

PREVALÊNCIA DE INCAPACIDADES FUNCIONAIS EM ADULTOS DO BAIRRO VILA SABIÁ - SOROCABA

PREVALENCE OF FUNCTIONAL DISABILITIES IN ADULTS IN THE NEIGHBORHOOD OF VILA SABIÁ – SOROCABA

Thais Cristina Visoni¹, Verônica Moreira Forni¹, Guilherme Lippi Ciantelli¹, Sâmela Ester Rosique¹, Rafael Augusto Silva¹, Victor Costa Nuevo¹, Murilo Meiwa¹, Vinicius Augusto Santos¹, Bianca Cristina Cassão¹, Rafaella Lemos Ribeiro¹, Nathalia Frare¹, Bárbara Miyake Queiroz², Isabela Cristina Paliães¹, Ana Luiza Oliveira Gomes¹, Luisa Murad Braga¹, Roberta Rubem Mauro¹, Reinaldo José Gianini²

RESUMO

Objetivos: testar a operacionalidade de diferentes protocolos para a identificação de incapacidade funcional em adultos no Programa Saúde da Família (PSF), estimar a prevalência e descrever o perfil de incapacidades funcionais. Métodos: trata-se de um estudo transversal realizado junto à população atendida pelo PSF em Sorocaba, no Bairro Vila Sabiá. Para a identificação de incapacidade funcional aplicaram-se os protocolos: Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIFIS), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Health Assessment Questionnaire (HAQ), Inquérito de Saúde (ISA). Resultados: da amostra pretendida foi alcançado um total de 70 domicílios (90,9%), com 178 indivíduos maiores de 18 anos; 74,7% dos entrevistados apresentaram HAQ normal e 25,3% HAQ alterado (diferente de zero). Das sete perguntas do PNAD, a de maior relevância referiu-se a correr, levantar peso, fazer esportes ou realizar trabalhos pesados, em que 24,3% referiram alguma dificuldade. O ISA revelou 8,4% dos indivíduos com dificuldade para enxergar, 3,4% com cegueira em um olho, 0,6% cegueira em ambos os olhos, 5,6% dificuldade para ouvir, 1,1% surdos de um ouvido, 1,7% com paralisia. A CIFIS foi analisada nos 45 indivíduos com HAQ diferente de zero, em quatro componentes: Função do Corpo, na qual 44,4% apresentaram alteração nas funções das articulações e ossos; Estrutura do Corpo, 73,3% com alterações relacionadas ao movimento; Atividades e Participação, 28,9% apresentavam incapacidade para transportar, mover e manusear objetos e 26,7% para andar e deslocar-se; e Fatores Ambientais relacionados à incapacidade, onde 42,2% foram classificados no item deficiência de apoio e relacionamento. Conclusão: o protocolo HAQ se mostrou o mais adequado e passível de aplicação pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF. Os resultados confirmaram uma significativa prevalência de incapacidade, com um perfil predominante de incapacidade funcional física.

Descritores: prevalência, atividades cotidianas, pessoas com deficiência, avaliação da deficiência, Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

Objectives: to test the applicability of different protocols for identifying functional disability in adults, to estimate its prevalence, and to describe its profile. Methods: this is a cross-sectional observational study conducted among the population attended by the Family Health Program (FHP) in Sorocaba, Vila Sabiá. Validated protocols were applied for the identification of disability: International Classification of Functioning, Disability and Health (CIFIS), National Research by Household Sampling (PNAD), Health Assessment Questionnaire (HAQ); Health Survey (ISA).

Results: the sample reached a total of 70 households (90.9%), with 178 individuals over 18 years. 74.7% of respondents had HAQ normal and 25.3% altered (nonzero). Among the seven questions in the PNAD, the most relevant was case to run, lift weights, and do sports or performing heavy work, for which 24.3% referred any degree of difficulty. The ISA revealed 8.4% of individuals with difficulty for seeing, 3.4% were blind of one eye, 0.6% was blind of both eyes, and 5.6% referred hearing difficulties, 1.1% was deaf of one ear, 1.7% had paralysis. The CIFIS was applied in 45 individuals with nonzero HAQ, by using four components: Body Function, for which 44.4% of individuals presented disability in joints and bones; Body Structure, for which 73.3% had limitations related to movement; Activities and Participation, for which 28.9% were unable to transport, to move and handle objects and 26.7% for walk and move; and Environmental Factors related to disability, for which 42.2% pointed lack of support and relationships. Conclusion: the protocol HAQ was the most appropriate and enforceable protocol to be used by the Community Health Workers of the PSF. Results confirmed a significant prevalence of disability with a predominant profile of physical disability.

Key-words: prevalence, activities of daily living, disabled persons, disability evaluation, Health Family Program.

INTRODUÇÃO

O conceito de Incapacidade Funcional

Atualmente, a maior parte dos autores considera que o conceito de incapacidade é amplo, envolvendo não apenas a presença de uma deficiência, mas a soma de diversos componentes, tais como as condições físicas, emocionais e mentais. Segundo Camargos,¹ a incapacidade funcional é definida com ênfase no resultado, traduzido como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas típicas do cotidiano dentro dos padrões considerados normais para os seres humanos. Yuaso e Sguizzatto² generalizam o conceito como 'dificuldade ou inaptidão em realizar determinadas atividades'. Yang e George³ focalizam na habilidade diminuída, ou inabilidade, para a realização de tarefas de autocuidado, necessários para uma vida independente na sociedade. Rosa *et al.*⁴ a especificam como a presença de dificuldades, ou impossibilidade, na execução de atividades da vida diária.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 13, n. 3, p. 9-15, 2011

1 - Acadêmico (a) do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

2 - Professor do Depto. de Medicina - FCMS/PUC-SP

Recebido em 14/1/2011. Aceito para publicação em 13/7/2011.

Contato: tha_visoni@hotmail.com

Em 2001, a OMS aprovou um sistema de classificação que perdura até os dias atuais e visa a compreensão do contínuo significativo de funcionalidade e incapacidade: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIFIS).^{5,6} Este novo conceito demonstra uma mudança definitiva de abordagem que, em vez de priorizar as implicações da patologia, passa a dar preferência à funcionalidade como elemento de saúde, além de incluir a consideração do ambiente físico como facilitador ou empecilho à realização de tarefas. A nomenclatura, em contraposição aos modelos anteriores, engloba todos os aspectos da saúde humana, além de seus componentes relevantes em relação ao bem-estar, descrevendo-os em termos de domínios da saúde (visão, audição, memória, aprendizado) e de domínios relacionados à saúde (educação, trabalho e transporte). Operacionaliza o modelo biopsicossocial da incapacidade (*disability*), enfatizando a identificação das experiências de vida e das necessidades reais de uma pessoa, assim como a identificação das características (físicas, sociais e atitudinais) do seu meio circundante e das condições que precisam ser alteradas para que a funcionalidade e participação dessa pessoa sejam maximizadas.

A CIFIS define a funcionalidade e incapacidade como conceitos multidimensionais e interativos que relacionam:⁷ as funções e estruturas do corpo da pessoa; as atividades e as tarefas que a pessoa faz e as diferentes áreas da vida nas quais participam; os fatores do meio-ambiente que influenciam essas experiências; e possibilita classificar a presença de incapacidade, o grau de incapacitação, a etiologia e a topografia.

Os estudos de prevalência sobre incapacidades funcionais

Prevalência consiste no número de casos existentes de determinado problema de saúde em uma população definida, em certo ponto no tempo. A mensuração da prevalência da incapacidade funcional não é fácil de realizar por se tratar de uma condição multidimensional. Logo, ainda não há um consenso sobre como avaliar as pessoas com incapacidades.⁸

Muitos autores sugeriram diferentes métodos de análise das incapacidades. Os mais utilizados, no entanto, são os que avaliam a dificuldade (grau de esforço para desempenhar a tarefa) e a dependência (necessita ou não de ajuda para realizar uma atividade e se a mesma não é passível de realização).⁹

As Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) dos anos 1998 e 2003, realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), utilizaram um questionário para avaliar incapacidade funcional que incluiu perguntas sobre a dificuldade para realizar as seguintes atividades: 1. Alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; 2. Correr, levantar peso, fazer esportes ou realizar trabalhos pesados; 3. Empurrar uma mesa ou fazer trabalho doméstico; 4. Subir escada; 5. Abaixar-se ou ajoelhar-se; 6. Caminhar mais de um quilômetro; 7. Caminhar cerca de cem metros. As respostas eram classificadas como “não consegue”, “tem grande dificuldade”, “tem pequena dificuldade” ou “não tem dificuldade”.^{10,11}

Outra forma de avaliação existente na literatura é a aplicação do HAQ (*Health Assessment Questionnaire*), que se baseia na análise de tarefas relacionadas ao autocuidado (atividade de vida diária - AVD) e também na análise de tarefas necessárias para a vida independente na comunidade - AIVD. As AVD e AIVD têm sido reconhecidas por diversos estudos como as principais medidas de incapacidade funcional, e podem ser avaliadas separadamente ou em associação dentro de uma ou mais escalas.¹²

O ISA foi elaborado para realizar a análise das condições de vida e de saúde, incluindo o uso de serviços de saúde, por meio de entrevistas domiciliares.¹³

A organização SACI refere que, segundo estimativas da ONU, 10% do total de uma população é portadora de deficiências, sendo 2% físicas, 0,5% visuais, 1,5% auditivas, 5% mentais e 1% múltiplas.¹⁴

Camargos descreve para o Brasil, em 2003, a prevalência de incapacidades leve, moderada e severa nos homens 21,6%, 8,8% e 5,8%, respectivamente, e em mulheres 37,8%, 14,9% e 7,8% para as idades de 60 - 64 anos; sendo nas idades de 80 anos ou mais de 66,1%, 43,4% e 29,7%, respectivamente, nos homens; e 79,6%, 56,2% e 36,1% nas mulheres.^{3,15,16}

O Sistema Único de Saúde, o Programa de Saúde da Família e a Estratégia de Saúde da Família

No ano de 1993, o Ministério da Saúde (MS) inicia a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, que faz parte de uma estratégia do MS que visa a reorganizar o modelo assistencial brasileiro, com a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Em cada área geográfica delimitada há uma equipe responsável por um número de famílias, que promove ações como prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e na manutenção da saúde da comunidade.

A Unidade de Saúde da Família (USF) é estruturada pelo PSF com caráter substitutivo, visando a melhora da qualidade de vida e prevenção de doença. A USF está inserida na atenção básica, garantindo atenção integral ao indivíduo e famílias e assegurando o sistema referência e contrarreferência (integralidade e hierarquização). O trabalho é feito com população cadastrada em um território de abrangência definido. Sua equipe é multiprofissional, sendo composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais podem ser incorporados ou formar equipes de apoio.¹⁷

A implantação do PSF inicia-se em áreas de maior pobreza (princípio de equidade).¹⁸ O Município de Sorocaba possui cinco Unidades de Saúde da Família¹⁸ a saber: Aparecidinha, Vila Sabiá, Habiteto, Vitória Régia e Ulisses Guimarães.

No cadastro das famílias atendidas pelo PSF é registrada a informação sobre os indivíduos portadores de deficiência existentes no domicílio. No entanto, em estudo anterior,¹⁹ verificamos que isso é realizado sem critério uniforme e sem treinamento prévio, resultando em significativo subdiagnóstico das deficiências. Nenhum registro da avaliação das incapacidades é realizado rotineiramente.

Os objetivos do presente estudo são: testar a operacionalidade de diferentes protocolos para a identificação de incapacidade funcional em adultos nas áreas cobertas pelo PSF, estimar a prevalência e descrever o perfil das incapacidades funcionais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional transversal, no município de Sorocaba, nas populações cobertas pelo PSF. O presente trabalho descreve os resultados encontrados na subamostra do Bairro Vila Sabiá, coletados em 2009.

Por meio de uma amostra aleatória simples (cada elemento possui a mesma probabilidade de participar do estudo) selecionamos 77 domicílios.¹⁹ Esta subamostra garante um erro aleatório de apenas 3%, com nível de significância de 0,05 e poder estatístico de 0,80, assumindo-se (na ausência de parâmetro mais seguro) o valor de 50% para prevalência de incapacidade funcional.²⁰ Dos 77 domicílios selecionados, 39 são referentes às microáreas Sabiá e Morros; e 38 referentes às microáreas Zacarias e João Romão.

O procedimento de amostragem respeitou as seguintes regras: a partir de uma listagem de todas as ruas existentes no bairro, 53, foi selecionado primeiramente um domicílio de cada rua, sorteando-se o lado da rua e em seguida um número (de zero a nove) indicativo da posição do domicílio a partir do início da rua. Para a escolha do segundo domicílio, devido ao menor número de ruas em relação à amostragem, foi repetido o procedimento já citado para escolha do lado da rua e do número do domicílio a ser incluído.

Para a coleta de dados da prevalência de incapacidades funcionais foram aplicados questionários padronizados, preenchidos em entrevistas domiciliares. Com questões inclusas na PNAD,10,11 no ISA-SP,13 pela aplicação do HAQ,12 e da CIFIS.⁷

A análise estatística incluiu o estudo da distribuição de frequência absoluta e relativa das variáveis pesquisadas na amostra descritas por meio de tabelas.

O presente projeto foi submetido à apreciação e

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCMB/PUC-SP e pela Prefeitura Municipal de Sorocaba.

RESULTADOS

Da amostra pretendida para o Bairro Vila Sabiá foi alcançado um total de 70 domicílios (90,9%) com 178 indivíduos maiores de 18 anos.

Entre os entrevistados foi observado predomínio do sexo feminino (51,5%). Referente à idade, a categoria de maior frequência pertence à faixa etária de 30 a 49 anos (24,6%). Quanto à escolaridade, 41,4% não estudaram ou apenas concluíram o primário. Na análise do estado civil, 50,3% são casados ou possuem união informal. A renda de maior frequência é de zero a um salário mínimo (41,7%), enquanto que apenas 2,3% tem renda superior a dois salários mínimos. A religião de maior predomínio é a católica (52,7%).

Os resultados referentes às variáveis morbidade e incapacidade foram separados em diferentes tabelas de acordo com o questionário padronizado utilizado.

O HAQ 'adultos', aplicado em 178 maiores de 18 anos, evidenciou que 25,3% da amostra apresentam alguma incapacidade funcional. Das 45 pessoas que apresentam HAQ adulto diferente de zero, 26,7% possuem a limitação há menos de um ano, enquanto que 73,2% a possuem há mais de um ano. Todas realizam seu tratamento no SUS. Necessitam de cuidadores oito pessoas (17,8%)(Tabela 1).

Tabela 1. Classificação das variáveis de acordo com HAQ, tempo de incapacidade e necessidade de cuidadores. Sorocaba, Vila Sabiá, 2009.

Variável	Categoria	N	%
HAQ	Normal (igual a 0)	133	74,7
	Alterado (diferente de 0)	45	25,3
Tempo de incapacidade	< 1 ano	12	26,7
	> 1 ano	33	73,3
Tem cuidador	Sim	08	17,8
	Não	37	82,8
Para que necessita do cuidador	Tarefas da casa e cuidados pessoais	05	62,5
	Cuidados pessoais	03	37,5
Relação com cuidador	Mãe/pai	03	37,5
	Filho/a	04	50,0
	Conhecido/a	01	12,5

Quando ao PNAD, os entrevistados referem alguma dificuldade para: alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro - 4,6%; correr, levantar peso, fazer esportes ou realizar trabalhos pesados - 24,2%; empurrar uma mesa ou fazer

trabalho doméstico - 16,9%; subir escada - 17,4%; abaixar-se ou ajoelhar-se - 16,3%; caminhar mais de um quilômetro - 23,0%; caminhar cerca de cem metros - 6,2% (Tabela 2).

Tabela 2: Resultados das incapacidades funcionais pela aplicação do questionário PNAD. Sorocaba, Vila Sabiá, 2009.

Pergunta	Não consegue		Grande dificuldade		Pequena Dificuldade		Não tem dificuldade	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro.	01	0,6	03	1,7	04	2,2	170	95,5
2. Correr, levantar peso, fazer esportes ou realizar trabalhos pesados.	17	9,5	16	9,0	10	5,6	135	75,8
3. Empurrar uma mesa ou fazer trabalho doméstico.	13	7,3	05	2,8	12	6,7	148	83,1
4. Subir escada.	05	2,8	10	5,6	16	9,0	147	82,6
5. Abaixar-se ou ajoelhar-se.	01	0,6	10	5,6	18	10,1	149	83,7
6. Caminhar mais de um quilômetro.	12	6,7	16	9,0	13	7,3	137	77,0
7. Caminhar cerca de cem metros.	01	0,6	03	1,7	07	3,9	167	93,8

A CIFIS é aqui analisada em quatro componentes, e aplicada àqueles que apresentaram HAQ diferente de zero. Quanto à Função do Corpo, 44,4% foram classificadas com alteração nas funções das articulações e ossos; na classificação Estrutura do Corpo, 73,3% possuem alteração relacionada com o movimento; na classificação Atividades e Participação,

28,9% têm incapacidade para transportar, mover e manusear objetos, e 26,7% para andar e deslocar-se; na classificação Fatores Ambientais relacionados à incapacidade, 42,2% foram classificados no item apoio e relacionamentos, e 31,1% em produtos e tecnologia (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos indivíduos da amostra com HAQ diferente de zero segundo classificação CIFIS. Sorocaba, Vila Sabiá, 2009.

Variável CIFIS	Categoria	N	%
Função do corpo	Funções mentais globais	03	6,7
	Funções mentais específicas	01	2,2
	Visão e funções relacionadas	01	2,2
	Funções do aparelho cardiovascular	05	11,1
	Funções dos sistemas hematólogico e imunológico	01	2,2
	Funções do aparelho respiratório	01	2,2
	Funções das articulações e dos ossos	20	44,4
	Funções musculares	01	2,2
	Funções relacionadas com o movimento	12	26,7
	Estrutura do corpo	Estruturas do sistema nervoso	04
Olho, ouvido e estruturas relacionadas.		01	2,2
Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório.		07	15,5
Estruturas relacionadas com o movimento		33	73,3
Atividades e participação	Tarefas e exigências gerais	10	22,2
	Mudar e manter a posição do corpo	08	17,8
	Transportar, mover e manusear objetos.	13	28,9
	Andar e deslocar-se	12	26,7
	Vida comunitária, social e cívica.	02	4,4
Fatores ambientais	Produtos e tecnologia	14	31,1
	Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem	03	6,7
	Apoio e relacionamentos	19	42,2
	Atitudes	04	8,9
	Serviços, sistemas e políticas.	05	11,1

No questionário ISA, os resultados foram: 8,4% possuem dificuldade para enxergar, 3,4% apresentam cegueira de um olho,

0,6% cegueira em ambos os olhos, 5,6% têm dificuldade para ouvir, 1,1% são surdos de um ouvido, 1,7% possuem paralisia (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos indivíduos da amostra segundo variáveis morbidade-incapacidade pela classificação ISA. Sorocaba, Vila Sabiá, 2009.

ISA		N	%
Dificuldade enxergar	Não	163	91,6
	Sim	15	8,4
Cegueira de um olho	Não	172	96,6
	Sim	06	3,4
Cegueira dos dois olhos	Não	177	99,4
	Sim	01	0,6
Dificuldade de ouvir	Não	168	94,4
	Sim	10	5,6
Surdez unilateral	Não	176	98,9
	Sim	02	1,1
Surdez bilateral	Não	178	100,0
	Sim	-	-
Paralisia	Não	175	98,3
	Sim	03	1,7
Perda de membros	Não	178	100,0
	Sim	-	-

DISCUSSÃO

Operacionalidade dos protocolos

O questionário que se mostrou de maior facilidade na aplicação foi o HAQ, pois contém perguntas objetivas e de fácil entendimento tanto para o entrevistador como para o entrevistado, porém as perguntas são mais direcionadas para as limitações físicas. O PNAD, apesar de revelar o grau da incapacidade e sua relação com as AIVD, apresenta perguntas abrangentes e que, por vezes, parecem conflitantes, pois nas perguntas 1, 2 e 3 há mais de uma atividade incluída, e isto tende a confundir o entrevistado. A classificação de acordo com a CIFIS é muito interessante por qualificar as incapacidades, mas é avaliador dependente, ou seja, este é, subjetivamente, o responsável por enquadrar o entrevistado nas diferentes subclassificações possíveis, de acordo com a morbidade referida. Finalmente, o ISA é focalizado em deficiências, e não propriamente em incapacidades, o que restringe a informação e as possibilidades de intervenção.

Prevalência de Incapacidades Funcionais

A prevalência de incapacidades funcionais no presente estudo foi de 25,3%, incluindo-se todos os graus (de leve a severo). Este valor é significativo quando se considera que o maior componente da amostra é o grupo etário de 30 - 49 anos

de idade,³ que 7,3% são incapazes de realizar os afazeres domésticos e 17,8% dos incapacitados dependem de cuidadores. Quanto às deficiências, a prevalência encontrada para as visuais e auditivas estão bem acima do descrito na literatura (8,4% vs 0,5% e 5,6% vs 1,5%, respectivamente).¹⁴

Perfil das Incapacidades

De acordo com os resultados obtidos na amostra, variáveis HAQ - alterado e CIFIS - Função do Corpo, ficou evidente que a maior prevalência de incapacidade funcional é devida a alterações físicas por problemas osteoarticulares e de movimento.

Neste estudo, dentre as principais morbidades referidas predominaram as decorrentes de patologias da coluna e problemas ortopédicos, ou seja, limitações por deficiências físicas. Já na bibliografia consultada¹⁴ mostra-se um predomínio de deficiências por transtornos mentais.

Considerações Finais

Quanto à realização do estudo, teve como limitações a dificuldade de acesso aos domicílios, uma vez que as ruas, em sua maioria, não são asfaltadas, não possuem nomenclatura e numeração visíveis. Além disso, foi necessária a cooperação por parte do entrevistado em permitir a visita domiciliar.

A análise de associação de incapacidades com os fatores citados na literatura^{14,15} (sexo, idade, hereditariedade, assistência, ocupação, comorbidade, renda, escolaridade, obesidade, antecedentes pessoais e meio ambiente) só será possível quando reunirmos os dados de todos os bairros de Sorocaba cobertos pelo PSF. Entretanto, é importante relembrar que no Brasil observa-se um aumento na expectativa de vida e, conseqüentemente, maior número de idosos, o que acarreta maior prevalência de incapacidades funcionais referentes a problemas físicos, seja por infraestrutura inadequada ou por doenças. Outro aspecto preocupante é a tendência crescente das causas externas de morbidade, com conseqüentes incapacitações.

Com isso percebe-se a maior necessidade de investimento em prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, assim como de garantir facilidade de acesso a diferentes locais. Para o futuro é importante o rápido reconhecimento do início de uma incapacidade funcional, assim como sua etiologia para se tentar minimizar os danos por ela causados.

Por se tratar de uma área que possui o Programa Saúde da Família (PSF), a população tem na figura dos agentes comunitários um meio de comunicação entre eles e os médicos da Unidade de Saúde da Família (USF). Devido ao fato de a maior prevalência de incapacidade funcional na população estudada ser devido a problemas físicos, e o HAQ ser mais voltado para este tipo de limitação, seria de grande valia para a população se os agentes comunitários fossem capacitados para a aplicação do questionário HAQ e sua interpretação. Assim poderiam atuar tanto na prevenção como no auxílio aos pacientes com algum grau de incapacidade funcional, para que possam continuar a realizar as atividades da vida diária.

REFERÊNCIAS

1. Camargos MLC. Estimativas de expectativa de vida livre de e com incapacidade funcional: uma aplicação do método de Sullivan para idosos paulistanos, 2000 [dissertação]. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
2. Yuaso DR, Sguizzatto GT. Fisioterapia em pacientes idosos. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. cap. 30, p. 331-47.
3. Yang Y, George LK. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. *J Aging Health*. 2005; 17(3):263-92.
4. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(1):40-8.
5. Organização Mundial de Saúde. ICIDH-2: Internacional Classification of Impairment Functioning and Disability. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1999.
6. Organização Mundial de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: USP; 2003.
7. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(2):324-35.
8. Beaglehole R. Epidemiologia básica. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.
9. Parahyba MI, Veras R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1257-64.
10. Lima e Costa MFF, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto SM. Estudo de Bambuí sobre saúde e envelhecimento: metodologia e resultados preliminares de coorte de estudo de idosos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2):126-35.
11. Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Lima FD. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(4):879-86.
12. Costa GP. Confiabilidade da auto-aplicação do Health Assessment Questionnaire Modificado (HAQ-M) em uma população de portadores de artrite reumatóide no Brasil [dissertação]. Brasília, DF: UnB; 2006.
13. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo - ISA/SP. São Paulo: USP/FSP; 2006.
14. Rede SACI. Solidariedade, apoio, comunicação e informação [Internet]. São Paulo: USP; c2000-2011 [acesso em 27 maio 2004]. Disponível em: <http://www.saci.org.br>.
15. Kaye HS. Stuck at the bottom rung: occupational characteristics of workers with disabilities. *J Occup Rehabil*. 2009; 19(2):115-28.
16. Hove O, Havik OE. Developmental level and other factors associated with symptoms of mental disorders and problem behaviour in adults with intellectual disabilities living in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009; 45(1):105-13.
17. Santana ML, Carmagnani MI. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde Soc*. 2001; 10(1):33-53.
18. Sorocaba. SOS Serviço Operacional de Saúde. SOS presta acolhimento a imigrantes e itinerantes [Internet]. Sorocaba: SOS; c2006 [acesso em 09 abr. 2009]. Disponível em: <http://www.sossorocaba.org.br/v2/mostraJornal.php?Id=15>.
19. Grigio T, Gianini RJ. Esperança de vida livre de incapacidades em áreas cobertas pelo PSF em Sorocaba. In: XI Congresso Mundial de Saúde Pública, Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006.
20. Stata Data Analysis and Statistical Software. Stata 9.0. Texas: StataCorp; c1996-2011.

*"O tempo é o lenço de toda lágrima."
Mia Couto "Venenos de Deus, remédios do Diabo"
Companhia das Letras.*