or rheumatism (84.1%). The report of physical exhaustion (83.4%) and the presence of manual dynapenia (88.3%) also revealed associations. Having a medical appointment in the last 12 months and being hospitalized in the same period also showed higher prevalences of functional disability (77.0 and 94.1%, respectively) (Table 3).

After multivariate analysis, the factors positively associated with a higher prevalence of functional disability were: living in an urban area (PR=1.40; 95%CI 1.20-1.64), age between 70 and 79 years old (PR=1.21 ; 95%CI 1.06-1.40) or 80 years and over (PR=1.33; 95%CI 1.17-1.52), not having worked in the last 30 days (PR=1.61; 95%CI 1.16-2.25), having had poor physical health in the last 30 days (PR=1.16; 95%CI 1.05-

2.29), self-rated vision as bad or very bad (PR=1.20 ; 95%CI 1.08-1.33), report of frequently annoying pain (PR=1.23; 95%CI 1.11-1.35), presence of manual dynapenia (PR=1.14; 95%CI 1.04-1.26) and having had a medical consultation in the last 12 months (PR=1.25; 95%CI 1.04-1.50). A negative and significant association was found with the highest economic level category, C1/B2/B1/A (PR=0.85; 95%CI 0.72-0.99) and having consumed alcohol in the last 30 days (PR= 0.80, 95%CI 0.65-0.99) (Table 3).

This study showed a positive association between living in the urban region and the occurrence of general functional disability, in BADL and mobility. Souza, Gonçalves and Gamba (2018), in a study carried out with 130 elderly people assisted by the Family Health Strategy, in the municipality of Benevides, in the North Region of Brazil, found functional disability in both urban (78.4%) and rural (84.3%) areas. According to the authors, elderly people in urban areas had better scores for preserved functional capacity, since the health teams of the Family Health Program offered better access to services in the urban environment. Rural elderly people may have greater difficulty in this access due to the geographical area (SOUZA, GONÇALVES & GAMBÁ, 2018). This apparent contradiction with our study can be explained by the migration of elderly people from rural areas with functional disabilities to the urban center, in search of better access to specialized health services. However, additional studies are needed to explore this issue.

In relation to economic level, this study showed a 15% lower prevalence of functional disability among elderly people from the highest economic class (C1/B2/B1/A). Considering the mobility dimension, the prevalence was 35% lower for this same economic class. A study carried out in China found a relevant association between lower family income and functional disability (HU, SI & LI, 2020), although in this study functional disability was assessed only through BADL and IADL. The literature shows greater access to health services by the population with better income (KAGAWA &

CORRENTE, 2015). Bomfim (2022) found an association between reduced mobility and lower family income in a Brazilian national study. Although, in a cross-sectional study, only a specific analysis is visualized, the economic level of the elderly reflects their life path. Bomfim (2022), discusses that exposure experienced in previous periods can influence health conditions at older ages (BOMFIM, 2022).

Older age was associated with worse functional capacity, with a dose-response relationship. Considering the BADL and IADL dimensions, only the 80 years or more category showed a significant association. This finding corroborates the studies by Machado et al. (2022), in which low functional capacity was associated with older age. Higher prevalences of functional disability in BADL were observed among older elderly people, in a study that used information from the Health Supplement of the 2008 National Household Sample Survey (CAMARGOS & GONZAGA, 2015). Malta et al. (2016), argue that advancing age is considered one of the most important risk factors for the deterioration of the functional capacity of the elderly, due to the increase in physiological changes and the prevalence of chronic diseases. In this sense, Cruz et al. (2016), argue that as an individual age, they are more susceptible to limitations, both physical and, intellectual, and social (CRUZ et al. 2016).

Elderly people who had not worked in the last 30 days had a higher prevalence of total disability, as well as in the IADL and mobility dimensions. Farías-Antúnez et al. (2018) find a similar result for IADL and total disability, defined as the need (partial or total) for help to perform at least one BADL or IADL. Rebêlo et al. (2020) explain that not carrying out work activities is a predictive factor for loss of functional capacity. The authors also discuss that occupation with work activities favors a more active lifestyle, in physical, social and mental aspects. Sato et al. (2017) argue that paid work has a positive

role for the elderly and, when adapted to physical limitations, prevents diseases and promotes health.

Regarding the mobility dimension, Costa et al. (2018), despite using a different method from the one used in this study to assess mobility, concluded that paid work is an important factor for preserving physical and mental health, autonomy, cognitive and sensory abilities and improving the quality of life. However, as this is a cross-sectional study, the temporality between paid work and the occurrence of functional disability may not be well defined. Therefore, it is possible that the disability led to retirement or the receipt of benefits, in a reverse causal relationship.

Although the prevalence of functional disability was higher among elderly people who were physically inactive, this effect was not maintained after adjustments for the other variables. This difference remained significantly greater for the BADL and mobility dimensions. Brito et al. (2016), using the Barthel scale to assess functional disability, concluded that the highest prevalences were observed among elderly people who did not practice physical activity. Nascimento et al. (2013) discuss that individuals' physical activity levels tend to decrease over the years, which could partly confuse the identified association.

The World Health Organization (WHO, 2010) recommends 150 minutes of moderate physical activity or 75 minutes of vigorous physical activity per week in sessions of at least 10 minutes in duration. Regular practice of physical activity in old age, such as walking, dancing, stretching, among others, promotes the maintenance of functional capacity and improves physical fitness and autonomy. In addition to the physical benefits, such as reduced pain and cramps, increased feelings of well-being and disposition, there are also reports of great improvements in mental and social aspects (PONTE et al. 2019).

Sa et al. (2016) highlight the importance of group physical activity in Primary Health Care, not only with physical exercises, but also with health promotion actions that focus on improving the quality of life of the elderly.

Thus, considering that the elderly population evaluated comes from the community, encouraging this practice can bring greater quality of life, greater independence, autonomy and, consequently, less functional disability. The importance of carrying out health promotion activities is well-known, especially within the scope of the UHS. Groups of elderly people, encouraging the practice of physical activity, through activities that are enjoyable for the elderly, can have great benefits for this population.

Regarding alcohol consumption in the last 30 days, this study found a negative association with functional disability. This result was different from the study by Nunes et al. (2017), with elderly people from Bagé, in the Southern Region of Brazil, in 2008, in which those who consumed alcoholic beverages were more incapable of basic and instrumental functions. Our findings are in line with the study by Caires et al., (2019), in Aiquara, in the Northeast Region of Brazil, in which a high prevalence of functional disability in IADL was observed among elderly people who did not consume alcoholic beverages (CAIRES et al.2019). Due to the cross-sectional design, it is possible that there was a reverse causality effect, in which the disability preceded the consumption or not of alcohol. Another issue that deserves to be highlighted is the period in which this research was carried out, shortly after the end of the Covid-19 pandemic. It is possible that the elderly population has changed their lifestyle, especially alcohol and tobacco consumption, due to the fear of becoming ill (MALTA et al. 2019). Thus, the period effect caused by the pandemic may have modified some of the commonly observed associations.

Poor self-assessment of general or physical health has been shown to increase the prevalence of assessed outcomes. Brito, Menezes and Olinda (2016) observed a tendency towards negative self-perception of health related to functional disability. The study by Silva et al. (2012) showed a relationship with functional disability, but also with insufficient nutritional aspects, physical inactivity, cognitive changes and depressive symptoms. Silva et al. (2012) explain that the presence of limitations in performing daily activities is associated with a negative perception of health status, since functional impairment is seen as a reference indicator for elderly individuals of their own health condition. Therefore, the decline in functionality would therefore be a reason for a worse perception of health.

This study showed a positive association between general and IADL functional disability and self-rated vision as poor and very poor, corroborating the studies by Soares et al. (2019) and Pengpid & Peltzer (2021). Botoseneanu et al. (2016) reinforce that the reduction in visual acuity, resulting from aging, can cause changes in balance and mobility and, consequently, greater propensity for functional disability.

Regarding frequently annoying pain, a positive association was observed with general functional disability, for mobility and IADL, corroborating the findings of Figueiredo et al. (2013), who report limitations in daily activities such as carrying out self-care and household tasks, going shopping, walking, lifting objects, etc. Activities linked to social participation such as visiting friends and attending church also become more difficult. Ünal et al. (2019) justify that pain can harm the quality of life of the elderly, due to limitations or inability to carry out activities of daily living, hopelessness, fatigue and sleep disorders. This highlights how much pain is limiting for the functionality of long-lived people, damaging autonomy and well-being (QUADROS et al. 2015).

Manual dynapenia was associated with the outcome in all dimensions assessed. This finding corroborates, in part, the study by Mancini et al. (2019), and Duchowny et al. (2018), in which dynapenic elderly people showed a reduction in activities of daily living. Brito (2021), Wiśniowska-Szurlej et al. (2019), and Dodds et al. (2016), found a strong association between dynapenia in handgrip and functional mobility. Clark et al. (2019) explain that the decline in functional mobility may be related to changes in the function of the muscular and skeletal systems, as the decrease in strength and muscle mass strongly influences the malfunction of these systems, which, in turn, involves mobility functional (CLARK et al. 2019).

Medical consultation in the last 12 months was associated with inability to perform IADL. A similar result was found in the study by Silva et al., (2020), who defined functional disability based on any difficulty in performing BADL or IADL. Lima-Costa et al. (2014) explain that the elderly's demand for health services may be related to the worsening of their functional conditions, access, the resolution of health needs and the qualification of professionals. Thinking in the context of the UHS, health professionals, especially Primary Health Care, need to develop actions aimed at contributing to the prevention of diseases and complications, helping these users to seek maximum functional independence.

This study has some limitations, as it is cross-sectional and, therefore, it is not always possible to establish causal relationships between the independent variables and the outcome, making it difficult to interpret some of the associations identified. Furthermore, the activities investigated to measure disability in IADL may be more linked to activities seen as feminine in the Brazilian cultural context. This issue could be disadvantageous to male functional disability due to these specific tasks, which are not performed by men daily.

Even though it has limitations, this study offers a great contribution to the literature, as it is a study carried out on a representative sample of elderly people from a medium-sized municipality in the interior of Northeastern Brazil. As a strong point of the study, the representativeness of the sample in the studied municipality stands out, both in rural and urban areas.

#### CONCLUSIONS:

The results of this study allowed us to characterize the elderly population and understand the prevalence of general functional disability, as well as BADL, IADL and mobility. After multivariate analysis, the variables that remained associated with the outcome were: region of residence, economic level, sex, age, marital status, education, paid work in the last 30 days, physical activity, self-rated health, poor physical health in the last 30 days, self-assessment of vision, frequently bothersome pain, fall in the last 12 months, medical diagnosis of heart disease, medical diagnosis of stroke, physical exhaustion, manual dynapenia and medical consultation in the last 12 months.

Functional disability is an important factor that can give elderly people a worse quality of life, being a relevant and harmful condition for active and healthy aging. These results can contribute to the knowledge of the functionality of the elderly, offering subsidies for managers, researchers and health professionals, with a view to directing integrated, transversal and intersectoral policies and actions in favor of healthy aging.

Maintaining functional capacity plays a fundamental role in the quality of life of the elderly as it is related to the possibility of maintaining a healthy lifestyle, a function in the family and social environment in which they live and being part of a social network.

Preserving functional capacity in the elderly is a major challenge for public health, therefore, it is necessary that existing public policies are satisfactorily operationalized in order to intervene on the factors that are associated with functional disability. Furthermore, given the modifiable nature of some of the variables studied, it is important to promote prevention actions, especially at the primary level, that delay the emergence of disabilities.

The need to carry out other study designs is highlighted, with priority given to the longitudinal type, which allows studying the behavior and outcomes of the variables of interest functional disability and associated factors. Qualitative studies would also be welcome to understand the migratory movements of elderly people between rural and urban regions, since elderly people should be able to age in their own territory.

## REFERENCIAS

ABREU, D. R. O. M.; AZEVEDO, R. C. S.; SILVA, A. M. C; REINERS, A. A. O.; ABREU, H. C. A. Factors associated with recurrent falls in a cohort of older adults. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, p. 3439-3446, 2016 <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.21512015>. Access at: 4 nov. 2023.

ARAÚJO, A.C. Q.; SILVA, V. A.; MOTA, R. S.; MENDES, A. S.; BARROS, A. S.; SANT'ANNA, M. V.; OLIVEIRA, M. J.; SANTOS, K. R. Healthcare-related incidents in hospitalized elderly people. **Revista de enfermagem UFPE online**, [s.l.], v. 14, e244639, 2020. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244639>. Access at: 4 jun. 2023.

BOMFIM, W. C. **Diferenciais de gênero na incapacidade funcional em idosos brasileiros: o papel dos determinantes socioeconômicos**. 2022. 89 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou, Belo Horizonte, 2022. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/53637>. Access at: 25 de ago. 2023.

BOTOSENEANU, A.; ALLORE, G.; DE LEON, C. F. M.; GAHBAUER, E. A.; GILL, T. M. Sex differences in concomitant trajectories of self-reported disability and measured physical capacity in older adults. **Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences**, [s.l.], v. 71, n. 8, p. 1056-1062, 2016. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw038>. Access at: 26 de jul. 2023.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Projeto Técnico**, Brasília, MS. 2020.

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/projetosbbrasil2020CONSULTAPUBLICA.pdf>. Access at: 1 jun. 2023.

BRITO, K. Q. D.; MENEZES, T. N.; OLINDA, R. A. Functional disability: health conditions and physical activity in the elderly. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, p. 825-832, 2016. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690502>. Access at: 4 nov. 2023.

CAIRES, S.S.; SOUZA, A. A.; LEAL NETO, J. S.; ALMEIDA, C. B.; CASOTTI, C. A. Factors associated with functional disability in elderly residents in a community. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 421-428, 2019. DOI: : <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n4.42501>. Access at: 28 de ago. de 2023.

CAMARGOS, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Live longer and better? Estimates of healthy life expectancy in the Brazilian population. **Cad. Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 7, p. 1460-1472, 2015. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00128914>. Access at: 4 nov. 2023.

CAMPOS, A. C. V.; ALMEIDA, M. H. M.; CAMPOS, G. V.; BOGUTCHI, T. F. Prevalence of functional disability by gender in elderly people in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 545-559, 2016. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150086>. Access at: 4 jan. 2023.

CLARK, B.C.; WOODS, A.J.; CLARK, L.A.; CRISS, C.R.; SHADMEHR, R.; GROOMS, D.R. The aging brain & the dorsal basal ganglia: implications for age-related limitations of mobility. **Advances in geriatric medicine and research**, v. 1, p. e190008, 2019. <https://doi.org/10.20900/agmr20190009>. Access at: 25 de jul. 2023.

COSTA, I. P.; BEZERRA, V. P.; PONTES, M. L. F.; MOREIRA, M. A. S. P.; OLIVEIRA, F. B.; PIMENTA, C. J. L.; SILVA, C. R. R.; SILVA, A. O. Quality of life of elderly people and its association with work. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 39, p. e2017-0213, 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0213>. Access at: 4 nov. 2023.

CRUZ, D.T.; LEITE, I.G.; BARBOSA, M.B.; LEITE, I.C.G. Disability prevalence functional and sociodemographic factors associated in out of judge of elderly, MG. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 19, p. 09-28, 2016. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/31611/22011>. Access at: 4 nov. 2023.

CRUZ, P. K. R.; VIEIRA, M. A.; CARNEIRO, J. A.; COSTA, F. M.; CALDEIRA, A. P. Difficulties of access to health services among non-institutionalized older adults: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 23, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190113>. Access at 4 nov. 2023.

DAMACENO, M. J. C.F.; CHIRELLI, M. Q. The Implementation of Senior Health Care in the Family Health Strategy: The View of Professionals and Managers. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, p. 1637-1646, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04342019>. Access at: 5 may 2023.

DODDS, R.; SYDDALL, H.; COOPER, R.; KUH, D.; COOPER, C.; SAYER, A. A. Global variation in grip strength: a systematic review and meta-analysis of normative data. **Age and ageing**, [s.l.], v. 45, n. 2, p. 209-216, 2016. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv192>. Access at: 04 sep. 2023.

LSBEHF-BRAZIL. **Brazilian Longitudinal Study of Aging**. Fiocruz, 2015. <https://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>. Access at: 8 aug. 2023.

FARIAS-ANTÚNEZ, S.; LIMA, N.P.; BIERHALS, I.O.; GOMES, A.P.; VIEIRA, L.S.; TOMASI, E. Functional disability for basic and instrumental activities of daily life: a population-based study among older adults in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, e2017290, 2018. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200005> Access at: 4 may 2023.

FAUSTINO, A. M.; GANDOLFI, L.; MOURA, L. B. A. Functional capability and violence situations against the elderly. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, p. 392-398, 2014. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400066>. Access at: 4 nov. 2023.

FERRARESI, J. R.; PRATA, M. G.; SCHEICHER, M. E. Avaliação do equilíbrio e do nível de independência funcional de idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 499-506, 2015. DOI: 10.1590/1809-9823.2015.14051. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14051>. Access at: 4 nov. 2023.

FIGUEIREDO, V. F. DE; PEREIRA, L. S. M.; FERREIRA, P. H.; PEREIRA, A. DE M.; AMORIM, J. S. C. Functional disability, depressive symptoms and low back pain in elderly. **Fisioterapia em Movimento**, [s.l.], v. 26, p. 549-557, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000300008>. Access at: 4 nov. 2023.

GUANAMBI (City). Guanambi Municipal Health Department. **Report on the registered elderly population of Lar dos Velinhos**. [Printed] UHS. 2020.

HU, H.; SI Y.; LI, B. Decomposing inequality in long-term care need among older adults with chronic diseases in china: a life course perspective. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, [s.l.], v. 17, 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072559>. Access at: 15 oct. 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2022. Guanambi, BA. 2023**. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/guanambi>. Access at: 13 nov. 2023.

KAGAWA, C. A.; CORRENTE, J. E. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados. **Revista brasileira de geriatria e**

**gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 577-586, 2015. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14140> Access at: 4 nov. 2023.

KATZ, S.; AKPOM, C. A. A measure of primary sociobiological functions. **International journal of health services**, [s.l.], v. 6, n. 3, p. 493-508, 1976. <https://doi.org/10.2190/UURL-2RYU-WRYD-EY3K>. Access at: 17 sep. 2023.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969. [http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton\\_Gerontol\\_1969-1502121986/Lawton\\_Gerontol\\_1969.pdf](http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_1969-1502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf). Access at: 12 nov. 2023.

MACHADO, A. C.; SILVA, W. L. F.; GOMES, L. C.; DIAS, R. A. Q.; LEITE, I. C. G.; CRUZ, D. T. Functional disability and associated factors in the elderly Community. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, [Feira de Santana], v. 12, n. 1, 2022. DOI: 10.13102/rscdauefs.v12i1.7323. <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v12i1.7323>. Access at: 17 jul. 2023.

MACHADO, J. A.; GUIM, A. L. S. Descentralização e uniformidade nacional na provisão dos serviços de saúde: o caso do Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 37-64, 2017. <https://doi.org/10.21874/rsp.v68i1.1582>. Access at: 5 jan. 2022.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; GOMES, C. S.; CARDOSO, L.S. M.; LIMA, M. G.; BARROS, M. B. A. Inequalities in the use of health services by adults and elderly people with and without noncommunicable diseases in Brazil, 2019 National Health Survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 24, p. e210003, 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210003.supl.2>. Access at: 5 oct. 2023.

MALTA, D. C.; OLIVEIRA, T. P.; SANTOS, M. A. S.; ANDRADE, S. S. C. A.; DA SILVA, M. M. A. Progress with the Strategic Action Plan for Tackling Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 25, p. 373-390, 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000200016>. Access at: 5 oct. 2023.

MANCINI, R. B.; SILVA JUNIOR, J. P.; ARAUJO, T. L.; MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. Prevalence and factors associated with dynapenia in institutionalized elderly. **A cross-sectional study. Diagnóstico e Tratamento**, [s.l.], v. 24, n. 3, p. 111-118, 2019. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1026700>. Access at: 16 sep. 2023.

MENEGUCI, C. A. G.; MENEGUCI, J.; TRIBESS, S.; SASAKI, J. E.; JÚNIOR, J. S. V. Incapacidade funcional em idosos brasileiros: uma revisão sistemática e metanálise. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 16, n. 3, p. 98-124, 2019. DOI: 10.5335/rbceh.v16i3.9856. <https://doi.org/10.5335/rbceh.v16i3.9856>. Access at: 25 jan. 2023.

NASCIMENTO, C. F.; DUARTE, Y. A. O.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Factors associated with limitations in functional mobility in elderly in the city of São Paulo, Brazil: a comparative analysis of 15 years. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, e00196821, 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00196821>. Access at: 12 jan. 2023.

NASCIMENTO, C. M. C.; AYAN, C.; CANCELA, J. M.; PEREIRA, J. R.; ANDRADE, L. P.; GARUFFI, M.; GOBBI, S.; STELLA, F. Physical exercises, functional capacity and depressive symptoms in Brazilian elderly. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, [s.l.], v. 15, p. 486-497, 2013. <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2013v15n4p486>. Access at: 4 nov. 2023.

NUNES, J. D.; SAES, M. O.; NUNES, B. P.; SIQUEIRA, F. C. V.; SOARES, D. C.; FASSA, M. E. G.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília**, v. 26, p. 295-304, 2017. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200007>. Access at: 4 nov. 2023.

OLIVEIRA-FIGUEIREDO, D. S. T.; FELISBINO-MENDES, M. S.; MALTA, D. C.; VELASQUEZ-MELENDES, G. Prevalência de incapacidade funcional em idosos: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Rene**, [s.l.], v. 18, n. 4, p. 468-475, 2017. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400007>. Access at: 04 sep. 2023.

PENGPID, S.; PELTZER, K. Geriatric Conditions and Functional Disability among a National Community-Dwelling Sample of Older Adults in India in 2017–2018. **Geriatrics**, [s.l.], v. 6, n. 3, p. 71, 2021. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6030071>. Access at: 04 nov. 2023.

PEREIRA, J. L.; ARAÚJO, F.F.de; SANTOS, K. T. Functional capacity and quality of life in elderly. **Fisioterapia Brasil**, [s.l.], 21(2):135-140. 2020. <https://doi.org/10.33233/fb.v21i2.1310>. Access at: 04 nov. 2023.

PONTE, M. K. C.; OLIVEIRA, R. C. S.; MACENA, R. H. M.; BASTOS, V. P. D.; VASCONCELOS, T. B. Saúde do idoso: abordagem preventiva em um grupo de caminhada. **Revista Expressão Católica Saúde**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 74-80, 2019. <http://dx.doi.org/10.25191/recs.v4i1.2537>. Access at: 4 nov. 2023.

QUADROS, L.B.; AGUIAR, A.; MENEZES, A.V.; ALVES, E.F.; NERY, T.; BEZERRA, P.P. Prevalence of urinary incontinence among institutionalized elderly and its relationship to mental state, functional independence, and associated comorbidities. **Acta Fisiátrica**, [s.l.], v. 22, n. 3, p. 130-134, 2015. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20150025>. Access at: 4 nov. 2023.

REBÊLO, F. L.; SANTOS, R. S.; SANTANA, N. M. S.; MORAES, S. R.; AMADO, E.; WANDERLEY, T. C. F.; SANTOS, J. C. S.; SANTOS, E. N. Factors associated with functional capacity in elderly people who attend a fall prevention program. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 17573–17583, 2020. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/20894>. Access at: 4 nov. 2023.

REIS, M. M.; ARANTES, P. M. M. Assessment of hand grip strength- validity and reliability of the saehan dynamometer. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 18, p. 176-181, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502011000200013>. Access at: 4 jun. 2023.

SÁ, P. H. V. O.; CURY, G. C.; RIBEIRO, L. C. C. Physical activity of elderly people and promotion of health at basic units. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, p.

545-558, 2016. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00117>. Access at: 4 nov. 2023.

SATO, A. T.; BARROS, J. O.; JARDIM, T. A.; RATIER, A. P. P.; LANCMAN, S. The aging process and work: a case study in the maintenance engineering division of a public hospital in the city of São Paulo, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, [s.l.], v. 33, p. e00140316, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00140316>. Access at: 04 nov. 2023.

SILVA, K. G.; PARREIRA, P. M. S. D.; SOARES, S. S. S.; COROPES, V. B. A. S.; SOUZA, N. V. D. O.; FARIAS, S. N.P. Quality of life of nursing professionals working in the family health strategy. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v. 5, n. 4, e20028, 2020. <https://doi.org/10.12707/RV20028>. Access at: 4 nov. 2023.

SILVA, L. G. C.; OLIVEIRA, F. S.; MARTINS, Í. S.; MARTINS, F. E. S.; GARCIA, T. F. M.; SOUSA, A. C. P. A. Evaluation of the functionality and mobility of community-dwelling older adults in primary health care. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, e190086, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190086>. Access at: 4 jun. 2023.

SILVA, R. J. S.; SMITH-MENEZES, A., TRIBESS; S., RÓMO-PEREZ, V.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Prevalence and factors associated with negative health perception by the Brazilian elderly. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 15, p. 49-62, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100005>. Access at: 4 nov. 2023.

SOARES, M. F. N.; MAIA, L. C.; COSTA, S. M.; CALDEIRA, A. P. Functional Dependence among older adults receiving care from Family Health Strategy teams. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 22, p. e190147, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190147>. Access at: 21 jun. 2023.

SOUZA, F.J. D.; GONÇALVES, L. H. T.; GAMBA, M. A. Capacidade funcional de idosos atendidos pelo programa saúde da família em Benevides, Brasil. **Revista Cuidarte**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 2135-2144, 2018. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.508>. Access at: 5 ago. 2023.

TAREQUE, I.; TIEDT, A. D.; ISLAM, T. M.; BEGUM, S.; SAITO, Y. Gender differences in functional disability and self-care among seniors in Bangladesh. **BMC geriatrics**, [s.l.], v. 17, n177, p. 1-12, 2017. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0577-2>. Access at: 4 ago. 2023.

ÜNAL, Ö.; AKYOL, Y.; TANDER, B.; ULUS, Y.; TERZI, Y.; KURUM Ö. The relationship of illness perceptions with demographic features, pain severity, functional capacity, disability, depression, and quality of life in patients with chronic low back pain. **Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, [s.l.], v. 65, n. 4, p. 301, 2019. <https://doi.org/10.5606/tftrd.2019.3248>. Access at: 18 out. 2023.

UNITED NATIONS. **Department of Economic and Social Affairs**. World Population Prospects 2019: Highlights. New York, 2019. [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/wpp2019\\_10KeyFindings.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/wpp2019_10KeyFindings.pdf). Access at: 05 ago. 2023.

VANZELLA, E.; NASCIMENTO, J. A.; SANTOS, S. R. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas hospitalizações. **Revista**

**Eletrônica Estácio Saúde**, v. 7, n. 1, p. 65-73. 2019.

[https://www.ufpb.br/gcet/contents/documentos/repositorio-gcet/artigos/o\\_envelhecimento\\_a\\_transicao\\_epidemiolog.pdf](https://www.ufpb.br/gcet/contents/documentos/repositorio-gcet/artigos/o_envelhecimento_a_transicao_epidemiolog.pdf). Access at: 19 oct. 2023

WIŚNIEWSKA-SZURLEJ, A.; ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA, A.; WOŁOSZYN, N.; SOZAŃSKI, B.; WILMOWSKA-PIETRUSZYŃSKA, A. Association between handgrip strength, mobility, leg strength, flexibility, and postural balance in older adults under long-term care facilities. **Bio Med Research International**. v. 2, p. 1-10, 2019.

<https://doi.org/10.1155/2019/1042834>. Access at: 19 oct. 2023.

Table 1. Characteristics of the studied population (n=449). Project 60+Life, Guanambi, Bahia, Brazil, 2023.

<b>Variables</b>	<b>n*</b>	<b>%†</b>
<b>Region of residence</b>		
Urban	351	78.2
Rural	98	21.9
<b>Economic level</b>		
D/E	262	58.3
C2	123	27.4
C1/B2/B1/A	64	14.2
<b>Sex</b>		
Masculine	167	37.2
Feminine	282	62.9
<b>Age</b>		
60 to 69 years old	162	36.1
70 to 79 years old	161	35.9
80 years and over	126	28.1
<b>Marital status</b>		
Without a partner	244	54.3
With partner	205	45.7
<b>Color</b>		
White	197	43.9
Black/brown	252	56.1
<b>Education</b>		
Never studied	181	40.3
1 to 5 years of study	173	38.5

6 years and more of study	95	21.7
<b>Paid work in the last 30 days</b>		
No	405	90.2
Yes	44	9.80
<b>Practice of physical activity</b>		
Active	175	38.9
Inactive	274	61.0
<b>Alcohol consumption in the last 30 days</b>		
No	395	87.9
Yes	54	12.0
<b>Smoking</b>		
Never smoked	265	59.0
Ex smoker	145	32.3
Smoker	39	8.7
<b>Health self-assessment</b>		
Very good/ good	194	43.4
Regular	184	41.2
Very bad/ bad	69	15.4
<b>Poor physical health in the last 30 days</b>		
No	221	49.2
Yes	228	50.8
<b>Vision self-assessment</b>		
Very good/ good	184	40.9
Regular	140	31.9
Bad or very bad	125	27.9
<b>Sleep self-assessment</b>		
Very good/Good	266	59.2
Regular	111	24.7
Bad/very bad	72	16.0
<b>Pain that bothers you frequently</b>		
No	251	55.9
Yes	198	44.1
<b>Fall in the last 12 months</b>		
No	314	69.9
Yes	135	30.1
<b>Medical diagnosis of diabetes</b>		
No	347	77.9
Yes	102	22.8
<b>Medical diagnosis of heart disease</b>		
No	389	86.7
Yes	60	13.4
<b>Medical diagnosis of stroke</b>		
No	425	94.7
Yes	24	5.4
<b>Medical diagnosis of emphysema. chronic bronchitis. or COPD</b>		
No	419	93.3
Yes	30	6.7
<b>Medical diagnosis of arthritis or rheumatism</b>		
No	329	73.3
Yes	120	26.8
<b>Physical exhaustion</b>		
No	304	67.8
Yes	145	32.3
<b>Weight loss in the last 3 months</b>		

No	414	92.2
Yes	35	7.8
<b>Manual dynapenia</b>		
No	303	67.5
Yes	146	32.5
<b>Medical consultation in the last 12 months</b>		
No	65	14.5
Yes	384	85.5
<b>Hospital stay for 24 hours or more in the last 12 months</b>		
No	398	88.6
Yes	51	11.36

\*n: absolute frequency; †: relative frequency.

Table 2. Description of BADL, IADL, mobility disability and functional disability among elderly people aged 60 and over (n=449). Project 60+Life, Guanambi, Bahia, Brazil, 2023.

<b>Variables</b>	<b>n*</b>	<b>P (%)†</b>	<b>IC95%‡</b>
<b>Disability for BADL</b>			
No	353	78.6	74.6-82.1
Yes	96	21.3	17.8-25.4
<b>IADL disability</b>			
No	150	33.4	74.1-81.7
Yes	299	66.5	18.2-25.9
<b>Mobility disability</b>			
No	232	51.7	47.0-56.3
Yes	217	48.3	43.7-53.0
<b>Functional disability</b>			
No	117	26.0	22.1-30.3
Yes	332	73.9	69.7-77.8

\* n: absolute frequency; †: relative frequency; ‡95%CI: 95% confidence interval.

Table 3. Bivariate and multivariate analysis for the prevalence of functional disability among elderly people aged 60 and over (n=449).  
Project 60+Life, Guanambi, Bahia, Brazil, 2023.

Variables	n*	P (%) <sup>†</sup>	p-value	PR <sup>‡</sup>	CI95% <sup>§</sup>	PR <sub>aj</sub> <sup>‡</sup>	CI95% <sup>§</sup>
<b>Region of residence</b>			<0,001				
Urban	278	79,2		1,44	1,19-1,73	1,40	1,20-1,64
Rural	54	55,1		1,00		1,00	
<b>Economic level</b>			0,108				
D/E	192	73,3		1,00		1,00	
C2	98	79,7		1,09	0,97-1,22	1,02	0,92-1,13
C1/B2/B1/A	42	65,6		0,89	0,74-1,08	0,85	0,72-0,99
<b>Sex</b>			0,005				
Masculine	111	66,4		1,00			
Feminine	221	78,3		1,18	1,04-1,33		
<b>Age</b>			<0,001				
60 to 69 years old	96	59,3		1,00		1,00	
70 to 79 years old	123	76,4		1,29	1,10-1,50	1,21	1,06-1,40
80 and over	113	89,7		1,51	1,31-1,74	1,33	1,17-1,52
<b>Marital status</b>			0,013				
With partner	140	68,2		0,87	0,77-0,97		
Without a partner	192	78,6		1,00			
<b>Color</b>			0,071				
White	154	78,1		1,00			
black/brown	178	70,6		0,90	0,81-1,00		
<b>Education</b>			0,001				
Never studied	149	82,3		1,30	1,10-1,54		
1 to 5 years of study	123	71,1		1,12	0,94-1,35		
6 years and more of study	60	63,1		1,00			
<b>Paid work in the last 30 days</b>			<0,001				
No	314	77,5		1,89	1,32-2,71	1,61	1,16-2,25
Yes	18	40,9		1,00		1,00	

<b>Physical inactivity</b>			0,001				
No	188	68,6		1,00			
Yes	144	82,3		1,19	1,07-1,33		
<b>Alcohol consumption in the last 30 days</b>			<0,001				
No	303	76,7		1,00		1,00	
Yes	29	53,7		0,07	0,54-0,90	0,80	0,65-0,99
<b>Smoking</b>			0,182				
Never smoked	199	75,0		1,00			
Ex smoker	109	75,1		1,00	0,89-1,12		
Smoker	24	1,54		0,81	0,63-1,06		
<b>Health self-assessment</b>			<0,001				
Very good / good	122	62,8		1,00			
Regular	145	78,8		1,25	1,09-1,43		
Very bad/bad	63	91,3		1,45	1,27-1,65		
<b>Poor physical health in the last 30 days</b>			<0,001				
No	144	65,1		1,00		1,00	
Yes	188	82,4		1,27	1,13-1,42	1,16	1,05-2,29
<b>Vision self-assessment</b>			<0,001				
Very good/good	124	67,4		1,00		1,00	
Regular	99	70,7		1,05	0,90-1,22	0,99	0,87-1,13
Very bad/bad	109	87,2		1,29	1,15-1,50	1,20	1,08-,1,33
<b>Pain that bothers you frequently</b>			<0,001				
No	160	63,7		1,00		1,00	
Yes	172	86,8		1,40	1,22-1,51	1,23	1,11-1,35
<b>Fall in the last 12 months</b>			0,001				
No	218	69,4		1,00			
Yes	114	84,4		1,22	1,09-1,35		
<b>Medical diagnosis of diabetes</b>			0,358				
No	253	72,9		1,00			
Yes	79	77,4		1,06	0,94-1,20		

<b>Medical diagnosis of heart disease</b>			<0,001				
No	276	70,9		1,00			
Yes	56	93,3		1,31	1,20-1,44		
<b>Medical diagnosis of stroke</b>			0,012				
No	309	72,7		1,00			
Yes	23	95,8		1,32	1,20-1,46		
<b>Medical diagnosis of emphysema, chronic bronchitis, or COPD</b>			0,100				
No	306	73,0		1,00			
Yes	26	86,6		1,19	1,02-1,40		
<b>Medical diagnosis of arthritis or rheumatism</b>			0,003				
No	231	70,2		1,00			
Yes	101	84,1		1,20	1,08-1,33		
<b>Physical exhaustion</b>			0,002				
No	211	69,4		1,00			
Yes	121	83,4		1,20	1,08-1,33		
<b>Manual dynapenia</b>			<0,001				
No	203	67,0		1,00		1,00	
Yes	129	88,3		1,32	1,20-1,46	1,14	1,04-1,26
<b>Medical consultation in the last 12 months</b>			<0,001				
No	36	55,3		1,00		1,00	
Yes	296	77,0		1,40	1,11-1,74	1,25	1,04-1,50
<b>Hospital stay for 24 hours or more in the last 12 months</b>			<0,001				
No	284	71,3		1,00			
Yes	48	94,1		1,32	1,18-1,43		

\*n: absolute frequency of functional disability; <sup>†</sup>P: Prevalence; <sup>‡</sup>PR: Prevalence ratio; <sup>§</sup>CI95%: confidence interval 95%.

Supplementary Table 1: Bivariate analysis for the prevalence of disability in BADL, IADL and mobility among elderly people aged 60 and over (n=449). Project 60+Life, Guanambi, Bahia, Brazil, 2023.

Variables	Disability in BADL					Disability in IADL					Mobility disability				
	n*	P (%) <sup>†</sup>	p-value	PR <sup>‡</sup>	CI95% <sup>§</sup>	n*	P (%) <sup>†</sup>	p-value	PR <sup>‡</sup>	CI95% <sup>§</sup>	n*	P (%) <sup>†</sup>	p-value	PR <sup>‡</sup>	CI95% <sup>§</sup>
<b>Region of residence</b>			0.586					<0.001					0.001		
Urban	77	21.9		1.13	0.72-1.80	254	72.3		1.58	1.26-1.97	184	52.4		1.56	1.16-2.09
Rural	19	19.3		1.00		45	45.9		1.00		33	33.7		1.00	
<b>Economic level</b>			0.332					0.088					0.110		
D/E	52	19.9		1.00		170	64.9		1.00		127	48.5		1.00	
C2	32	26.0		1.31	0.89-1.92	91	73.9		1.14	0.99-1.30	66	53.7		1.10	0.90-1.36
C1/B2/B1/A	12	18.8		0.94	0.53-1.66	38	59.4		0.91	0.73-1.14	24	37.5		0.77	0.55-1.09
<b>Age</b>			<0.001					<0.001					<0.001		
60 to 69 years old	21	12.9		1.00		84	51.9		1.00		52	32.1		1.00	
70 to 79 years old	25	15.5		1.19	0.69-2.05	105	65.2		1.26	1.04-1.51	80	49.7		1.55	1.18-2.03
80 and over	50	39.7		3.06	1.94-4.81	110	87.3		1.68	1.43-1.98	85	67.5		2.10	1.62-2.71
<b>Sex</b>			0.262					0.001					0.004		
Masculine	31	18.7		1.00		95	56.9		1.00		66	39.5		1.00	
Feminine	65	23.0		1.24	0.85-1.82	204	72.3		1.27	1.09-1.48	151	53.5		1.35	1.09-1.68
<b>Marital status</b>			0.513					<0.001					0.694		
With partner	55	22.5		1.00		181	74.1		1.00		120	49.1		1.00	
Without a partner	41	20.0		0.89	0.62-1.27	118	66.6		0.77	0.66-0.89	97	47.3		0.96	0.79-1.17
<b>Color</b>			0.504					0.241					0.040		
White	45	22.9		1.00		137	69.5		1.00		106	53.9		1.00	
black/brown	51	20.2		0.89	0.62-1.26	162	64.3		0.92	0.81-1.05	111	44.0		0.81	0.68-0.99
<b>Education</b>			0.161					<0.001					<0.001		
Never studied	46	25.4		1.60	0.95-2.72	137	75.7		1.44	1.17-1.77	111	61.3		1.82	1.34-2.47
1 to 5 years of study	35	20.2		1.28	0.74-2.22	112	64.7		1.23	0.99-1.53	74	42.8		1.27	0.91-1.77
6 years and more of study	15	15.8		1.00		50	53.6		1.00		32	33.7		1.00	
<b>Paid work in the last 30 days</b>			0.088					<0.001					<0.001		
No	91	22.4		1.97	0.84-4.60	287	70.9		2.60	1.60-4.22	208	51.4		1.00	
Yes	5	11.4		1.00	0.05-0.26	12	27.3		1.00		9	20.5		2.51	1.39-4.53
<b>Practice of physical activity</b>			<0.001					<0.001					<0.001		
Active	33	12.0		1.00		165	60.2		1.00		103	37.6		1.00	

Inactive	63	36.0		2.98	2.05-4.35	134	76.6		1.27	1.12-1.44	114	65.1		1.73	1.45-2.08
<b>Alcohol consumption in the last 30 days</b>			0.021					0.014					0.001		
No	91	23.0		1.00		271	68.6		1.00		202	51.1		1.00	
Yes	5	9.7		0.40	0.17-0.94	28	51.9		0.75	0.58-0.99	15	27.8		0.54	0.35-0.84
<b>Smoking</b>			0.339					0.568					0.123		
Never smoked	61	23.0		1.00		179	67.6		1.00		129	48.7		1.00	
Ex smoker	30	20.7		0.89	0.60-1.34	97	66.9		0.99	0.86-1.14	75	51.7		1.06	0.87-1.29
Smoker	5	12.9		0.56	0.24-1.30				0.87	0.66-1.4	13	33.3		0.69	0.43-1.09
<b>Health self-assessment</b>			<0.001					<0.001					<0.001		
Very good / good	25	12.9		1.00		106	54.7		1.00		70	36.0		1.00	
Regular	44	23.9		1.86	1.19-2.90	136	73.9		1.35	1.16-1.56	92	50.0		1.39	1.09-1.76
Very bad/bad	25	36.2		2.81	1.73-4.55	55	79.7		1.46	1.22-1.78	54	78.3		2.17	1.73-2.71
<b>Poor physical health in the last 30 days</b>			<0.001					<0.001					0.003		
No	30	13.6		1.00		129	58.4		1.00		91	41.1		1.00	
Yes	66	28.9		2.13	1.44-3.15	170	74.6		1.27	1.11-1.46	126	55.3		1.34	1.10-1.63
<b>Vision self-assessment</b>			0.047					0.004					0.001		
Very good/good	30	16.3		1.00		114	61.9		1.00		75	40.8		1.00	
Regular	31	22.1		1.36	0.87-2.13	87	62.1		1.00	0.84-1.19	64	45.7		1.12	0.87-1.44
Very bad/bad	35	28.0		1.71	1.11-2.64	98	78.4		1.27	1.09-1.46	78	62.4		1.53	1.23-1.91
<b>Pain that bothers you frequently</b>			0.001					<0.001					<0.001		
No	39	15.5		1.00		140	55.8		1.00		97	38.7		1.00	
Yes	57	28.8		1.85	1.29-2.66	159	80.3		1.44	1.26-1.64	120	60.1		1.57	1.29-1.90
<b>Fall in the last 12 months</b>			0.001					0.002					0.001		
No	54	17.2		1.00		195	62.1		1.00		136	43.3		1.00	
Yes	42	31.1		1.80	1.28-2.57	104	77.0		1.24	1.09-1.40	81	60.0		1.39	1.15-1.67
<b>Medical diagnosis of diabetes</b>			0.743					0.091					0.404		
No	73	21.0		1.00		224	64.5		1.00		164	47.3		1.00	
Yes	23	22.6		1.07	0.70-1.62	75	73.5		1.14	0.99-1.31	53	51.9		1.09	0.88-1.37
<b>Medical diagnosis of heart disease</b>			0.080					0.001					<0.001		
No	78	20.0		1.00		248	63.8		1.00		173	44.5		1.00	
Yes	18	30.0		1.49	0.97-2.31	51	85.0		1.33	1.17-1.52	44	73.3		1.65	1.37-1.99

<b>Medical diagnosis of stroke</b>			0.003					0.026				<0.001	
No	85	20.0		1.00		278	65.4		1.00		197	46.4	1.00
Yes	11	45.9		2.29	1.42-3.69	21	87.5		1.33	1.13-1.58	20	83.3	1.79 1.46-2.20
<b>Medical diagnosis of emphysema, chronic bronchitis, or COPD</b>			0.035					0.044					0.014
No	85	20.3		1.00		274	65.4		1.00		196	46.8	1.00
Yes	11	36.7		1.80	1.08-3.00	25	83.3		1.27	1.07-1.51	21	70.0	1.49 1.16-1.93
<b>Medical diagnosis of arthritis or rheumatism</b>			0.385					0.012					<0.001
No	67	20.4		1.00		208	63.2		1.00		141	42.9	1.00
Yes	29	24.2		1.19	0.80-1.74	91	75.8		1.19	1.05-1.37	76	63.3	1.48 1.23-1.78
<b>Physical exhaustion</b>			<0.001					0.008					<0.001
No	48	15.8		1.00		190	62.5		1.00		114	37.5	1.00
Sim	48	33.1		2.09	1.48-2.96	109	75.1		1.20	1.06-1.37	103	71.0	1.89 1.58-2.26
<b>Manual dynapenia</b>			<0.001					<0.001					<0.001
No	38	12.5		1.00		176	58.0		1.00		119	39.3	1.00
Yes	58	39.7		3.17	2.21-4.53	123	84.2		1.45	1.29-1.63	98	67.1	1.70 1.43-2.05
<b>Medical consultation in the last 12 months</b>			0.109					<0.001					0.085
No	9	13.9		1.00		29	44.6		1.00		25	38.5	1.00
Yes	87	22.7		1.63	0.87-3.08	270	70.3		1.58	1.19-2.08	192	50.0	1.30 0.94-1.79
<b>Hospital stay for 24 hours or more in the last 12 months</b>			0.001					<0.001					<0.001
No	76	19.1		1.00		253	63.6		1.00		178	44.7	1.00
Yes	20	39.2		2.05	1.38-3.05	46	90.1		1.41	1.26-0.68	39	76.5	1.70 1.41-2.06

\*n: absolute frequency of functional disability; †P: Prevalence; ‡PR: Prevalence ratio; §CI95%: confidence interval 95%.

Supplementary Table 2: Multivariate analysis for the prevalence of functional disability in BADL, IADL and Mobility among elderly people aged 60 and over (n=449). Project 60+Life, Guanambi, Bahia, Brazil, 2023.

Variables	BADL		IADL		Mobility	
	PR*	CI95% <sup>†</sup>	PR*	CI95% <sup>†</sup>	PR*	CI95% <sup>†</sup>
<b>Region of residence</b>						
Urban	1,46	1,21-1,76			1,37	1,08-1,74
Rural	1,00				1,00	
<b>Economic level</b>						
D/E					1,00	
C2					0,97	0,80-1,16
C1/B2/B1/A					0,65	0,49-0,86
<b>Sex</b>						
Masculine					1,00	
Feminine					1,38	1,12-1,69
<b>Age</b>						
60 to 69 years old	1,00		1,00		1,00	
70 to 79 years old	1,07	0,65-1,79	1,17	0,99-1,39	1,49	1,19-1,88
80 and over	1,97	1,23-3,15	1,33	1,15-1,56	1,67	1,33-2,10
<b>Marital status</b>						
With partner			1,00			
Without a partner			0,81	0,72-0,93		
<b>Education</b>						
Never studied			1,32	1,10-1,56		
1 to 5 years of study			1,25	1,03-1,50		
6 years and more of study			1,00			
<b>Paid work in the last 30 days</b>						
No			2,15	1,41-3,26	1,78	1,03-3,09
Yes			1,00		1,00	
<b>Practice of physical activity</b>						
Active	1,00				1,00	
Inactive	1,98	1,36-2,89			1,25	1,04-1,49
<b>Health self-assessment</b>						
Very good / good			1,00		1,00	
Regular			1,19	1,04-1,37	1,19	0,97-1,47
Very bad/bad			1,12	0,95-1,32	1,53	1,21-1,93
<b>Poor physical health in the last 30 days</b>						
No	1,00					
Yes	1,57	1,09-2,26				
<b>Vision self-assessment</b>						
Very good/good			1,00			
Regular			0,97	0,83-1,12		
Very bad/bad			1,16	1,02-1,31		
<b>Pain that bothers you frequently</b>						
No			1,00		1,00	

Yes			1,33	1,18-1,50	1,28	1,07-1,52
<b>Fall in the last 12 months</b>						
No	1,00					
Yes	1,54	1,11-2,14				
<b>Medical diagnosis of heart disease</b>						
No					1,00	
Yes					1,30	1,08-1,58
<b>Medical diagnosis of stroke</b>						
No					1,00	
Yes					1,42	1,09-1,85
<b>Physical exhaustion</b>						
No	1,00				1,00	
Yes	1,47	1,07-2,04			1,47	1,24-1,74
<b>Manual dynapenia</b>						
No	1,00		1,00		1,00	
Yes	1,92	1,32-2,79	1,21	1,08-1,36	1,22	1,03-1,45
<b>Medical consultation in the last 12 months</b>						
No			1,00			
Yes			1,35	1,07-1,69		

\*PR: Adjusted prevalence ratio; †CI95%: confidence interval 95%.

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O IDOSO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “CONDICIONANTES DE SAÚDE, DO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DE UM MUNICÍPIO NO CENTRO-SUL BAIANO: PROJETO 60+ VIDA”. Nesta pesquisa pretende-se investigar as condições de saúde, de acesso e utilização dos serviços de saúde pela população idosa do município de Guanambi, BA. A pesquisa está sendo realizada pela Unifg, pelos pesquisadores Janne Jéssica Souza Alves, Danielle Souto de Medeiros, Camila Melo Mereira e Cinoélia Leão.

Você está sendo convidado (a) para participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo para você.

#### 2 Identificação do participante da pesquisa

Nome: \_\_\_\_\_ nacionalidade \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_  
 civil \_\_\_\_\_ Datad/nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, email: \_\_\_\_\_  
 Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.

#### 3. Identificação do pesquisador responsável

Janne Jéssica Souza Alves, fisioterapeuta, 281.883-F, telefone: (73) 999003747, email: jannejessica101@gmail.com, endereço: Avenida Santos Dummont, 1210, São José, Guanambi, Ba.

Eu, participante da pesquisa, abaixo assinado(a), após receber informações e esclarecimento sobre o projeto de pesquisa, acima identificado, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) e estou ciente:

#### 4. Da justificativa e dos objetivos para realização desta pesquisa.

A maior necessidade de cuidados à saúde desta população é o que motiva esta pesquisa. Especialmente daqueles idosos com alterações na sua capacidade funcional. Assim, o objetivo do presente estudo é investigar as condições de saúde, de acesso e utilização dos serviços de saúde pela população idosa do município de Guanambi, BA.

#### 5. Do objetivo de minha participação

O objetivo da minha participação, além de compor a amostra, será ceder os dados necessários para a concretização, sendo eles, entrevistas domiciliares, coletadas de medidas objetivas: pressão arterial, força de preensão palmar, avaliação do equilíbrio, avaliação da marcha e medidas antropométricas.

#### 6. Do procedimento para coleta de dados

Para esta pesquisa serão adotados os seguintes procedimentos: entrevistas domiciliares, coletadas de medidas objetivas: pressão arterial, força de preensão palmar, avaliação do equilíbrio, avaliação da marcha e medidas antropométricas.

#### 7. Da utilização, armazenamento e descarte das amostras

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

#### 8. Dos desconfortos e dos riscos.

Os desconfortos e riscos para a minha participante são mínimos e, envolvem um possível constrangimento ao expor informações acerca da minha vida ao responder o questionário, risco de queda durante a realização dos testes de marcha e equilíbrio, dor durante a aplicação do teste de força de preensão palmar e, sobrecarga física e psíquica. Para minimizar o risco de constrangimento, eu serei entrevistado em um ambiente reservado de minha residência, ou na Unidade de Saúde a qual sou adscrito(a). Para minimizar o risco de queda, os entrevistadores foram treinados a me instruir corretamente, dando suporte no momento da realização dos testes. Para minimizar o risco de dor durante a aplicação do teste de força, o profissional foi treinado e me instruído, a posicionar corretamente o membro do participante. Para minimizar os riscos da sobrecarga física e psíquica, a coleta dos dados será interrompida caso o idoso apresente sinais de cansaço físico ou psíquico. O tempo médio da participação do idoso ou de seu cuidador é de 45min. Todos os testes serão realizados por um fisioterapeuta ou com auxílio do mesmo, para garantir a qualidade na aplicação e para minimizar riscos ao participante.

#### **9. Dos benefícios**

Como benefícios diretos, eu terei a pressão arterial, força de preensão palmar, equilíbrio e medidas antropométricas mensuradas, sendo encaminhado(a) à assistência de saúde a qual sou adscrito(a) em caso de possíveis alterações nos resultados. Além disso, como benefício indireto, o estudo estará contribuindo para uma melhor organização do sistema de atenção à saúde do idoso, cuja experiência poderá replicada para outros municípios brasileiros. Levando a um maior conhecimento sobre a saúde dessa população, com possibilidade de um melhor planejamento de intervenções voltadas a pacientes idosos, em busca de melhores desfechos em saúde e melhores serviços para toda a população.

#### **10. Da isenção e ressarcimento de despesas**

A minha participação é isenta de despesas e não receberei ressarcimento porque não terei despesas na realização dos testes, com locomoção, pois a coleta será realizada no domicílio e alimentação.

#### **11. Da forma de acompanhamento e assistência**

Eu tenho direito de receber os resultados dos testes feitos durante a coleta, e caso seja necessário ser encaminhado para uma assistência especializada, serei encaminhado para a Unidade Básica de Saúde a qual sou adscrito.

#### **12. Da liberdade de recusar, desistir ou retirar meu consentimento**

Tenho a liberdade de recusar, desistir ou de interromper a colaboração nesta pesquisa quando desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A minha desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir na minha capacidade funcional ou quaisquer outros parâmetros coletados nesta pesquisa.

#### **13. Da garantia de sigilo e de privacidade**

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

#### **14. Da garantia de esclarecimento e informações a qualquer tempo**

Tenho a garantia de tomar conhecimento e obter informações, a qualquer tempo, dos procedimentos e métodos utilizados neste estudo, bem como dos resultados finais, desta pesquisa. Para tanto, poderei consultar o **pesquisador responsável**. Em caso de dúvidas não esclarecidas de forma adequada pelo(s) pesquisador (es), de discordância com os procedimentos, ou de irregularidades de natureza ética poderei ainda contatar o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Guanambi**, com endereço na Avenida Vasco da Gama, 317, Centro – Guanambi/ Ba. E-mail: cep@faculdadeguanambi.edu.br. Tel.: (77) 34518400.

Os resultados da pesquisa serão entregues quando for finalizada, assim como os resultados das medidas realizadas durante a pesquisa quando forem concluídos. Serão disponibilizadas, no mesmo dia da coleta, os

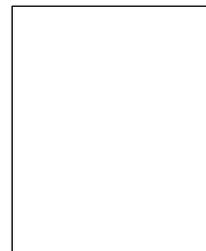
resultados da pressão arterial, força de preensão palmar, avaliação do equilíbrio, avaliação da marcha e medidas antropométricas.

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em minha posse.

Guanambi, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Nome completo do participante

\_\_\_\_\_  
Nome completo do pesquisador responsável



Digital do participante

## APÊNDICE C

## RECORTE DO QUESTIONÁRIO UTILIZADO NESTA DISSERTAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO E DO(A) ENTREVISTADO(A)				
qi1	UBS	_ _		
qi2	Indivíduo	_ _ _ _		
qi3	Entrevistador	_ _		
qi4	Tipo de entrevista	1. Entrevista		
		2. Reentrevista		
qi5	IDENTIFICAÇÃO	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _		

BLOCO A: DOMICILIAR				
<i>A nossa entrevista começa com o Módulo Domiciliar. Este bloco poderá ser respondido por qualquer morador do domicílio apto a fornecer informações corretas sobre os outros moradores. Agora vamos iniciar a entrevista com as perguntas gerais sobre os moradores desta casa</i>				
a1	Zona	1. Urbana		_
		2. Rural		
a2	Data da entrevista	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<i>Data de hoje!</i>	_ _ / _ _ / _ _ _ _
a3	Localização Geográfica			
a4	Entrevistador: Esse bloco está sendo respondido por	1. O idoso		
		2. Outra pessoa		_
a5	No total, quantas pessoas moram nesta casa?	_ _	Morador: pessoa que tem o domicílio como local de residência habitual na data da entrevista. Domicílio: local estruturalmente separado e independente, utilizado como habitação para uma ou mais pessoas.	_ _
a6	Qual o sexo do(a) Sr(a)?	0. Feminino		
		1. Masculino		<i>Apenas se a4 for = 2</i>
		2. Outro		

a7	Qual a data de nascimento do(a) Sr(a)?	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<i>Apenas se a4 for = 2</i> 99. Não sabe/ não respondeu	_ _ / _ _ / _ _ _ _
a8	Qual a escolaridade da(a) chefe(a) da família?	0. Analfabeto / Fundamental I incompleto 1. Fundamental I completo / Fundamental II incompleto 2. Fundamental II completo / Médio incompleto 3. Médio completo / Superior incompleto 4. Superior completo 99. Não sabe/não respondeu		_ _
<b>ESTRUTURA DOMICILIAR</b>				
<b>Entrevistador:</b> as questões que seguem devem ser respondidas por você a partir da observação do imóvel				
a9	A rua do domicílio é asfaltada ou pavimentada com pedras ou outro material?	0. Não 1. Sim		_
a10	Esta casa tem água canalizada em pelo menos um cômodo?	0. Não 1. Sim, da rede geral de distribuição 2. Sim, de poço ou nascente na propriedade 3. Sim, de poço ou nascente fora da propriedade. 4. Sim, de outra fonte 99. Não sabe/não respondeu		_ _
a11	Esta casa tem empregados(as) domésticos(as)?	0. Não possui 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Quatro ou mais 99. Não sabe/ não respondeu	<i>Considerar apenas os trabalhadores mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.</i>	_ _
a12	Quantos banheiros ou sanitários existem nesta casa?	0. Não possui 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Quatro ou mais	<i>O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os</i>	_ _

		99. Não sabe/ não respondeu	<i>localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.</i>	
a13	Nos ÚLTIMOS 12 MESES, com que frequência este domicílio foi visitado por algum Agente Comunitário ou membro da equipe de Saúde da Família?	1. Mensalmente 2. A cada 2 meses 3. De 2 a 4 vezes 4. Uma vez 5. Nunca foi visitado 99. Não sabe/ não respondeu		

*A seguir vou listar uma série de eletrodomésticos. Peço que me informe quantos existem nesta casa. Também vou solicitar informações sobre veículos e serviços disponíveis aqui*

a14	Geladeira	0. Não possui 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Quatro ou mais 99. Não sabe/ não respondeu		
a15	Máquina de lavar roupas	0. Não possui 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Quatro ou mais 99. Não sabe/ não respondeu	Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomáticas. O tanquinho NÃO deve ser considerado.	
a16	Freezer	0. Não possui 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Quatro ou mais 99. Não sabe/ não respondeu	Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente, assinalar a quantidade correspondente.	

a17	Secadora de roupas (acoplada ou não à máquina de lavar roupas)	0. Não possui	Considerar a máquina de secar roupa. Existem máquinas que fazem duas funções, lavar e secar. Nesses casos, devemos considerar esse equipamento como uma máquina de lavar e como uma secadora.	_ _
		1. Um		
		2. Dois		
		3. Três		
		4. Quatro ou mais		
		99. Não sabe/ não respondeu		
a18	Forno de micro-ondas	0. Não possui	Considerar forno micro-ondas e aparelho com dupla função (de micro-ondas e forno elétrico).	_ _
		1. Um		
		2. Dois		
		3. Três		
		4. Quatro ou mais		
		99. Não sabe/ não respondeu		
a19	Aparelho de DVD e/ou similar	0. Não possui	<i>Considere como leitor de DVD (Disco Digital de Vídeo ou Disco Digital Versátil) o acessório doméstico capaz de reproduzir mídias no formato DVD ou outros formatos mais modernos, incluindo videogames, computadores, notebooks. Inclua os aparelhos portáteis e os acoplados em microcomputadores. Não considere DVD de automóvel.</i>	_ _
		1. Um		
		2. Dois		
		3. Três		
		4. Quatro ou mais		
		99. Não sabe/ não respondeu		
a20	Computador	0. Não possui	<i>Considerar os computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. Não considerar: calculadoras, agendas eletrônicas, tablets, palms, smartphones e outros aparelhos.</i>	_ _
		1. Um		
		2. Dois		
		3. Três		
		4. Quatro ou mais		
		99. Não sabe/ não respondeu		
a21	Motocicletas ou outros veículos de duas rodas de motor a combustão	0. Não possui	<i>Motocicletas apenas para uso pessoal e de uso misto (pessoal e profissional) devem ser consideradas. Não considerar motocicletas usadas exclusivamente para atividades profissionais.</i>	_ _
		1. Um		
		2. Dois		
		3. Três		
		4. Quatro ou mais		
		99. Não sabe/ não respondeu		
		0. Não possui	<i>Não considerar táxis, vans ou pick-ups</i>	

a22	Automóveis	1. Um	<i>usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (pessoal e profissional) não devem ser considerados.</i>	_ _
		2. Dois		
		3. Três		
		4. Quatro ou mais		
		99. Não sabe/ não respondeu		
a23	Lavadora de louças	0. Não possui	<i>Considere a máquina com função de lavar as louças.</i>	_ _
		1. Um		
		2. Dois		
		3. Três		
		4. Quatro ou mais		
99. Não sabe/ não respondeu				

**BLOCO B: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

nasc	Data de nascimento	_ _  /  _ _  /  _ _		_ _  /  _ _  /  _ _
b0	Idade no dia da entrevista	_ _  anos		_ _  anos
b1	Sexo	0. Feminino. 1. Masculino		_
b2	Qual a sua situação conjugal atual?	1. Solteiro(a) 2. Casado/ amasiado/ união estável 3. Divorciado(a) ou separado(a) 4. Viúvo(a)		_
b3	Há quantos anos o(a) Sr. (a) está ( <b>repetira situação conjugal atual mencionada na questão anterior</b> )?	_ _  anos 00.Menos de 1 ano 99.Não sabe/não respondeu		_ _
b4	Qual das opções seguintes descreve <del>m</del> tra sua cor?	1.Branca 2.Preta 3.Parda 4.Amarela (origem oriental, japonesa, chinesa, coreana etc.) 5.Indígena 99.Não sabe/não respondeu	<i>Ler as alternativas e respeitar a opção do(a) entrevistado(a).</i>	_

AGORA EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS ACERCA DA SUA FAMÍLIA.				
b5	Quantos filhos vivos o(a) Sr. (a) tem?	<input type="text"/> 00.Nenhum 99. Não sabe/não respondeu		<input type="text"/>
b6	Quantos netos ou bisnetos vivos o(a)Sr. (a) tem?	<input type="text"/> 00.Nenhum 99. Não sabe/não respondeu		<input type="text"/>
b7	Quantos irmãos e/ou irmãs vivos o(a)Sr. (a) tem?	<input type="text"/> 00.Nenhum 99. Não sabe/não respondeu		<input type="text"/>
b8	Qual o último ano da escola que o(a)Sr. (a) foi aprovado(a)?	1. Nunca estudou 2. 1º série do 1º grau 3. 2º série do 1º grau 4. 3º série do 1º grau 5. 4º série do 1º grau (antigo primário ou grupo) 6. 5º série do 1º grau 7. 6º série do 1º grau 8. 7º série do 1º grau 9. 8º série do 1º grau (antigo ginásio) 10. 1º série do 2º grau 11. 2º série do 2º grau 12. 3º série do 2º grau (antigo colegial: clássico, científico, normal) 13. Supletivo/madureza 14. Superior incompleto 15. Superior completo 16. Especialização/residência médica 17. Mestrado 18. Doutorado 99. Não sabe/não respondeu	<i>Se a resposta não for espontânea, ler as alternativas para o(a) entrevistado(a).</i>  <i>Quando o(a) entrevistado(a) afirmar que possui superior completo, perguntar se fez especialização, mestrado ou doutorado, se o mesmo não responder espontaneamente</i>	<input type="text"/>

b9	Com quantos anos o(a) Sr. (a) começou a estudar?	<input type="text"/> anos 00. Nunca estudou 99. Não sabe/não respondeu	<input type="text"/> anos ou <input type="text"/>
----	--	--	---

<b>BLOCO I: FUNCIONALIDADE</b>				
i1	Entrevistador: verificar se o(a) entrevistado(a) está acamado (pessoa que está doente e só fica na cama). Caso afirmativo, pergunte há quanto tempo ele está acamado.	0. Não 1. Sim, há menos de 3 meses 2. Sim, há mais de 3 meses		<input type="text"/>
i2	Atenção entrevistador: verificar se o entrevistado usa cadeira de rodas (é cadeirante). Caso afirmativo, pergunte há quanto tempo ele é cadeirante.	0. Não 1. Sim, há menos de 3 meses 2. Sim, há mais de 3 meses		<input type="text"/>
i3	O(A) Sr. (a) utiliza algum APARELHO OU INSTRUMENTO DE APOIO para caminhar?	0. Não ( <b>VÁ PARA i5</b> ) 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA i5</b> )	<b>Se i3 for = 0 ou 99 pule para i5</b>	<input type="text"/>
i4	Que tipo de aparelho ou instrumento de apoio o(a) Sr. (a) utiliza para caminhar?	1. Andador 2. Bengala 3. Muletas 4. Outro 99. Não sabe/não respondeu		<input type="text"/>
<b>MOBILIDADE</b>				
Agora farei algumas perguntas sobre atividades que algumas pessoas têm dificuldades para realizar, devido a problemas de saúde, incluindo sua memória. Peço que não considere dificuldades temporárias, aquelas que o(a) sr. (a) espera que durem menos de três meses.				
i5	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para correr ou trotar um quilômetro ou 10 quadras?	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue 99. Não sabe/ não respondeu		<input type="text"/>
i6	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para andar um quilômetro, continuamente?	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade		<input type="text"/>

		com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue 99. Não sabe/ não respondeu		
i7	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para caminhar 100 metros (uma quadra/quarteirão)?	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue 99. Não sabe/ não respondeu		
i8	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para subir VÁRIOS lances de escada SEM DESCANSAR?	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue 99. Não sabe/ não respondeu		
i9	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para subir UM lance de escada SEM PARAR ou descansar?	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue 99. Não sabe/ não respondeu		

i10	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para ficar sentado por aproximadamente duas horas?	<p>1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço)</p> <p>2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço)</p> <p>3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho)</p> <p>4. Não consegue</p> <p>99. Não sabe/ não respondeu</p>		_ _
i12	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para se curvar, ajoelhar ou agachar?	<p>1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço)</p> <p>2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço)</p> <p>3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho)</p> <p>4. Não consegue</p> <p>99. Não sabe/ não respondeu</p>		_ _
i13	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para estender um ou os dois braços acima dos ombros?	<p>1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço)</p> <p>2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço)</p> <p>3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho)</p> <p>4. Não consegue</p> <p>99. Não sabe/ não respondeu</p>	Entrevistador: a atividade precisa ser realizada com ambos os braços. Se houver dificuldade para realizar a atividade com um dos braços, o(a) entrevistado(a) apresenta dificuldade.	_ _
i14	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para puxar ou empurrar grandes objetos como, por exemplo, um sofá?	<p>1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço)</p> <p>2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço)</p> <p>3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho)</p> <p>4. Não consegue</p> <p>99. Não sabe/ não respondeu</p>		_ _

i15	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para levantar ou carregar pesos maiores que 5 kg como, por exemplo, uma sacola pesada de compras?	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue 99. Não sabe/ não respondeu		
i16	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para levantar uma moeda de uma mesa? (Não pode arrastar a moeda para pegar)	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue 99. Não sabe/ não respondeu		
<b>ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA</b>				
i36	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para ATRAVESSAR UM CÔMODO OU ANDAR DE UM CÔMODO PARA OUTRO no mesmo andar?	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) <b>(VÁ PARA i39)</b> 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue (só faz a atividade com a ajuda de outra pessoa) 99. Não sabe/não respondeu <b>(VÁ PARA i39)</b>	<b>Se i36 for =1 ou 99 pule para i39</b>	
i37	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para CAMINHAR DE UM CÔMODO A OUTRO no mesmo andar?	0. Não, porque não precisa <b>(VÁ PARA i39)</b> 1. Não, porque não tem ajuda <b>(VÁ PARA i39)</b> 2. Sim 99. Não sabe/não respondeu <b>(VÁ PARA i39)</b>	<b>Se i37 for =0 ou 1 ou 99 pule para i39</b> <i>Ler as alternativas para o(a) entrevistado(a).</i>	

i38	Desta lista, quem mais o(a) ajuda a ATRAVESSAR UM CÔMODO OU ANDAR DE UM CÔMODO PARA OUTRO?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</li> <li>2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</li> <li>3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</li> <li>4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</li> <li>5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</li> <li>6. Cuidador contratado</li> <li>7. Empregada doméstica</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><i>Ler as alternativas para o(a) entrevistado(a). (MOSTRAR O CARTÃO 3)</i></p>	□
i39	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para VESTIR-SE?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) (<b>VÁ PARA i42</b>)</li> <li>2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço)</li> <li>3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho)</li> <li>4. Não consegue (só faz a atividade com ajuda de outra pessoa)</li> <li>99. Não sabe/não respondeu (<b>VÁ PARA i42</b>)</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Se i39 for =1 ou 99 pule para i42</b> <i>Vestir-se: colocar blusa e calça, incluindo sapato e meia. Não considerar dificuldade para amarrar o sapato.</i></p>	□□□
i40	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para VESTIR-SE?	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Não, porque não precisa (<b>VÁ PARA i429</b>)</li> <li>1. Não, porque não tem ajuda (<b>VÁ PARA i42</b>)</li> <li>2. Sim</li> <li>99. Não sabe/não respondeu (<b>VÁ PARA i42</b>)</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Se i40 for =0; 1 ou 99 pule para i42</b> <i>Ler as alternativas para o(a) entrevistado(a).</i></p>	□□□
i41	Desta lista, quem mais o(a) ajuda a VESTIR-SE?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</li> <li>2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</li> <li>3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</li> <li>4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</li> <li>5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</li> <li>6. Cuidador contratado</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><i>Ler as alternativas para o(a) entrevistado(a)</i> <b>(MOSTRAR O CARTÃO 3)</b></p>	□

		7. Empregada doméstica		
i42	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para TOMAR BANHO?	<p>1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) (<b>VÁ PARA i45</b>)</p> <p>2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço)</p> <p>3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho)</p> <p>4. Não consegue (só faz a atividade com a ajuda de outra pessoa)</p> <p>99. Não sabe/não respondeu (<b>VÁ PARA i45</b>)</p>	<p><b>Se i42 for =1 ou 99 pule para i45</b></p> <p><i>Tomar banho: tomar banho de chuveiro ou banheira e secar-se com uma toalha.</i></p>	<input type="text"/>
i43	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para TOMAR BANHO?	<p>0. Não, porque não precisa (<b>VÁ PARA i45</b>)</p> <p>1. Não, porque não tem ajuda (<b>VÁ PARA i45</b>)</p> <p>2. Sim</p> <p>99. Não sabe/não respondeu (<b>VÁ PARA i45</b>)</p>	<p><b>Se i43 for =0; 1 ou 99 pule para i45</b></p> <p><i>Ler as alternativas para o(a) entrevistado(a).</i></p>	<input type="text"/>
i44	Desta lista, quem mais o(a) ajuda a TOMAR BANHO?	<p>1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p>2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p>3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p>4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p>5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p>6. Cuidador contratado</p> <p>7. Empregada doméstica</p>	<p><i>Ler as alternativas para o(a) entrevistado(a)</i></p> <p><b>(MOSTRAR O CARTÃO 3)</b></p>	<input type="text"/>

i45	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para COMER a partir de um prato colocado à sua frente?	<p>1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) <b>(VÁ PARA i48)</b></p> <p>2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço)</p> <p>3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho)</p> <p>4. Não consegue (só faz a atividade com a ajuda de outra pessoa)</p> <p>99. Não sabe/não respondeu <b>(VÁ PARA i48)</b></p>	<p><b>Se i456 for =1 ou 99 pule para i48</b></p> <p><i>Comer: segurar o garfo, cortar e levar o alimento até a boca.</i></p>	<p>□□□</p>
i46	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para COMER?	<p>0. Não, porque não precisa <b>(VÁ PARA i48)</b></p> <p>1. Não, porque não tem ajuda <b>(VÁ PARA i48)</b></p> <p>2. Sim</p> <p>99. Não sabe/não respondeu <b>(VÁ PARA i48)</b></p>	<p><b>Se i46 for =0; 1 ou 99 pule para i48</b></p> <p><i>Ler as alternativas para o(a) entrevistado(a).</i></p>	<p>□□□</p>
i47	Desta lista, quem mais o(a) ajuda a COMER?	<p>1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p>2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p>3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p>4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p>5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p>6. Cuidador contratado</p> <p>7. Empregada doméstica</p>	<p><i>Ler as alternativas para o(a) entrevistado(a)</i></p> <p><b>(MOSTRAR O CARTÃO 3)</b></p>	<p>□</p>
i48	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para DEITAR E/OU LEVANTAR DA CAMA?	<p>1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) <b>(VÁ PARA i51)</b></p> <p>2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço)</p> <p>3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho)</p> <p>4. Não consegue (só faz a atividade com a ajuda de outra pessoa)</p> <p>99. Não sabe/não respondeu <b>(VÁ PARA i51)</b></p>	<p><b>Se i48 for = 1 ou 99 pule para i51</b></p> <p><i>Deitar e/ou levantar da cama: mudar a posição corporal, movendo-se de um local para outro.</i></p>	<p>□□□</p>

i49	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para DEITAR E/OU LEVANTAR DA CAMA?	<p>0. Não, porque não precisa (<b>VÁ PARA i51</b>)</p> <p>1. Não, porque não tem ajuda (<b>VÁ PARA i51</b>)</p> <p>2. Sim</p> <p>99. Não sabe/não respondeu (<b>VÁ PARA i51</b>)</p>	<b>Se i49 for =0; 1 ou 99 pule para i51</b>	□□□1
i50	Desta lista, quem mais o(a) ajuda a DEITAR E/OU LEVANTAR DA CAMA?	<p>1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p>2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p>3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p>4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p>5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p>6. Cuidador contratado</p> <p>7. Empregada doméstica</p>	<p><i>Ler as alternativas para o(a)entrevistado(a).</i></p> <p><b>(MOSTRAR O CARTÃO 3)</b></p>	□
i51	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para USAR O BANHEIRO?.	<p>1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) (<b>VÁ PARA i54</b>)</p> <p>2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço)</p> <p>3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho)</p> <p>4. Não consegue (só faz a atividade com ajuda de outra pessoa)</p> <p>99. Não sabe/não respondeu (<b>VÁ PARA i54</b>)</p>	<p><b>Se i51 for =1 ou 99 pule para i54</b></p> <p><i>Usar o banheiro: chegar ao banheiro, despir-se, sentar no vaso sanitáriosozinho, limpar-se, levantar do vaso sanitário sozinho e vestir-se</i></p>	□□□
i52	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para USAR O BANHEIRO?	<p>0. Não, porque não precisa (<b>VÁ PARA i54</b>)</p> <p>1. Não, porque não tem ajuda (<b>VÁ PARA i54</b>)</p> <p>2. Sim</p> <p>99. Não sabe/não respondeu (<b>VÁ PARA i54</b>)</p>	<b>Se i52 for =0; 1 ou 99 pule para i54</b>	□□□

i53	Desta lista, quem mais o(a) ajuda a USAR O BANHEIRO?	1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar 6. Cuidador contratado 7. Empregada doméstica	<i>Ler as alternativas para o(a)entrevistado(a).</i>  <b>(MOSTRAR O CARTÃO 3)</b>	<input type="checkbox"/>
i54	No ÚLTIMO MÊS, alguma vez, o(a) Sr. (a) perdeu o controle da urina ou das fezes sem querer?	1. Não ( <b>VÁ PARA i17</b> ) 2. Sim, da urina 3. Sim, das fezes 4. Sim, da urina e fezes 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA i17</b> )	<b>Se i54 for = 1 ou 99 pule para i17</b>  <i>Se sim, perguntar seurina, fezes ou ambas.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i55	Gostaria de saber o quanto o fato de perder o controle da urina ou fezes interfere em sua vida cotidiana. Para isso gostaria que o(a) Sr. (a) desse uma nota de 0(zero) a 10 (dez) nessa interferência. Zero significa que essa perda não interfere em nada na sua vida cotidiana e 10 significa que interfere muito. Qual nota o(a) Sr. (a) daria para essa perda?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nota referida ou 99. Não sabe/não respondeu		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nota referida ou <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

#### ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

i17	O(a) Sr. (a) tem dificuldade para FAZER SUA HIGIENE PESSOAL?  <i>Higiene pessoal: lavar e secar as mãos, lavar e secar o rosto, escovar os dentes, pentear o cabelo, barbear-se ou maquiarse.</i>	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) ( <b>VÁ PARA i20</b> ) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue (só faz a atividade com a ajuda de outra pessoa) 99. Não sabe/ não respondeu ( <b>VÁ PARA i20</b> )	<b>Se i17 for = 1 ou 99 pule para i20</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i18	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para FAZER SUA HIGIENE PESSOAL?	0. Não, porque não precisa ( <b>VÁ PARA i20</b> ) 1. Não, porque não tem ajuda ( <b>VÁ PARA i20</b> )	<b>Se i18 for = 0, 1 ou 99 pule para i20</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

		2. Sim 99. Não sabe/ não respondeu ( <b>VÁ PARA i20</b> )		
i19	Desta lista, quem mais o(a) ajuda a FAZER SUA HIGIENE PESSOAL?	1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar 6. Cuidador contratado 7. Empregada doméstica	<i>Ler as alternativas para o(a) entrevistado(a)</i> <b>(MOSTRAR O CARTÃO 3)</b>	<input type="checkbox"/>
i20	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para preparar UMA REFEIÇÃO QUENTE?  <i>Preparar uma refeição quente: elaborar o cardápio, descascar, fatiar, misturar/amassar, cozinhar e servir os alimentos.</i>	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) ( <b>VÁ PARA i22</b> ) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue (só faz a atividade com a ajuda de outra pessoa) 99. Não sabe/ não respondeu ( <b>VÁ PARA i22</b> )	<b>Se i20 for = 1 ou 99 pule para i22</b>	<input type="checkbox"/>
i21	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para PREPARAR UMA REFEIÇÃO QUENTE?	0. Não, porque não precisa 1. Não, porque não tem ajuda 2. Sim 99. Não sabe/não respondeu		<input type="checkbox"/>
i22	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para CUIDAR DO PRÓPRIO DINHEIRO?  <i>Administrar o próprio dinheiro: ter controle sobre seus recursos econômicos e realizar transações econômicas simples como utilizar dinheiro para comprar comida, medicamentos ou objetos pessoais; utilizar cartão de banco e caixa eletrônico; e utilizar cheques.</i>	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) ( <b>VÁ PARA i24</b> ) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue (só faz a atividade com a ajuda de outra pessoa) 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA i24</b> )	<b>Se i22 for = 1 ou 99 pule para i24</b>	<input type="checkbox"/>

i23	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para CUIDAR DO PRÓPRIO DINHEIRO?	0. Não, porque não precisa 1. Não, porque não tem ajuda 2. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
i24	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para UTILIZAR ALGUM TIPO DE TRANSPORTE?	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) ( <b>VÁ PARA i26</b> ) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue (só faz a atividade com ajuda de outra pessoa) 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA i26</b> )	<b>Se i24 for = 1 ou 99 pule para i26</b>  <i>Uso de transporte para se deslocar como passageiro: ser levado em automóvel, táxi, ônibus, metrô ou veículo puxado por tração animal etc.</i>	
i25	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para UTILIZAR ALGUM TIPO DE TRANSPORTE?	0. Não, porque não precisa 1. Não, porque não tem ajuda 2. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
i26	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para FAZER COMPRAS?	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) ( <b>VÁ PARA i28</b> ) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue (só faz a atividade com ajuda de outra pessoa) 99. Não sabe/ não respondeu ( <b>VÁ PARA i28</b> )	<b>Se i26 for = 1 ou 99 pule para i28</b>  <i>Fazer compras: selecionar, comprar, fazer com que a compra chegue em casa e armazenar.</i>	
i27	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para FAZER COMPRAS?	0. Não, porque não precisa 1. Não, porque não tem ajuda 2. Sim 99. Não sabe/ não respondeu		
i28	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para UTILIZAR O TELEFONE (FIXO OU CELULAR)?	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) ( <b>VÁ PARA i30</b> ) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho)	<b>Se i28 for = 1 ou 99 pule para i30</b>	

		4. Não consegue (só faz a atividade com a ajuda de outra pessoa) 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA i30</b> )		
i29	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para UTILIZAR O TELEFONE?	0. Não, porque não precisa 1. Não, porque não tem ajuda 2. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
i30	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para ADMINISTRAR OS PRÓPRIOS MEDICAMENTOS?	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) ( <b>VÁ PARA i32</b> ) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue (só faz a atividade com a ajuda de outra pessoa) 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA i32</b> )	Se i30 for = 1 ou 99 pule para i32  <i>Administrar os próprios medicamentos: lembrar-se dos horários dos medicamentos, pegá-los corretamente, retirar da embalagem e ingeri-los de forma apropriada, conforme a prescrição.</i>	
i31	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para ADMINISTRAR OS PRÓPRIOS MEDICAMENTOS?	0. Não, porque não precisa 1. Não, porque não tem ajuda 2. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
i32	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para REALIZAR TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES (arrumar cama, tirar pó, cuidar do lixo etc.)?	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) ( <b>VÁ PARA i34</b> ) 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue (só faz a atividade com a ajuda de outra pessoa) 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA i34</b> )	Se i32 for = 1 ou 99 pule para i34	
i33	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para REALIZAR TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES?	0. Não, porque não precisa 1. Não, porque não tem ajuda 2. Sim 99. Não sabe/não respondeu		

i34	O(A) Sr. (a) tem dificuldade para realizar TAREFAS DOMÉSTICAS PESADAS?	1. Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço) <b>(VÁ PARA i56)</b> 2. Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço) 3. Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) 4. Não consegue (só faz a atividade com a ajuda de outra pessoa) 99. Não sabe/não respondeu <b>(VÁ PARA i56)</b>	<b>Se i34 for = 1 ou 99 pule para i36</b>  <i>Tarefas domésticas pesadas: lavar banheiro, limpar quintal, trocar cortinas etc.</i>	
i35	O(A) Sr. (a) recebe ajuda para REALIZAR TAREFAS DOMÉSTICAS PESADAS?	0. Não, porque não precisa 1. Não, porque não tem ajuda 2. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
As perguntas a seguir referem-se a essa pessoa que foi mais citada nos critérios de ajuda.				
i56	Qual a idade do(a) Sr. (a) <b>(nome da pessoa mais citada)</b> ?	Idade em anos     99. Não sabe/não respondeu		anos ou 
i57	Qual o sexo do(a) Sr. (a) <b>(nome da pessoa mais citada)</b> ?	0. Feminino 1. Masculino 99. Não sabe/não respondeu		
i58	Qual o estado civil do(a) Sr. (a) <b>(nome da pessoa mais citada)</b> ?	1. Casado(a)/ União consensual/ mora junto 2. Solteiro(a) 3. Divorciado(a)/separado(a) 4. Viúvo(a) 99. Não sabe/ não respondeu		
i59	O(A) Sr. (a) <b>(nome da pessoa mais citada)</b> sabe ler e escrever um recado?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/ não respondeu		
i60	O(A) Sr. (a) <b>(nome da pessoa mais citada)</b> recebeu treinamento específico para cuidar de idosos?	0. Não <b>(VÁ PARA i62)</b> 1. Sim 99. Não sabe/ não respondeu <b>(VÁ PARA i62)</b>	<b>Se i60 for = 0 ou 99 pule para i62</b>	
i61	Quantas horas de treinamento o(a)Sr. (a) <b>(nome da pessoa mais citada)</b> recebeu para cuidar de idosos?	horas ou 99. Não sabe/ não respondeu		horas ou

i62	O(A) Sr. (a) ( <b>nome da pessoa mais citada</b> ) parou de trabalhar ou estudar para ajudá-lo(a)?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/ não respondeu		_ _
i63	Na última semana, por quantas horas o(a) Sr. (a) ( <b>nome da pessoa mais citada</b> ) o(a) auxiliou?	_ _  horas nesta semana 99. Não sabe/não respondeu		_ _  horas nesta semana ou  _ _
i64	Somando todas as pessoas que o(a) ajudam a realizar Atividades Básicas da Vida Diária, por quantos dias na última semana o(a) Sr. (a) recebeu essas ajudas?	1. Todos os dias 2. Todos os dias, exceto fins de semana e feriados 3. Na maioria dos dias da semana 4. Pelo menos um dia na semana 99. Não sabe/não respondeu	<i>Ler as alternativas para o(a) entrevistado(a).</i>	_ _

### BLOCO G: SAÚDE GERAL E DOENÇAS

Nesta seção falaremos a respeito da sua saúde.

#### SAÚDE GERAL

g1	Em geral, como o Sr. (a) avalia a sua saúde?	1. Muito boa ou excelente 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 99. Não sabe/não respondeu	<i>Ler as opções para o(a) entrevistado(a).</i>	_ _
g2	Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, por quantos dias sua saúde física não foi boa, por exemplo, ficou doente, sentiu dor etc.?	_ _  número de dias ou 00. Nenhum 30. Todos os dias 99. Não sabe/não respondeu		_ _  número de dias ou  _ _
g3	Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, por quantos dias sua saúde mental não foi boa, por exemplo, sentiu-se deprimido, estressado ou com problemas emocionais?	_ _  número de dias ou 00. Nenhum 30. Todos os dias 99. Não sabe/não respondeu		_ _  número de dias ou  _ _

#### VISÃO E AUDIÇÃO

g4	O(a) Sr. (a) usa óculos ou lentes de contato?	0. Não 1. Sim		_ _
----	---	------------------	--	-----

		99. Não sabe/não respondeu		
g5	Como o(a) Sr. (a) avalia a sua visão para enxergar de longe (MESMO USANDO ÓCULOS OU LENTES DE CONTATO). Ou seja, reconhecer uma pessoa conhecida do outro lado da rua a uma distância de mais ou menos 20 metros?	1. Muito boa ou excelente 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5 Muito ruim 99. Não sabe/não respondeu	<i>Ler as opções para o(a) entrevistado(a).</i>	□□□
g6	Como o(a) Sr. (a) avalia a sua visão para enxergar de perto (MESMO USANDO ÓCULOS OU LENTES DE CONTATO). Ou seja, reconhecer um objeto que esteja ao alcance das mãos ou ler um jornal?	1. Muito boa ou excelente 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5 Muito ruim 99. Não sabe/não respondeu	<i>Ler as opções para o(a) entrevistado(a).</i>	□□□
g7	Quando foi a última vez que o(a) Sr. (a) fez exame de vista com um médico oftalmologista?	1. Menos de 1 ano 2. 1 a 2 anos 3. 3 ou mais anos 4. Nunca fez ( <b>VÁ PARA g13</b> ) 99. Não sabe/não respondeu	<b>Se g7 for = 4 pule para g13</b>	□□□
<b>Alguns médicos oftalmologistas já disseram que o(a) Sr. (a) tem ou teve algumas das doenças que vou listar a seguir:</b>				
g11	Catarata em uma ou ambas as vistas	0. Não ( <b>VÁ PARA g13</b> ) 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA g13</b> )	<b>Se g11 for = 0 ou 99 pule para g13</b>	□□□
g12	O(a) Sr. (a) fez a cirurgia de catarata?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		□□□
g13	O(a) Sr. (a) usa aparelho auditivo?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		□□□
g14	Como o(a) Sr. (a) avalia a sua audição(mesmo usando aparelho auditivo)?	1. Muito boa ou excelente 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5 Muito ruim 99. Não sabe/não respondeu		□□□

QUEDAS E CIRURGIAS DE ARTICULAÇÕES				
g16	Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr. (a) teve alguma queda?	0. Não ( <b>VÁ PARA g22</b> ) 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA g22</b> )	<b>Se g16 for = 0 ou 99 pule para g22</b>	___
g17	Quantas quedas o(a) Sr. (a) sofreu nos ÚLTIMOS 12 MESES?	___ ___ número de quedas ou 99. Não sabe/não respondeu		___ ___ número de quedas, ou ___
g18	Onde sofreu sua última queda?	1. Em casa 2. Na rua 3. Outro 99. Não sabe/não respondeu		___
g19	Em alguma queda nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr. (a) fraturou (quebrou) o quadril ou o fêmur?	0. Não ( <b>VÁ PARA g21</b> ) 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA g21</b> )	<b>Se g19 for = 0 ou 99 pule para g21</b>	___
g20	Houve necessidade de cirurgia devido a fratura do quadril ou do fêmur?	0. Não 1. Sim, sem colocação de prótese 2. Sim, com colocação de prótese 99. Não sabe/não respondeu	<i>Se sim, perguntar se houve colocação de prótese.</i>	___
g21	Em alguma queda nos ÚLTIMOS 12MESES, o(a) Sr. (a) fraturou (quebrou) o punho ou antebraço?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		___
g22	O(a) Sr. (a) já fez cirurgia para trocar a articulação da bacia/quadril (cabeça do fêmur) por prótese?	0. Não ( <b>VÁ PARA g24</b> ) 1. Sim, trocou uma das articulações 2. Sim, trocou as duas articulações 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA g24</b> )	<b>Se g22 for = 0 ou 99 pule para g24</b>	___
g23_1	A troca da(s) articulação(ões) do seu quadril foi devido à artrite?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		___
g23_2	A troca da(s) articulação(ões) do seu quadril foi devido à fratura?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		___

g23_3	A troca da(s) articulação(ões) do seu quadril foi devido a outra razão?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g24	O(a) Sr. (a) já fez cirurgia para trocar a articulação do joelho por prótese?	0. Não 1. Sim, trocou a articulação de um joelho 2. Sim, trocou a articulação dos dois <del>joelhos</del> 99. Não sabe/não respondeu		
<b>DOENÇAS CRÔNICAS</b>				
g25	Qual foi a última vez que a sua pressão arterial foi medida?	1. Há menos de 6 meses 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos 5. 3 anos ou mais 6. Nunca 99. Não sabe/não respondeu		
g26	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr. (a) tem hipertensão arterial (pressão alta)?	0. Não ( <b>VÁ PARA g32</b> ) 1. Sim 2. Sim, apenas durante a gravidez 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA g32</b> )	<b>Se g26 for = 0 ou 99 pule para g32</b>	
g27	Que idade o(a) Sr. (a) tinha quando o médico disse que o(a) Sr. (a) tinha hipertensão (pressão alta)?	anos ou 99. Não sabe/não respondeu		anos ou 
g29	O(a) Sr. (a) toma remédio para hipertensão (pressão alta)?	0. Não ( <b>VÁ PARA g32</b> ) 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA g32</b> )	<b>Se g29 for = 0 ou 99 pule para g32</b>	
g32	Qual foi a última vez que o(a) Sr. (a) fez exame para medir a glicose (açúcar) no sangue?	1. Há menos de 6 meses 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos 5. 3 anos ou mais 6. Nunca		

		99. Não sabe/não respondeu		
g33	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr. (a) tem diabetes (açúcar no sangue)?	0. Não ( <b>VÁ PARA g41</b> ) 1. Sim 2. Sim, apenas durante a gravidez 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA g41</b> )	<b>Se g33 for = 0 ou 99 pule para g39</b>	
g34	Que idade o(a) Sr. (a) tinha quando o médico disse que o(a) Sr. (a) tinha diabetes?	anos ou 99. Não sabe/não respondeu		anos ou 
g36_1	Atualmente, por causa do diabetes o(a)Sr. (a) faz dieta?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g36_2	Atualmente, por causa do diabetes o(a)Sr. (a) pratica atividade física?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g36_3	Atualmente, por causa do diabetes o(a)Sr. (a) toma medicamentos orais, como hipoglicemiantes?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g36_4	Atualmente, por causa do diabetes o(a)Sr. (a) toma insulina?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g39	Quando foi a última vez que um médico oftalmologista realizou um exame de vista ou de fundo de olho (em que dilataram a sua pupila)?	1. Há menos de 6 meses 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos 5. 3 anos ou mais 6. Nunca 99. Não sabe/não respondeu		
g40	Quando foi a última vez que um médico ou profissional de saúde examinou seus pés para verificar feridas ou irritações?	1. Há menos de 6 meses 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos 5. 3 anos ou mais 6. Nunca 99. Não sabe/não respondeu		

g41	Qual foi a última vez que o(a) Sr. (a) fez exame de sangue para medir o colesterol?	1. Há menos de 6 meses 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos 5. 3 anos ou mais 6. Nunca 99. Não sabe/não respondeu		
g42	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr. (a) tem colesterol alto?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g44	Algum médico já disse que o(a) Sr. (a) teve infarto do coração?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu	<b>Colocar todos como cardiopatia</b>	
g46	Algum médico já disse que o(a) Sr. (a) tem angina do peito?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g48	Algum médico já disse que o(a) Sr. (a) tem insuficiência cardíaca?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g50	Algum médico já disse que o(a) Sr. (a) teve acidente vascular cerebral (derrame)?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g52	Algum médico já disse que o(a) Sr. (a) tem asma?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu	<b>Excluir bronquite.</b>	
g53	Algum médico já disse que o(a) Sr. (a) tem enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica(DPOC)?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g54	Algum médico já disse que o(a) Sr. (a) tem artrite ou reumatismo?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g55	Algum médico já disse que o(a) Sr. (a) tem osteoporose?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g56	Algum médico já disse que o(a) Sr. (a) tem problema crônico de coluna, como dor nas costas, no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas	0. Não 1. Sim		

	vértebras ou disco?	99. Não sabe/não respondeu		
g57	Algum médico já disse que o(a) Sr. (a) tem depressão?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g58	Algum médico já disse que o(a) Sr. (a) tem ou teve câncer?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g59	Algum médico já disse que o(a) Sr. (a) tem insuficiência renal crônica?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g60	Algum médico já disse que o(a) Sr. (a) tem doença de Parkinson?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g61	Algum médico já disse que o(a) Sr. (a) tem doença de Alzheimer?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g62	O(A) Sr. (a) já fez alguma cirurgia de ponte de safena ou colocação de stent ou angioplastia?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		
g63	Nos ÚLTIMOS 12 MESES o(a) Sr. (a) tomou vacina contra gripe?	0. Não 1. Sim ( <b>VÁ PARA g65</b> ) 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA g65</b> )	<b>Se g63_1 for = 1 ou 99 pule para g65</b>	
g64	Qual o principal motivo por não ter tomado a vacina contra gripe?	1. Raramente fica gripado(a) 2. Não sabia que era necessário tomar vacina contra gripe 3. Não sabia onde tomar a vacina 4. Tem medo da reação 5. Tem medo de injeção 6. Não tinha quem o(a) acompanhasse ao serviço de saúde 7. Estava com dificuldades financeiras 8. Teve dificuldades de transporte 9. O serviço de saúde era muito distante	<i>Ler as opções para o(a) entrevistado(a) e assinalar a mais importante.</i>	

		<p>10. A vacina não estava disponível no serviço que procurou</p> <p>11. Contra-indicação médica</p> <p>12. Não acredita que a vacina protege contra gripe</p> <p>13. Outro</p> <p>99. Não sabe/não respondeu</p>		
g65	O(A) Sr. (a) tomou vacina contra Covid-19?	<p>0. Não (<b>VÁ PARA g67</b>)</p> <p>1. Sim</p> <p>99. Não sabe/não respondeu (<b>VÁ PARA g68</b>)</p>		
g66	O(A) Sr. (a) tomou quantas doses da vacina contra a contra Covid-19?	<p>1. 1</p> <p>2. 2</p> <p>3. 3</p> <p>4. 4</p> <p>5. 5 (imunossuprimidos)</p> <p>99. Não sabe/não respondeu</p>	<b>VÁ PARA g68</b>	
g67	Qual o principal motivo por não ter tomado a vacina contra a Covid-19?	<p>1. Não sabia que era necessário tomar vacina contra covid</p> <p>2. Não sabia onde tomar a vacina</p> <p>3. Tem medo da reação</p> <p>4. Tem medo de injeção</p> <p>5. Não tinha quem o(a) acompanhasse ao serviço de saúde</p> <p>6. Estava com dificuldades financeiras</p> <p>7. Teve dificuldades de transporte</p> <p>8. O serviço de saúde era muito distante</p> <p>9. A vacina não estava disponível no serviço que procurou</p> <p>10. Contra-indicação médica</p> <p>11. Não acredita que a vacina protege contra a covid</p> <p>12. Outro</p> <p>99. Não sabe/não respondeu</p>	<p><i>Ler as opções para o(a) entrevistado(a) e assinalar a mais importante.</i></p>	

**FENÓTIPO DE FRAGILIDADE**

g68	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) Sr. (a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?	0. Não ( <b>VÁ PARA g71</b> ) 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA g71</b> )	<b>Se g68 for = 0 ou 99 pule para g71</b>	□□□
g69	Quantos quilos o(a) Sr. (a) perdeu nos ÚLTIMOS 3 MESES?	□□□□,□□Kg ou 99. Não sabe/ não respondeu		□□□□, □□Kg ou □□□
g70	Qual o intervalo que melhor representa os quilos que o(a) Sr.(a) perdeu nos ÚLTIMOS 3 MESES?	1. Menos de 1kg 2. Entre 1 e 4,5 kg 3. Mais de 4,5 kg 99. Não sabe/não respondeu		□□□
<b>FADIGA/EXAUSTÃO</b>				
g71	Na ÚLTIMA SEMANA, com que frequência o(a) Sr. (a) sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas (iniciava alguma coisa, mas não conseguia terminar)?	1. Nunca ou raramente (menos de 1 dia) 2. Poucas vezes (1-2 dias) 3. Algumas vezes (3-4 dias) 4. A maior parte do tempo 99. Não sabe/ não respondeu	<i>Ler as alternativas para o(a) entrevistado(a).</i>	□□□
g72	Na ÚLTIMA SEMANA, com que frequência a realização de suas atividades rotineiras exigiram do(a)Sr. (a) um grande esforço para serem realizadas?	1. Nunca ou raramente (menos de 1 dia) 2. Poucas vezes (1-2 dias) 3. Algumas vezes (3-4 dias) 4. A maior parte do tempo 99. Não sabe/ não respondeu	<i>Ler as alternativas para o(a) entrevistado(a).</i>	□□□
<b>SONO</b>				
g73	Como o(a) Sr. (a) avalia a qualidade do seu sono?	1. Muito boa ou excelente 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 99. Não sabe/não respondeu		□□□
g74	Durante o último mês o(a) Sr. (a) tomou remédio para dormir?	1. Não 2. Menos de uma vez por semana 3. 1 ou 2 vezes por semana		□□□

		4. 3 ou mais vezes por semana 99. Não sabe/não respondeu		
<b>INVENTÁRIO BREVE DE DOR</b>				
g75	O(a) Sr. (a) sente dor que chega a incomodá-lo(a) frequentemente?	0. Não ( <i>Vá para h1</i> ) 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu ( <i>Vá para h1</i> )		___
g76	ENTREVISTADOR: Mostre o diagrama corporal ao entrevistado e pergunte a zona onde ele (a) sente a dor mais intensa.	___	<b>Anote o número do local indicado pelo entrevistado</b>	___
g77	Qual é a intensidade dessa dor na maior parte do tempo?	1. Suave/ fraca 2. Moderada 3. Intensa/ forte 99. Não sabe/ não respondeu		___
g78	Essa dor dificulta o seu dia a dia, como por exemplo nas atividades domésticas ou no trabalho?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		___
g79	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) Sr. (a) tomou remédios que não precisam de prescrição médica para essa dor?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu	<b>Tais como Paracetamol (Tylenol sem codeína), Aspirina, Dipirona ou similares.</b>	___
g80	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) Sr. (a) tomou remédios mais fortes para dor, que precisam de prescrição médica, tais como analgésicos que tem codeína ou morfina ou outros analgésicos opióides?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu	<b>Tais como Fiorional, Tylex, Duramorf, Demerol, Durogesic, OxyContin, Percodan, Dimorf, Tramadol, Codex</b>	___

### BLOCO F: COMPORTAMENTOS EM SAÚDE

As perguntas a seguir, dizem respeito ao tempo que o(a) Sr. (a) gastou fazendo atividades físicas na **ÚLTIMA SEMANA**. Essas atividades incluem as que o(a) Sr. (a) fez no seu trabalho, para ir de um local a outro, no lazer, no esporte, na realização de exercícios e em suas atividades domésticas.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos **10 MINUTOS CONTÍNUOS DE CADA VEZ**.

f1	Em quantos dias da última semana o(a) Sr. (a) CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?	___ número de dias na semana 00. Nenhum dia ( <i>VÁ PARA f3</i> ) 99. Não sabe/não respondeu ( <i>VÁ PARA f3</i> )		___
f2	Nos dias em que o(a) Sr. (a) caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total o(a) Sr. (a) gastou caminhando POR	___ ___ h: ___ ___  min 00. Nenhum		___ ___ h: ___ ___  min

	DIA?	99. Não sabe/não respondeu		ou  _ _
f3	Em quantos dias da última semana, o(a) Sr. (a) realizou ATIVIDADES MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos?	_  número de dias na semana  00. Nenhum dia ( <b>VÁ PARA f5</b> ) 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA f5</b> )	<i>Atividades físicas MODERADAS: aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal ou fazem o coração bater UM POUCO mais forte. Exemplos de atividades físicas moderadas: pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim etc. Não inclui caminhada.</i>	_ _
f4	Quando o(a) Sr. (a) fez essas ATIVIDADES MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades <b>POR DIA</b> ?	_ _ h:  _ _  min 00. Nenhum 99. Não sabe/não respondeu		_ _ h:  _ _  min Ou  _ _ _
f5	Em quantos dias da última semana, o(a) Sr. (a) realizou ATIVIDADES VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos?	_  número de dias na semana  00. Nenhum dia ( <b>VÁ PARA f7</b> ) 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA f7</b> )	<i>Atividades físicas VIGOROSAS: aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal ou fazem o coração bater MUITO mais forte. São exemplos de atividade física vigorosa: correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos etc.</i>	_ _ _
f6	Nos dias em que o(a) Sr. (a) fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total o(a) Sr. (a) gastou	_ _ _ h:  _ _ _  min 00. Nenhum		_ _ _ h:  _ _ _  min ou  _ _ _ _

	fazendo essas atividades POR DIA?	99. Não sabe/não respondeu		
As próximas perguntas são em relação ao tempo que o(a) Sr. (a) gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, durante o tempo livre ou na escola (se pertinente). Isso inclui o tempo sentado no escritório, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.				
f7	Quanto tempo POR DIA o(a) Sr. (a) GASTA SENTADO em UM DIA normal da semana?	__ _ h: __ _  min 00. Nenhum 99. Não sabe/não respondeu		__ _ h: __ _  min Ou __ _ _
f8	Quanto tempo POR DIA o(a) Sr. (a) GASTA SENTADO em UM FINAL DE SEMANA?	__ _ h: __ _  min 00. Nenhum 99. Não sabe/não respondeu		__ _ h: __ _  min Ou __ _ _
f9	O(A) Sr. (a) conhece algum programa público no seu município de estímulo à prática de atividade física?	0. Não ( <b>VÁ PARA f11</b> ) 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA f11</b> )	<b>Se f9 for = 0 ou 99 pule para f11</b>	__ _ _
f10	O(A) Sr. (a) participa desse programa?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu		__ _ _
Agora vou lhe fazer perguntas sobre cuidados com a alimentação.				
f11	Em QUANTOS DIAS DA SEMANA, o(a) Sr. (a) costuma comer verduras ou legumes (tais como couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, alface, tomate)?	__ _  dias por semana (preencher de 1 a 7 dias) 0. Nunca ou menos de uma vez por semana ( <b>VÁ PARA f13</b> ) 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA f13</b> )	<b>Se f11 for = 0 ou 99 pule para f13</b> <b>Não inclui: batata, mandioca ou inhame</b>	__ _  dias por semana ou __ _ _
f12	Em geral, QUANTAS VEZES POR DIA o(a) Sr. (a) costuma comer verduras ou legumes?	1. 1 vez por dia 2. 2 vezes por dia 3. 3 vezes ou mais por dia 99. Não sabe/não respondeu		__ _ _
f12_a	Em QUANTOS DIAS DA SEMANA, o(a) Sr. (a) costuma comer feijão?	__ _  dias por semana (preencher de 1 a 7 dias) 0. Nunca ou menos de uma vez por semana ( <b>VÁ PARA f13</b> ) 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA f13</b> )		__ _  dias por semana ou __ _ _
f12_b	Em geral, QUANTAS VEZES POR DIA o(a) Sr. (a) costuma comer feijão?	1. 1 vez por dia 2. 2 vezes por dia		__ _ _

		3. 3 vezes ou mais por dia 99. Não sabe/não respondeu		
f13	Em QUANTOS DIAS NA SEMANA, o(a) Sr. (a) costuma tomar suco de fruta natural?	<input type="text"/> dias por semana 0. Nunca ou menos de uma vez por semana ( <b>VÁ PARA f15</b> ) 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA f15</b> )	<b>Se f13 for = 0 ou 99 pule para f15</b>	<input type="text"/> dias por semana ou <input type="text"/>   <input type="text"/>
f14	Em geral, QUANTAS VEZES POR DIA o(a) Sr. (a) toma suco de fruta natural?	1. 1 vez por dia 2. 2 vezes por dia 3. 3 vezes ou mais por dia 99. Não sabe/não respondeu		<input type="text"/>   <input type="text"/>
f15	Em QUANTOS DIAS DA SEMANA, o(a) Sr. (a) costuma comer frutas?	<input type="text"/> dias por semana (preencher de 1a 7 dias) 0. Nunca ou menos de uma vez por semana ( <b>VÁ PARA f17</b> ) 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA f17</b> )	<b>Se f15 for = 0 ou 99 pule para f17</b>	<input type="text"/> dias por semana ou <input type="text"/>   <input type="text"/>
f16	Em geral, QUANTAS VEZES POR DIA o(a) Sr. (a) costuma comer frutas?	1. 1 vez por dia 2. 2 vezes por dia 3. 3 vezes ou mais por dia 99. Não sabe/não respondeu		<input type="text"/>   <input type="text"/>
f17	Em QUANTOS DIAS DA SEMANA o(a) Sr. (a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?	<input type="text"/> dias por semana (preencher de 1a 7 dias) 0. Nunca ou menos de uma vez por semana 99. Não sabe/não respondeu		<input type="text"/> dias por semana ou <input type="text"/>   <input type="text"/>
f18	Em QUANTOS DIAS DA SEMANA o(a) Sr. (a) costuma comer frango/galinha?	<input type="text"/> dias por semana (preencher de 1a 7 dias) 0. Nunca ou menos de uma vez por semana 99. Não sabe/não respondeu		<input type="text"/> dias por semana ou <input type="text"/>   <input type="text"/>
f19	Em QUANTOS DIAS DA SEMANA o(a) Sr. (a) costuma comer peixe?	<input type="text"/> dias por semana (preencher de 1a 7 dias) 0. Nunca ou menos de uma vez por semana		<input type="text"/> dias por semana ou <input type="text"/>   <input type="text"/>

		99. Não sabe/não respondeu		
As perguntas seguintes referem-se ao seu consumo de bebidas alcoólicas.				
f20	Com que frequência o(a) Sr. (a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?	1. Nunca ( <b>VÁ PARA f25</b> ) 2. Menos de uma vez por mês ( <b>VÁ PARA f22</b> ) 3. Uma vez ou mais por mês 99. Não sabe/não respondeu ( <b>VÁ PARA f25</b> )	<i>Ler as alternativas para o(a) entrevistado.</i> <b>Se f20 for = 1 ou 99 pule para f25</b>  <b>Se f20 for = 2 ou pule para f22</b>	
f21	QUANTOS DIAS POR SEMANA o(a) Sr. (a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?	dias por semana 0. Menos de um dia na semana 99. Não sabe/não respondeu		dias por semana ou 
f22	Em geral, NO DIA QUE O(A) SR. (A) BEBE, quantas doses de bebidas alcoólicas o(a) Sr. (a) consome?	doses por dia 99. Não sabe/não respondeu	<i>Considerar que 1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer bebida destilada.</i>	
f23	<b>PARA HOMENS:</b> nos últimos 30 dias, o Sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu	<b>Apenas se b1 for = 1</b>	
f24	<b>PARA MULHERES:</b> nos últimos 30 dias, a Sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião?	0. Não 1. Sim 99. Não sabe/não respondeu	<b>Apenas se b1 for = 2</b>	
Para terminar esta seção, vou fazer algumas perguntas sobre fumo de cigarros industrializados, cigarros de palha ou de outros produtos do tabaco que são fumados, tais como charuto, cigarrilha, cachimbo, cigarros de cravo (ou de Bali), cigarros indianos (ou bidis) e narguilé (ou cachimbos d'água).				
Por favor, não responda sobre produtos de tabaco que não fazem fumaça como rapé e fumo de mascar. Não considerar cigarro eletrônico.				
f25	Atualmente o(a) Sr. (a) fuma? <b>Se sim, perguntar se diariamente ou não.</b>	1. Sim, diariamente ( <b>VÁ PARA f28</b> ) 2. Sim, menos que diariamente ( <b>VÁ PARA f28</b> ) 3. Não 99. Não sabe/não respondeu	<b>Se f25 for = 1 ou 2 pule para f28</b>	
f26	E no passado, o(a) Sr. (a) fumou?	1. Sim, diariamente 2. Sim, menos que diariamente 3. Não, nunca fumou ( <b>VÁ PARA g1</b> )	<b>Se f26 for = 3 ou 99 pule para g1</b>	

		99. Não sabe/não respondeu ( <i>VÁ PARA gl</i> )		
f27	Há quanto tempo parou de fumar?	<input type="text"/> anos 0. Há menos de 1 ano 99. Não sabe/não respondeu		<input type="text"/> anos ou <input type="text"/>
f28	Que idade o(a) Sr. (a) tinha quando começou a fumar regularmente?	<input type="text"/> anos <b>ou</b> 99. Não sabe/não respondeu		<input type="text"/> anos ou <input type="text"/>
f29	Com que frequência alguém fuma dentro de seu domicílio?	1. Diariamente 2. Semanalmente 3. Mensalmente 4. Menos que mensalmente 5. Nunca		<input type="text"/>

