



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**JÚLIA CRISTINA LEITE NÓBREGA**

**CAPACIDADE FUNCIONAL E FATORES ASSOCIADOS:  
ESTUDO COMPARATIVO EM IDOSOS LONGEVOS RESIDENTES  
EM BREJO DOS SANTOS-PB E SÃO PAULO-SP**

**CAMPINA GRANDE  
2019**

**JÚLIA CRISTINA LEITE NÓBREGA**

**CAPACIDADE FUNCIONAL E FATORES ASSOCIADOS:  
ESTUDO COMPARATIVO EM IDOSOS LONGEVOS RESIDENTES  
EM BREJO DOS SANTOS-PB E SÃO PAULO-SP**

**Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.**

**Orientadora: Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos**

**CAMPINA GRANDE  
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

N754c Nóbrega, Júlia Cristina Leite.  
Capacidade funcional e fatores associados: estudo comparativo em idosos longevos residentes em Brejo dos Santos-PB e São Paulo-SP [manuscrito] / Júlia Cristina Leite Nóbrega. - 2019.  
115 p.  
Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2019.  
"Orientação : Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa."  
1. Atividades cotidianas. 2. Saúde do idoso. 3. Psicologia.  
4. Apoio social. 5. Longevidade. 6. Doença crônica. I. Título  
21. ed. CDD 610

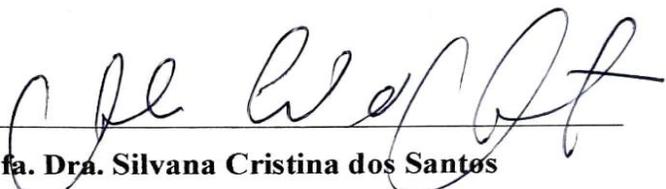
**JÚLIA CRISTINA LEITE NÓBREGA**

**CAPACIDADE FUNCIONAL E FATORES ASSOCIADOS:  
ESTUDO COMPARATIVO EM IDOSOS LONGEVOS RESIDENTES  
EM BREJO DOS SANTOS-PB E SÃO PAULO-SP**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

**Aprovado em: 18/10/2019**

**BANCA EXAMINADORA**



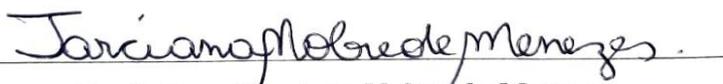
---

**Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos**  
Universidade Estadual da Paraíba



---

**Profa. Dra. Rafaella Queiroga Souto**  
Universidade Federal da Paraíba



---

**Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes**  
Universidade Estadual da Paraíba

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, **Profa. Dra. Silvana Santos**, por toda paciência, dedicação e todos os valiosos ensinamentos sobre ciência e docência e, sobretudo, por acreditar em mim. À **Profa. Dra. Yeda Duarte (FSP/USP)** e à **Profa. Dra. Mayana Zatz (Centro de Estudos do Genoma Humano/USP)**, pelo apoio técnico, científico e financeiro para a realização desta pesquisa.

À **Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes** e à **Profa. Dra. Rafaella Queiroga Souto**, por aceitarem o convite para compor a banca e pelo compromisso no processo de avaliação pautado em contribuições para a melhoria desta pesquisa.

A **todos os membros do NEGE (Núcleo de Estudos em Genética e Educação)** e à **equipe do projeto SABE-PB** pelo trabalho em conjunto, apoio e por todas as vezes em que o espírito colaborativo sobressaiu durante todo o processo da pesquisa.

Aos **professores do Mestrado em Saúde Pública**, por todos os conhecimentos ofertados ao longo desses dois anos.

**Aos meus pais, Kelly e Sérgio**, meus mais importantes professores que diariamente me ensinam como eu devo trilhar o caminho correto através de lições preciosas. Obrigada por acreditarem no meu potencial, por me cercarem de amor, por todo o incentivo, por me proporcionarem uma educação de qualidade, pela disposição em fazer o melhor por mim e meus irmãos e por todas as vezes que renunciaram a seus sonhos para que pudéssemos realizar os nossos.

**Ao meu irmão, Sérgio Hugo**, pela parceria de sempre, por ser meu melhor amigo e por ter me proporcionado afeto e atenção ao longo de todo o processo do mestrado. **A minha irmã, Beatriz**, por todas as vezes em que pude contar com sua ajuda.

Finalmente, agradeço o apoio financeiro da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)**, no formato de bolsa de estudos, que foi fundamental para realização deste trabalho.

“O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria se aprende é com a vida e os mais humildes”.

(Cora Coralina)

## RESUMO

**Introdução:** No Brasil, tem crescido a proporção de idosos com 80 anos ou mais como consequência dos processos de transição demográfica e epidemiológica, assim como o interesse por compreender os fatores que podem contribuir para melhoria da capacidade funcional (CF) desse idoso, ou seja, as condições que lhe permitem viver de forma autônoma e se relacionar em seu meio. Face às assimetrias regionais e desigualdades sociais existentes no país, faz-se necessário investigar diferentes populações para melhor compreender como essas diferenças impactam na CF dos longevos. **Objetivo:** Comparar a CF e sua associação com fatores socioeconômico-demográficos, situação de saúde, aspectos psicossociais e redes de apoio em idosos longevos (80 anos ou mais) em duas populações brasileiras, uma da região Nordeste e outra do Sudeste. **Material e métodos:** Estudo transversal e quantitativo realizado com longevos residentes em Brejo dos Santos/PB e em São Paulo/SP. Foram entrevistados 417 idosos com 80 anos ou mais, com dados coletados através do inquérito “Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE”. Em Brejo dos Santos/PB, a coleta de dados ocorreu em maio de 2017 e em São Paulo/SP aconteceu entre março e junho de 2016. A variável dependente deste estudo é a CF avaliada por meio dos Índices de Katz e Lawton através do relato de dificuldades e dependência de ajuda para atividades básicas de vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). As variáveis independentes envolveram aspectos socioeconômico-demográficos, de situação de saúde, psicossociais e redes de apoio. A digitação dos dados foi submetida à dupla entrada, e validada através do programa estatístico *Epidata 3.1*. Após, foram analisadas no *software* estatístico R, constando de análises de regressão logística bivariada e múltipla dos dados. **Resultados:** Os longevos de Brejo dos Santos apresentaram média etária de 85,47 anos ( $\pm 5,33$ ) e os de São Paulo, 86,81 anos ( $\pm 4,73$ ). Os longevos de Brejo dos Santos apresentaram menor prevalência de dificuldades para ABVDs. Em relação à dependência para AIVDs, a maioria dos longevos apresentou declínio funcional em ambos os grupos. Na análise de regressão múltipla, em Brejo dos Santos, o sexo feminino, acometimento por acidente vascular encefálico, apresentar doença articular e peso inadequado foram fatores influenciadores para dificuldades para ABVDs, enquanto o número de doenças crônicas não transmissíveis mostrou associação com as dificuldades para AIVDs. Em São Paulo, o sexo feminino e a menor renda se associaram às dificuldades para AIVDs. Em Brejo dos Santos, o estado marital foi fator influenciador para dependência para ABVDs e AIVDs; enquanto o sexo feminino esteve associado à dependência para AIVDs. Em São Paulo, menor renda esteve associada à dependência para ABVDs e AIVDs, enquanto a pior percepção da saúde à dependência para ABVDs e a idade mais avançada à dependência para AIVDs. **Considerações finais:** As diferenças regionais e socioeconômicas produzem padrões diferentes em relação aos fatores associados à CF. A situação de saúde e a rede de apoio têm mais influência sobre a CF na população de Brejo dos Santos e a pior situação econômica e aspectos psicossociais na população de São Paulo.

**Palavras-chave:** Atividades cotidianas. Doença Crônica. Saúde do Idoso. /psicologia. Apoio social. Longevidade.

## ABSTRACT

**Introduction:** In Brazil, the proportion of seniors aged 80 years or older has increased as a result of processes of demographic and epidemiological transitions, just as the interest in understanding the factors that may contribute to the improvement of functional capacity (FC) of these elderly people, according to the conditions that select them to live autonomously and to relate to one another. Regarding regional asymmetries and social inequalities in the country, it is necessary to investigate different populations to improve the understanding of how these differences affect the FC of the oldest old. **Objective:** To compare FC and its association with demographic and socioeconomic factors, health status, psychosocial aspects, and support networks in long-lived elderly (80 years and older) living in two Brazilian populations, one located in the northeast and one in the southeast. **Material and methods:** A cross-sectional and quantitative study conducted with long-lived residents in Brejo dos Santos/PB and São Paulo/SP. 417 elderly aged 80 years or older were interviewed, with data collected through the survey "Health, Welfare and Aging - SABE". In Brejo dos Santos/PB, data collection occurred in May 2017 and in São Paulo/SP happened between March and June 2016. The dependent variable of this study is the FC assessed by Katz and Lawton Indexes through the report of difficulties and disability for activities of dailing living (ADLs) and instrumental activities of dailing living (IADLs). The independent variables involved socioeconomic, demographic, psychosocial aspects, health status and support networks. Data was submitted to double entry and validated through the statistical program Epidata 3.1. Afterwards, they were analyzed using the R statistical software, consisting of bivariate and multiple logistic regression analysis. **Results:** The oldest old from Brejo dos Santos had an average age of 85.47 years ( $\pm 5.33$ ) and those from São Paulo, 86.81 years ( $\pm 4.73$ ). The oldest old of Brejo dos Santos presented lower prevalence of difficulties for ADLs. Regarding the dependence for IADLs, most of the oldest old presented functional decline in both groups. In the multiple regression analysis, in Brejo dos Santos, female gender, stroke, joint disease, and inadequate weight were factors influencing difficulties for ADLs, while the number of chronic diseases was associated with difficulties for IADLs. In São Paulo, women and lower income were associated with difficulties for IADLs. In Brejo dos Santos, marital status was an influencing factor for dependence for ADLs and IADLs; while being woman was associated with dependence on IADLs. In São Paulo, lower income was associated with dependence for ADLs and IADLs, and worse perception of health of dependence on IADLs, and older age on dependence on IADLs. **Final considerations:** Regional and socioeconomic differences produce different patterns in relation to factors associated with CF. Health status and support network have more influence on CF in Brejo dos Santos's population and worse economic situation and psychosocial aspects in São Paulo's population.

**Keywords:** Activities of daily living. Chronic Disease. Health of the Elderly. /psychology. Social Support. Longevity.

## LISTA DE SIGLAS

<b>ABVDs</b>	Atividades Básicas de Vida Diária
<b>AIVDs</b>	Atividades Instrumentais de Vida Diária
<b>AVDs</b>	Atividades de Vida Diária
<b>AVE</b>	Atividades Vascular Encefálico
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>GDS 15</b>	<i>Geriatric Depression Scale</i>
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>MEEM</b>	Mini Exame do Estado Mental
<b>NSI</b>	<i>Nutrition Screening Initiative</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PNSPI</b>	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
<b>SABE</b>	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
<b>SGV</b>	Satisfação Global com a Vida
<b>WHO 5</b>	<i>Five Well-being Index</i>

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

<b>Tabela 1.</b> Distribuição dos idosos, segundo características socioeconômico-demográficas e situação de saúde. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.....	32
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos longevos quanto o número de ABVDs e AIVDs em que relataram sentir dificuldades. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.....	35
<b>Tabela 3.</b> Análise bivariada da associação entre variáveis socioeconômico-demográficas e situação de saúde e as dificuldades para ABVDs. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.....	35
<b>Tabela 4.</b> Análise bivariada da associação entre variáveis socioeconômico-demográficas e situação de saúde e as dificuldades para AIVDs. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.....	37
<b>Tabela 5.</b> Modelo final de regressão logística múltipla para associação entre características socioeconômico-demográficas e situação de saúde sobre a capacidade funcional de idosos longevos. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.....	39

### Artigo 2

<b>Tabela 1.</b> Distribuição dos idosos segundo características socioeconômico-demográficas, psicossociais e redes de apoio. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.....	54
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos longevos quanto o número de ABVDs e AIVDs em que relataram que recebiam ajuda. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.....	57
<b>Tabela 3.</b> Análise bivariada das variáveis socioeconômico-demográficas, aspectos psicossociais e redes de apoio com a dependência para ABVDs. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.....	58
<b>Tabela 4.</b> Análise bivariada das variáveis socioeconômico-demográficas, aspectos psicossociais e redes de apoio com a dependência para AIVDs. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.....	60
<b>Tabela 5.</b> Modelo de regressão logística múltipla para associação entre características socioeconômico-demográficas, psicossociais e redes de apoio sobre a capacidade funcional de idosos longevos. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.....	62

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
2.1. OBJETIVO GERAL.....	17
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>3. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>18</b>
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	18
3.2. PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	18
3.3. COLETA DE DADOS .....	18
3.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	19
3.4.1. DEPENDENTE.....	19
3.4.2. INDEPENDENTES .....	19
3.5. ASPECTOS ÉTICOS .....	25
3.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	25
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>26</b>
4.1. ARTIGO 1 .....	27
4.2. ARTIGO 2 .....	49
<b>5. CONSIDERAÇÃO FINAIS .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>81</b>
APÊNDICE I – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	82
APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SABE/PB ...	93
APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SABE/SP...	95
<b>ANEXOS .....</b>	<b>97</b>
ANEXO I – ESCALAS VALIDADAS PRESENTES NO FORMULÁRIO DO ESTUDO SABE .....	98
ANEXO II - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA SABE/PB.....	111
ANEXO III - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA SABE/SP .....	114
ANEXO IV – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO A REVISTA CIENTÍFICA DO ARTIGO 1 .....	115

## 1. INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica é caracterizado pela mudança de regime demográfico em que houve uma redução contínua nas taxas de natalidade e mortalidade (1). Esse declínio da taxa de mortalidade é interpretado como resultado de progressos científicos e médicos, melhorias na alimentação e medidas de saúde pública. Este processo de transição se intensifica com o maior impulso do crescimento da renda, educação, diminuição do nível de fertilidade e aumento dos intervalos entre partos. Essas transformações proporcionaram uma duplicação do contingente populacional mundial entre 1960 e 2000, sendo mais intensa nos países menos desenvolvidos (2).

No Brasil, a partir da segunda metade do século XX, ocorreram as primeiras mudanças demográficas com redução dos níveis de mortalidade. No entanto, apenas em 1970, a transição demográfica abarcou os estados mais pobres do Norte e Nordeste, revelando assimetrias nas mudanças demográficas entre as regiões do país devido às diferenças sociais e econômicas (3). Desse processo, à semelhança do que acontece em outros países em desenvolvimento, resultou um aumento da proporção de pessoas idosas. Os dados demonstram que o número de indivíduos com idade acima de sessenta anos cresce de forma acelerada. Em 1995, representava 4,7% da população total do país, passando para 10,8% em 2010 e há uma estimativa de 23,4% em 2040 (4).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (5), um indivíduo pode ser considerado idoso aquele com 65 anos ou mais em países mais desenvolvidos. Em países menos desenvolvidos, como o Brasil, a idade considerada é 60 anos ou mais. Analogicamente, estudos em países desenvolvidos têm considerado idosos longevos aqueles com 85 anos ou mais, enquanto nos países em desenvolvimento, considera-se aqueles com 80 anos ou mais (6–9). Em 2002, a OMS estimou que o número de idosos longevos com mais de 80 anos de idade chegava a 69 milhões, representando aproximadamente 1% da população mundial, sendo, portanto, o segmento da população que cresceu mais rapidamente (5). Os dados do último censo realizado no Brasil em 2010, mostraram que, aproximadamente 1,54% da população total era composta por idosos longevos. Este segmento representava 2,12% da população total da Paraíba e 1,61% da população total do estado de São Paulo (10).

As consequências sociais da revolução da longevidade em curso são consideráveis para todas as regiões e todos os países (11). O número de pessoas em idade ativa está diminuindo, enquanto aumenta o de idosos, especialmente os longevos que demandam mais atenção do Estado. Esse processo do envelhecer em humanos, não é homogêneo, podendo sofrer influência do gênero, etnia, condições sociais e econômicas, região geográfica de origem e localização de moradia (12).

O envelhecimento é um processo biológico caracterizado por mudanças bioquímicas e fisiológicas graduais, espontâneas que levam a uma maior susceptibilidade a doenças e perda de independência. Quando um organismo tem dificuldade em lidar com essas mudanças, a fragilidade individual aumenta com o aparecimento de doenças degenerativas e consequente restrição do tempo de vida do indivíduo (13). Durante esse processo, os indivíduos podem ou não desenvolver patologias. A senescência corresponde a um processo natural de envelhecimento com a diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos sem desenvolvimento de patologias. Todavia, quando há a ocorrência de doenças, acidentes, estresse emocional, condições patológicas com necessidade de assistência, configura-se a senilidade (12).

Nesse contexto, a capacidade funcional (CF) tem se mostrado importante indicador de saúde durante o envelhecimento. A CF é definida como a condição que o idoso possui de viver de forma autônoma e de se relacionar em seu meio (14). Embora muitas pessoas permaneçam saudáveis, há um risco crescente de declínios na CF ou cognitiva à medida que o tempo avança, dependendo da saúde do indivíduo; a CF, por sua vez, resulta da interação de fatores genéticos e ambientais. A dependência resultante da limitação funcional restringe o idoso e sua família, levando a uma maior demanda de necessidade de cuidados e de serviços de saúde para auxiliar com as Atividades de Vida Diária (AVDs) (15).

As AVDs se dividem em atividades básicas de vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). As ABVDs estão ligadas ao autocuidado do indivíduo, como se alimentar, banhar-se e se vestir. As AIVDs englobam tarefas mais relacionadas à participação social do sujeito, como realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte (16).

Pesquisas têm revelado a relação da mortalidade e CF. Estudo de coorte de base populacional, realizado com 364 idosos com idade a partir de 80 anos e que viviam em comunidade montanhosa da área geográfica de Sirente (L'Aquila, Abruzzo) na Itália Central,

concluiu que quanto menor a CF menor a expectativa de vida. Em relação àqueles sem déficits de CF e múltiplas morbidades, os indivíduos com déficit de CF apresentaram risco 2,36 vezes maior de morte e risco 3,91 vezes maior de morrerem quando a incapacidade estava associada a múltiplas morbidades (17).

Em estudo do tipo caso controle que avaliou um grupo de 374 idosos italianos com 70 anos ou mais e os dividiram entre descendentes e não descendentes de centenários. Observou-se que os filhos de centenários apresentaram menor prevalência de Acidente Vascular Cerebral, trombose cerebral, hemorragia, hipertensão, hipercolesterolemia, menor Índice de Massa Corporal e circunferência da cintura, além de melhor estado funcional e cognitivo. Quanto à avaliação da CF, aqueles que eram descendentes de centenários foram mais capazes de caminhar 500m, subir e descer escadas sem auxílio, faziam menos uso de equipamentos de locomoção, obtiveram melhor score nas AIVDs, Mini Mental e foram mais presentes na distribuição do primeiro quartil com melhor desempenho na avaliação da preensão palmar e teste da cadeira (18).

Estudos têm permitido a associação de variáveis sociodemográficas e CF (14,19-21). Em um estudo transversal com idosos de 80 anos ou mais no município de São Geraldo (Minas Gerais - Brasil), verificou-se associação entre pior CF e faixa etária de 85 anos ou mais, ser do sexo feminino e ausência de cônjuge (14). Em estudo transversal, realizado na Bahia, com 94 idosos com 80 anos ou mais, observou-se alta prevalência (80,9%) de idosos longevos dependentes para as ABVDs e/ou AIVDs e o comprometimento da CF se associou ao sexo feminino e cor não branca (19).

Um estudo conduzido na Polônia com idosos com idade entre 71 e 80 anos residentes em área rural constatou que menor renda estava associada a declínio funcional para ABVDs. O nível mais baixo de escolaridade foi fator independentemente associado a dificuldades para AIVDs (20). Em estudo longitudinal na Inglaterra, avaliou-se a associação entre declínio funcional para ABVDs e AIVDs e condições financeiras que foram mensuradas a partir da riqueza familiar incluindo bens e investimentos. Após a análise se constatou que os indivíduos com menor *status* financeiro eram mais propensos a menor CF (21).

A literatura científica tem mostrado que a situação de saúde é um importante aspecto influenciador da CF em idosos longevos na literatura científica (14,22-29). A quantidade de condições crônicas em longevos com 80 anos ou mais apresenta associação com limitações para ABVDs e AIVDs. De fato, a prevenção de condições crônicas pode melhorar a CF durante o

processo de envelhecimento (22). Em estudo longitudinal, realizado com longevos chineses com 80 anos ou mais, ficou constatado que o acometimento por AVE foi um dos principais fatores de risco para declínio da CF para AVDs. Além disso, a presença de multimorbidade pode causar mais incapacidade ao longo do tempo (23). A doença musculoesquelética crônica e intensidade de dor foram preditores significativos de déficits funcionais para AVDs entre idosos austríacos (24). Em estudo transversal com idosos com 80 anos ou mais, doenças no sistema nervoso, acometimento por artropatias e usar continuamente cinco ou mais medicamentos foram fatores associados a pior CF (14). Os idosos comumente são acometidos por doenças que se relacionam e isso pode resultar em polifarmácia e comprometimento funcional (25). Medicamentos podem ou não contribuir para a manutenção da CF, sendo necessária uma boa avaliação de risco-benefício para prescrição e uso racional (26).

O estado nutricional é outro aspecto tocante à situação de saúde que a literatura aponta como influenciador da CF entre idosos, o qual pode se relacionar com doenças crônicas e causar ainda mais prejuízos a funcionalidade de idosos. Em um estudo transversal com 8060 idosos residentes em comunidade de Shanghai, China, a hipertensão aumentou significativamente as chances de incapacidade para as ABVDs em obesos e de AIVDs em indivíduos com baixo peso. O índice de massa corporal (IMC) baixo ou extremamente alto, na presença ou não de consequências metabólicas, são fatores independentemente associados à dependência funcional entre idosos (27).

No Brasil, em estudo transversal de base populacional e domiciliar, realizado com 477 idosos de município do estado de Santa Catarina, o estado nutricional se associou positivamente às limitações funcionais para ABVDs e AIVDs independente de sexo, idade, escolaridade, emprego atual, condições de vida, status cognitivo e número de doenças. Esses resultados apontam que o IMC é um importante indicador de saúde que deve ser usado na avaliação rotineira das condições de saúde (28).

Em estudo longitudinal envolvendo idosos de Cingapura em que se avaliou a associação entre o IMC e anos de vida remanescentes com e sem limitação para AVDs, ficou constatado que idosos com obesidade apresentaram 6,3 mais anos com limitação funcional em comparação com os que tinham peso normal. Enquanto aqueles com pré-obesidade apresentaram 3,7 anos a mais com limitação funcional. A crescente prevalência global da obesidade pode resultar em um

aumento nos anos de vida com limitação na função física e para AVDs em idades mais avançadas (29).

A literatura aponta que aspectos psicossociais parecem ter efeito muito importante nas chances de idosos apresentarem limitações funcionais. Em estudo realizado com idosos poloneses foi constatada associação positiva entre dificuldades para ABVDs e AIVDs e diagnóstico de depressão e não satisfação com a vida. A não satisfação com a vida foi fator independentemente associado que aumentou em 3,95 vezes as chances de ter dificuldades para ABVDs (20). Em outro estudo com idosos austríacos, a depressão aumentou em 2,41 as chances de déficit funcional para ABVDs e em 2,31 as chances de déficit funcional para AIVDs (24). Estudo de coorte conduzido com idosos indianos apontou associação entre limitações para ABVDs e sintomas depressivos e pior percepção da saúde (31). Em estudo longitudinal com ingleses, observou-se associação positiva entre declínio funcional para ABVDs e AIVDs e sintomas depressivos, bem como solidão (21).

Em estudo realizado no Brasil, os longevos com depressão apresentaram 2,5 vezes mais chances de desenvolverem pior CF em relação àqueles sem depressão (14). Em idosos com 80 anos, o melhor desempenho nas AIVDs esteve independentemente associado a não ter depressão. Além disso, entre os aspectos preditores de melhor funcionalidade para ABVDs e AIVDs está incluída a boa percepção da própria saúde (30).

Sentimentos de solidão foram considerados fatores preditores de declínio funcional para ABVDs (31). Em estudo longitudinal conduzido nos Estados Unidos, a solidão foi um preditor de declínio funcional e mortalidade entre idosos com mais de 60 anos (32). O isolamento social também se mostrou um fator preditor de declínio funcional em estudo longitudinal realizado com idosos japoneses (33). A maior dependência para AVDs também obteve associação com o isolamento social entre os indivíduos mais velhos na Índia (34). Em estudo realizado com idosos israelenses de 75 anos ou mais, as análises mostraram declínio funcional associado ao pior bem-estar. Os autores sugerem que diferenças nos níveis de bem-estar ficaram mais evidentes quando houve mudanças nas circunstâncias da vida, incluindo estado civil, institucionalização e declínio na saúde (35).

As relações humanas, os arranjos familiares e de coabitação, bem como a rede de apoio social são aspectos que influenciam a longevidade e estes parecem ter impacto na saúde (36). Estudo transversal com idosos com 80 anos ou mais evidenciou associação positiva entre pior CF

e não visitar amigos e/ou parentes, não participar de obras sociais e não participar de eventos sociais. A inserção social de idosos pode contribuir para a menor dependência funcional e melhora da saúde e da qualidade de vida de idosos longevos (14).

Em estudo conduzido com idosos chineses com 80 anos ou mais ficou constatado que arranjos domiciliares estão independentemente associados a limitações funcionais. Comparados aos longevos que moravam sozinhos, todos os outros arranjos de moradia (morar apenas com o cônjuge; com cônjuge e filhos; somente com filhos; com outros parentes/não parentes) foram independentemente associados às limitações para ABVDs e AIVDs. Isso pode ser explicado pelo fato de que os longevos que moram sozinhos possivelmente têm melhor funcionalidade (22).

A OMS (37) descreve o envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da CF, permitindo aos indivíduos que sejam ou façam o que valorizam. Se, ao contrário, esses anos são tomados por declínios na capacidade física e mental, existirão implicações negativas para as pessoas mais velhas bem como para toda a sociedade. Disso decorre o interesse por investigações sobre os fatores que contribuem para que indivíduos superem a expectativa de vida em sua geração com qualidade e independência (38).

A autonomia e a independência dos idosos com 60 anos ou mais foi reconhecida e valorizada por meio da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, criada em 19 de outubro de 2006, através da Portaria nº 2528, que passou a direcionar medidas coletivas e individuais de saúde para garanti-las (39). Na Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde consta a necessidade de ampliar o conhecimento científico sobre os mecanismos das doenças associadas ao processo de envelhecimento, destacando determinantes das condições de vida do idoso, com ênfase nos aspectos ambientais, familiares, nutricionais, físicos e psicossociais (40).

No contexto dessas políticas, o Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde, surgiu com o objetivo de coletar informações sobre as condições de vida dos idosos residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe. A primeira cidade escolhida no Brasil foi São Paulo, em que foi constituído estudo longitudinal, com três ondas, em 2000, 2006 e 2010, coordenado por uma equipe de pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo (USP) com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e Ministério da Saúde (41,42). Em 2014, a proposta do projeto SABE foi expandida para Paraíba quando foi estabelecida cooperação técnica de pesquisadores do com o Núcleo de

Estudos em Genética e Educação da Universidade Estadual da Paraíba (NEGE/UEPB) para estudo do processo de envelhecimento e longevidade em comunidades consanguíneas do semiárido nordestino. O projeto “Envelhecimento e Doenças Genéticas: Genômica e Metagenômica” foi aprovado na chamada INCT/MCTI/CNPq/CAPES/FAPs, fruto da colaboração entre epidemiologistas com experiência em estudos sobre a Saúde do Idoso, responsáveis pelo Estudo SABE-SP, e geneticistas de várias instituições do Brasil, inclusive da UEPB. Essa parceria permitiu, ainda, realizar análises comparativas, tendo em vista que o estudo da Paraíba utilizou o mesmo protocolo de investigação do estudo feito em São Paulo há mais de quinze anos.

Neste trabalho, houve intenção de investigar e melhor compreender a interação de fatores socioeconômico-demográficos, de situação de saúde, psicossociais e redes de apoio com a funcionalidade em idosos longevos. Para tanto, foram comparados os dados de uma população residente em um grande centro urbano, São Paulo, com outra de uma pequena cidade do Nordeste brasileiro, que se encontra em uma das regiões mais empobrecidas do país. Trata-se de uma população inserida em uma cidade interiorana com uma dinâmica de vida tipicamente rural, relativamente isolada e com elevada taxa de casamentos consanguíneos.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GERAL

- Comparar a CF e sua associação com fatores socioeconômico e demográficos, situação de saúde, aspectos psicossociais e redes de apoio em idosos longevos (80 anos e mais) em duas populações, uma residente na cidade de Brejo dos Santos-PB e outra na cidade de São Paulo-SP.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características socioeconômico-demográficas e avaliar a CF nas atividades cotidianas dos longevos.
- Verificar aspectos relacionados a situação de saúde, aspectos psicossociais e características das redes de apoio dos longevos e sua associação com a CF.
- Descrever as diferenças entre os fatores associados à CF de longevos residentes em Brejo dos Santos-PB e São Paulo-SP.

### **3. MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Este é um estudo transversal, analítico com abordagem quantitativa em que foram avaliados dados de idosos com 80 anos ou mais residentes em Brejo dos Santos/PB e em São Paulo/SP.

#### **3.2. PARTICIPANTES DA PESQUISA**

A população de Brejo dos Santos (PB) foi constituída por 179 idosos com idade de 80 anos ou mais, residentes no município de Brejo dos Santos/PB, Brasil, pertencentes ao universo de 188 listados junto à Secretaria Municipal de Saúde. Foram considerados critérios de inclusão: homens e mulheres, com 80 anos ou mais e residentes do município. As perdas foram recorrentes de recusas, migração para outra cidade e outros motivos (4,9%). Portanto, foram incluídos na pesquisa todos os idosos longevos do município cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Os idosos residentes na cidade de São Paulo foram selecionados por meio de uma amostra probabilística representativa da população urbana com 60 anos ou mais. Uma descrição detalhada do desenho do estudo SABE e processo de amostragem foi publicado anteriormente (41-42). Para esta análise transversal, a amostra se restringiu a 238 idosos longevos que participaram da quarta coorte SABE.

#### **3.3. COLETA DE DADOS**

As informações foram coletadas por meio de formulário adaptado do Estudo SABE-SP (Apêndice I), que avalia vários aspectos relacionados às condições de vida dos idosos e é composto por 11 seções: informações pessoais; avaliação cognitiva; estado de saúde; estado funcional; medicamentos; uso e acesso a serviços; rede de apoio social e familiar; história de trabalho e fontes de receita; características de moradia; antropometria e a de mobilidade e flexibilidade.

A aplicação dos formulários foi realizada por entrevistadores treinados e conduzida nos domicílios dos idosos. Em Brejo dos Santos/PB, a coleta de dados ocorreu em maio de 2017 e em São Paulo/SP aconteceu entre março e junho de 2016.

### 3.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO

#### 3.4.1. DEPENDENTE:

- **Capacidade funcional**

A CF foi avaliada por meio do relato de dificuldades e de dependência para ABVDs e AIVDs nas versões do Índice de Katz (43) e Lawton (44) do Estudo SABE (Anexo I). O Índice desenvolvido por Sidney Katz é um instrumento de avaliação funcional muito utilizado e possui várias adaptações (45). As questões sobre ABVDs do Estudo SABE incluídas neste estudo foram: andar, vestir-se, tomar banho, higiene pessoal, pentear-se, comer sozinho, deitar-se e levantar da cama e cadeiras e por último, ir ao banheiro. As AIVDs, investigadas por meio da escala de Lawton, foram: preparar uma refeição quente, cuidar de seu dinheiro, utilizar transporte, fazer compras, telefonar, fazer tarefas domésticas leves e tomar remédios.

Para o artigo 1 desta dissertação foram consideradas variáveis dependentes *a dificuldade* para ABVDs e AIVDs. Para o artigo 2, foram consideradas variáveis dependentes *a dependência* para ABVDs e AIVDs.

Os idosos foram questionados se sentiam *dificuldade* para cada atividade e as alternativas foram: “sim”, “não”, “não consegue” e “não costuma fazer”. Os longevos foram classificados em sem dificuldades quando responderam que não ou que não costumavam fazer, em todas as atividades avaliadas; e indivíduos com dificuldades aqueles que responderam que sim, ou que não conseguiam fazer, para pelo menos uma das atividades avaliadas.

A *dependência* para ABVDs e AIVDs foi avaliada através do questionamento “O(a) senhor(a) recebe ajuda para essa atividade?”. Os indivíduos foram classificados em dependentes (aqueles que responderam sim) e independentes (aqueles que responderam que não).

#### 3.4.2. INDEPENDENTES:

- **Aspectos socioeconômico e demográficos**

As variáveis socioeconômicas e demográficas avaliadas serão sexo (feminino e masculino), grupo etário (80 a 89 anos e 90 ou mais), etnia referida (branco/a e não branco/a), estado marital (com parceiro/a e sem parceiro/a), letramento (foram considerados letrados os idosos que referiram saber ler e escrever um recado e frequentaram a escola), renda ( $\leq$  1 salário mínimo e  $>$  1 salário mínimo), suficiência de renda (sim e não) e insuficiência alimentar até os 15 anos de idade (sim e não).

- **Situação de saúde**

Os participantes da pesquisa foram questionados se possuíam dificuldade para acessar/usar serviços de saúde quando precisavam. A situação de saúde dos longevos foi avaliada por meio de informações sobre a hipertensão, diabetes, acidente vascular encefálico (AVE), doenças articulares e osteoporose autorreferidas; número de doenças crônicas não transmissíveis (nenhuma, uma e duas ou mais); dor nos três meses anteriores a entrevista (sim e não); índice de massa corporal (IMC) e polifarmácia (sim e não).

As informações relacionadas às doenças autorreferidas foram obtidas por meio da verbalização do seguinte questionamento: “Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) tem essa doença?”, em que foram ditas as seguintes doenças: hipertensão, diabetes, AVE, artrite, reumatismo, osteoartrose, qualquer outra doença articular e osteoporose. Os idosos tiveram como opção de resposta: “não”, “sim”, ou “não sei”. A referência à artrite/reumatismo/osteoartrose/outra foi classificada em doença articular. Os idosos que referiram não ter doença articular, mas que possuíam dor ao movimento ou esforço foram considerados acometidos de doenças articulares.

Os idosos acometidos por AVE responderam aos seguintes questionamentos: “O(a) Sr(a) ficou com alguma seqüela ou problema derivado do(s) derrame(s) cerebral(is)?” com opções de resposta “sim” e “não”. O outro questionamento foi “Quanto as seqüelas ou complicações após o derrame interferem em suas atividades diárias?” com opções de resposta “muito”, “pouco” ou “nada”. Os longevos que referiram doença articular responderam às perguntas: “O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento ou está recebendo tratamento para sua doença articular?” com opções de resposta “sim” e “não”. Também foram questionados o quanto a doença articular e/ou a dor ou o desconforto durante o movimento interferiam nas suas atividades diárias com opções

de resposta “muito”, “pouco” ou “nada”. Os participantes que referiram possuir diagnóstico de osteoporose foram questionados se tomavam algum medicamento ou recebiam algum tratamento para esta condição.

O número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foi obtido através do relato dado pelos idosos de ser portadores das seguintes doenças: hipertensão, diabetes, doença crônica pulmonar, doença cardíaca, derrame/AVE, doença articular e câncer. Os idosos foram classificados quanto ao número de doenças (nenhuma, uma e duas ou mais).

No que se refere à dor, foi realizado o seguinte questionamento: “O(a) Sr(a) tem alguma dor há mais de 3 meses, que dói continuamente ou que vai e vem pelo menos uma vez por mês?”, tendo sim, não e não sei como opções de respostas.

O estado nutricional foi definido por meio do IMC o qual é obtido a partir da equação:  $IMC = \text{peso (kg)}/\text{estatura(m)}^2$ . O peso e a estatura foram mensurados em triplicata, a fim de aumentar a confiabilidade, e ao final foi obtida a média das três mensurações. Os pontos de corte de IMC adotados foram os propostos pela *Nutrition Screening Initiative*, a qual considera: subnutrido(a) o(a) idoso(a) com  $IMC \leq 22\text{kg/m}^2$ ; peso adequado,  $IMC > 22\text{kg/m}^2$  e  $< 27\text{kg/m}^2$ ; e excesso de peso  $IMC \geq 27\text{kg/m}^2$  (46).

Os longevos foram questionados quanto à quantidade de medicamentos que tomavam a partir da seguinte pergunta: “Quantos medicamentos diferentes o senhor toma por dia?”. A partir do número que relataram, tendo em vista que a polifarmácia pode ser definida como o uso rotineiro e concomitante de cinco ou mais medicamentos, os idosos foram categorizados em “sim” e “não”.

- **Aspectos psicossociais**

Os aspectos psicossociais foram avaliados a partir da autoavaliação da saúde, bem-estar subjetivo, satisfação global com a vida (SGV), sintomas depressivos, solidão, isolamento. Algumas dessas variáveis são de caráter subjetivo e devido a isso não podem ser respondidas por informantes substitutos, sendo assim, foram avaliadas apenas entre os idosos com bom desempenho cognitivo; dessa forma, optou-se por verificar os quadros demenciais e sugestivos de declínio cognitivo por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o qual é originalmente composto por questões agrupadas em sete categorias com o objetivo de avaliar funções cognitivas

específicas: orientação para tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem, e capacidade construtiva visual (47).

Para avaliação da função cognitiva, o MEEM foi modificado e validado para o Estudo SABE, devido ao baixo nível de escolaridade da população idosa sul-americana. O instrumento passou a ter treze itens que são menos dependentes da escolaridade e o ponto de corte é de 12 pontos ou menos (Anexo I). Pontuação abaixo de 12 foi considerada sugestiva de déficit cognitivo (48).

A autoavaliação da saúde foi verificada por meio da verbalização da seguinte afirmativa: “O(a) Sr(a) diria que sua saúde é...”. Os entrevistados tiveram as seguintes opções de resposta: “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”. Para fins estatísticos, os longevos foram classificados em três grupos: boa percepção da saúde (“muito boa” e “boa”), regular e percepção da saúde ruim (“ruim” e “muito ruim”).

O bem-estar subjetivo foi avaliado através do Índice de Bem-Estar (WHO 5) composto por cinco afirmações que se relacionam com o modo como o idoso se sentiu nas duas semanas anteriores à entrevista (Anexo I). Pode ter valores de 0 a 25, em que 0 representa o pior e 25 o melhor bem-estar possível, o ponto de corte sugere que pontuação inferior a 13 revela fraco bem-estar, sendo assim, os idosos foram classificados como pior bem-estar (score <13) e melhor bem-estar (score  $\geq$ 13) (49).

A satisfação global com a vida foi avaliada a partir da *Hadley Cantril's Self-Anchoring Striving Scale* composto por uma escada com valores de 1 a 10, em que 0 representa o mais baixo e 10 o mais alto possível (Anexo I). Os longevos foram classificados com menor satisfação (score <6) e com maior satisfação (score  $\geq$  6) (50).

Os sintomas depressivos foram avaliados por meio da Escala de Depressão Geriátrica - GDS15 (51) com 15 perguntas, cada uma com as alternativas de respostas “sim” e “não”, com valores atribuídos de 0 a 1 ponto (Anexo I). O score é dado pelo somatório dos pontos obtidos. Indivíduos com pontuação de 0 a 4 foram considerados sem sintomas depressivos e aqueles com pontuação de 5 a 10 foram considerados com suspeita de depressão. Os participantes também foram questionados, ainda, sobre o recebimento de um diagnóstico de depressão anterior por algum profissional de saúde e se tomavam medicamentos antidepressivos.

No que se refere a solidão e isolamento, foram realizados os seguintes questionamentos: “Com que frequência o(a) Sr(a) se sente sozinho(solitário)?” e “Com que frequência o(a) Sr(a) se

sente isolado/deixado de lado?”, tendo “nunca”, “algumas vezes” e “sempre” como opções de respostas. Para fins estatísticos, essas variáveis foram dicotomizadas em “sim” (algumas vezes e sempre) e “não” (nunca).

- **Redes de apoio social**

Quanto às variáveis relacionadas a receber e oferecer apoio social, os idosos que não moravam sozinhos receberam os seguintes questionamentos a respeito de cada pessoa com quem residiam: “Ele(a) o ajuda? Com que?” e “O(a) Sr(a) o ajuda? Com que?”. As opções de resposta foram categorizadas em “sim” (sim, ajuda financeira; sim, ajuda material; sim, nas tarefas fora de casa; sim, nas tarefas domésticas; sim, no meu cuidado pessoal; sim, me faz companhia/me ouve; sim, apoio emocional; sim, faz orações comigo; outro) e não.

A co-residência foi calculada através do total de pessoas que residiam com o(a) idoso(a) (incluindo o próprio idoso). Dessa forma, um total maior do que a 1 foi classificado em “sim” e o total igual a 1 em “não”. Ainda a partir desse total, categorizou-se o número de integrantes da rede de apoio em três grupos: 1, entre 2 e 4, e 5 ou mais.

O arranjo domiciliar foi verificado a partir dos parentescos das pessoas que residiam com os longevos. Como critérios de base foram consideradas as seguintes categorias: mora sozinho(a); somente cônjuge; filhos; filhos e netos; e outros arranjos.

A convivência a maior parte do tempo foi avaliada através da pergunta: “a maior parte do seu dia, quando o(a) Sr(a) está em casa, o(a) Sr(a) está com:”, tendo como respostas as alternativas: crianças (até 11 anos), adolescentes (de 12 a 18 anos), adultos (de 19 a 59 anos) e idosos ( $\geq 60$  anos). Os longevos foram separados em três grupos, os que conviviam com: crianças e adolescentes; adultos e idosos.

As variáveis dependentes e independentes analisadas neste estudo estão descritas no Quadro 1, no qual constam as categorias de referência e de contraste para a análise estatística.

**Quadro 1.** Variáveis utilizadas para análises estatísticas no estudo e suas categorizações.

VARIÁVEIS	NOME	REFERÊNCIA	CONTRASTE
Dependentes	Dificuldade para ABVDs	Não	Sim
	Dificuldade para AIVDs	Não	Sim
	Dependência para ABVDs	Não	Sim

Independentes	Aspectos socioeconômico e demográficos	Dependência para AIVDs	Não	Sim
		Sexo	Masculino	Feminino
		Grupo etário	80 a 89 anos	90 anos ou mais
		Etnia referida	Não branco(a)	Branco(a)
		Estado marital	Com parceiro(a)	Sem parceiro(a)
		Letramento	Sim	Não
		Renda	> 1 salário mínimo	≤ 1 salário mínimo
		Suficiência de renda	Sim	Não
	Situação de saúde	Insuficiência alimentar até os 15 anos de idade	Não	Sim
		Dificuldade de acesso a serviços de saúde	Não	Sim
		Acidente vascular encefálico (AVE)	Não	Sim
		Doença articular	Não	Sim
		Osteoporose	Não	Sim
		Número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Nenhuma	Uma
				Duas ou mais
		Presença de dor nos três meses anteriores	Não	Sim
		Estado nutricional	Peso adequado ( $IMC > 22kg/m^2$ e $< 27kg/m^2$ )	Subnutrido ( $IMC \leq 22kg/m^2$ )
				Excesso de peso ( $IMC \geq 27kg/m^2$ )
	Polifarmácia	Não	Sim	
	Aspectos psicossociais	Autoavaliação da saúde	Boa	Regular
				Ruim
		Bem-estar subjetivo	Melhor	Pior
		Satisfação global com a vida (SGV)	Maior	Menor
		Sintomas depressivos	Não	Sim
		Solidão	Não	Sim
	Isolamento	Não	Sim	
	Redes de apoio social	Recebe apoio social	Sim	Não
		Oferece apoio social	Sim	Não
		Co-residência	Sim	Não
		Arranjo domiciliar	Outros arranjos	Mora sozinho(a)
				Somente cônjuge
			Filhos	

				Filhos e netos
		Convivência a maior parte do tempo	Adultos	Crianças e/ou adolescentes
				Idosos
		Número de integrantes da rede	Cinco ou mais	Apenas um
				Entre dois e quatro

ABVDs: atividades básicas de vida diária; AIVDs: atividades instrumentais de vida diária.

### 3.5. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa maior da qual o estudo SABE-PB faz parte foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (Parecer 2067818) (Anexo II). O estudo SABE-SP faz foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública/USP-SP (Parecer 2044) (Anexo III). Os longevos receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido do SABE-PB (Apêndice II) e do SABE-SP (Apêndice III).

### 3.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para processamento e análises, a fim de obter melhor consistência os dados foram tabulados no programa *Epidata 3.1* em dupla entrada. Após, foram analisadas no *software* estatístico R (*R CORE TEAM*, 2018), constando de análises de regressão logística bivariada e múltipla dos dados. Na análise bivariada, empregaram-se o teste de quiquadrado de Pearson, teste exato de Fisher (casos em que uma das frequências foi menor do que cinco), e a medida de associação selecionada foi o *odds ratio* (OR). Para análise múltipla, o modelo inicial de regressão logística foi obtido com todas as variáveis tomando-se como medida de associação o OR e intervalos de confiança a 95% (IC 95%). As variáveis de ajuste que apresentaram  $p \leq 0,20$  no modelo inicial foram incluídas nas análises múltiplas finais e na interpretação dos resultados, considerou-se  $p < 0,05$  como indicativo de associação estatisticamente significativa.

#### 4. RESULTADOS

Os resultados referentes a essa pesquisa serão descritos em dois artigos. O primeiro, intitulado **“Capacidade funcional associada a aspectos socioeconômico-demográficos e situação de saúde em idosos longevos do sertão da Paraíba e da cidade de São Paulo: um estudo comparativo”** objetiva avaliar a associação entre aspectos socioeconômico-demográficos e situação de saúde com a CF em idosos longevos de duas populações, Brejo dos Santos/PB e São Paulo/SP, por meio de estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado com idosos com 80 anos ou mais, o qual investigou se a situação socioeconômica, o número de doenças crônicas não transmissíveis, a presença de acidente vascular encefálico, presença de dor nos três meses antecedentes a entrevista, doenças osteoarticulares, estado nutricional e polifarmácia estariam associadas à CF nessas pessoas.

O segundo artigo, **“Capacidade funcional associada a aspectos socioeconômico-demográficos, aspectos psicossociais e redes de apoio social em idosos longevos do sertão da Paraíba e da cidade de São Paulo: um estudo comparativo”**, teve como intuito investigar a associação entre situação socioeconômica, aspectos psicossociais e redes de apoio e a CF em idosos longevos de duas populações, Brejo dos Santos/PB e São Paulo/SP. Para isso, foi realizado estudo transversal que avaliou a associação de aspectos socioeconômico-demográficos, autoavaliação da saúde, bem-estar subjetivo, satisfação global com a vida, sintomas depressivos, solidão, isolamento, apoio social e redes de apoio com a CF nesses indivíduos.

#### 4.1. ARTIGO 1

### **Capacidade funcional associada a aspectos socioeconômico-demográficos e situação de saúde em idosos longevos do sertão da Paraíba e da cidade de São Paulo: um estudo comparativo**

#### **RESUMO**

**Introdução:** Durante o envelhecimento há um risco crescente de declínios na capacidade funcional (CF). Entre os longevos, a prevalência de dificuldades para atividades básicas de vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) é maior que em outros grupos etários e pode ser um fator precedente a dependência funcional. **Objetivo:** Avaliar a associação entre fatores socioeconômico-demográficos e situação de saúde sob à CF em idosos longevos de duas populações, sendo a primeira pertencente a região Nordeste e outra advinda da região Sudeste. **Método:** Estudo transversal em que foram entrevistados 417 idosos com 80 anos ou mais, com dados coletados através do inquérito “Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE” realizado em duas cidades brasileiras. A CF foi avaliada por meio dos Índices de Katz e Lawton através do relato de dificuldades nas ABVDs e AIVDs. Foram realizadas análise bivariada e múltipla através do *software* estatístico “R”. **Resultados:** Os longevos residentes em São Paulo apresentaram maior prevalência (53,2%) de dificuldades para ABVDs e os da Paraíba apontaram mais limitações para AIVDs (61,6%). Nos modelos de regressão logística múltipla, ser mulher, AVE, doenças articulares e peso inadequado estavam independentemente associados a menor CF para ABVDs, enquanto o número de doenças crônicas foi associado às dificuldades para AIVDs entre os longevos nordestinos. Em São Paulo, o sexo feminino e a renda de um salário ou menos foram fatores associados às dificuldades para AIVDs. **Conclusão:** No grupo de longevos de São Paulo, a renda se associou independentemente às dificuldades para AIVDs. Restrições financeiras podem favorecer o desenvolvimento de limitação funcional entre longevos de grandes centros urbanos; já no Nordeste, peso inadequado, ter tido acidente vascular encefálico e doença articular foram fatores independentemente associados às limitações para ABVDs, enquanto a presença de doenças crônicas foi associada às dificuldades para AIVDs.

**Palavras-chave:** Atividades cotidianas; Doença Crônica; Saúde do Idoso; Envelhecimento; Longevidade.

**Functional capacity associated with socioeconomic-demographic aspects and health status of long-lived elderly of Paraíba backlands and São Paulo city: a comparative study**

**ABSTRACT**

**Introduction:** During aging there is an increasing risk of declines in functional capacity (FC). Among the oldest old, the prevalence of ADL difficulties is higher than in other age groups and may be a precedent factor for functional dependence. **Objective:** To evaluate the association between socioeconomic-demographic factors and health status under CF in long-lived elderly in two populations, the first one from the northeast region and another from the southeast region. **Method:** a cross-sectional study in which 417 elderly aged 80 years or older were interviewed, with data collected through the survey “Health, Welfare and Aging - SABE” conducted in two Brazilian cities. FC was assessed by reporting difficulties in activities of daily living (ADLs) and instrumental activities of daily living (IADLs). Bivariate and multiple analysis were performed using the statistical software "R". **Results:** The elderly living in São Paulo had a higher prevalence (53.2%) of difficulties for ADLs and those in Paraíba showed more limitations for IADLs (61.6%). In the multiple logistic regression models, being a woman, stroke, joint disease and inadequate weight were independently associated with lower FC for ADLs, while the number of chronic diseases was associated with difficulties for IADLs among the northeastern elderly. In São Paulo, female gender and income of one salary or less were associated factors of difficulties for IADLs. **Conclusion:** In São Paulo, income was independently associated with difficulties for IADLs. Financial constraints may favor the development of functional limitation among the oldest old in large urban centers. In a northeastern Brazilian community, inadequate weight, stroke, and joint disease were factors independently associated with limitations for ABVDs, while chronic disease was associated with difficulties for IADLs.

**Keywords:** Activities of daily living; Chronic Disease; Aging; Longevity; Health of the Elderly;

## INTRODUÇÃO

A capacidade funcional (CF) pode ser definida como a condição que o idoso possui de viver independentemente e se relacionar em seu meio, e é resultado da interação de fatores multidimensionais (1,2). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (3), o processo de desenvolvimento e manutenção da CF caracteriza o envelhecimento saudável, permitindo aos idosos que sejam ou façam o que valorizam (4).

A CF pode ser mensurada por meio de escalas que avaliam as dificuldades do idoso para realizar atividades da vida diária (AVDs); as quais, por sua vez, dividem-se em atividade básicas de vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). As ABVDs estão relacionadas ao autocuidado e compreendem atividades como alimentar-se, banhar-se e vestir-se. As AIVDs abrangem atividades relacionadas à participação social, como realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte (5).

A CF em longevos é envolvida por uma complexidade de dimensões que devem ser investigadas para que o conjunto destes dados forneçam subsídios para alternativas e cuidados na reabilitação e recuperação da funcionalidade destes (6). Identificar variáveis que se associam com dificuldades para execução de ABVDs e AIVDs pode favorecer as ações de saúde e cuidados gerontológicos voltados para prevenir o desenvolvimento de dependência funcional nesse grupo etário.

Neste trabalho, o objetivo foi realizar uma comparação entre duas populações de idosos longevos com 80 anos ou mais, uma que vive em uma cidade interiorana da região nordeste, no sertão da Paraíba, e outra que vive em um dos maiores centros urbanos da região Sudeste, com a finalidade de avaliar como os aspectos relacionados à situação de saúde influenciam na CF desses idosos. Nas cidades interioranas com hábitos tipicamente rurais do nordeste brasileiro, como Brejo dos Santos, há elevada prevalência de casamentos consanguíneos associada com efeito de fundador (7), o que reduz a variabilidade genética da população. Além disso, essas comunidades apresentam maior homogeneidade em relação à renda e estilo de vida quando comparadas às populações que vivem em grandes centros urbanos, como São Paulo. De que maneira as condições socioeconômicas e de saúde diferenciadas influenciam na CF de idosos longevos?

## MÉTODOS

Trata-se de estudo quantitativo de corte transversal realizado com idosos longevos de 80 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes em Brejo dos Santos/PB e em São Paulo/SP. As informações foram coletadas nos domicílios dos idosos por meio de formulário do Estudo Saúde Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) (8,9) administrado por entrevistadores treinados. Em Brejo dos Santos-PB, a coleta de dados ocorreu em maio de 2017 e em São Paulo-SP aconteceu entre março e junho de 2016.

A população da pesquisa de Brejo dos Santos (PB) foi constituída por 179 idosos com idade de 80 anos ou mais, residentes no município de Brejo dos Santos/PB, Brasil, pertencentes ao universo de 188 listados junto a Secretaria Municipal de Saúde. Foram considerados critérios de inclusão: homens e mulheres, com 80 anos ou mais e residentes do município. As perdas foram decorrentes de recusas, migração para outra cidade e outros motivos (4,9%).

Os idosos residentes na cidade de São Paulo foram selecionados por meio de uma amostragem probabilística representativa da população urbana com 60 anos ou mais. Uma descrição detalhada do desenho do estudo SABE e processo de amostragem foi publicado anteriormente (9). Para esta análise transversal, a amostra se restringiu a 238 idosos com 80 anos ou mais que participaram da quarta coorte SABE.

A variável dependente foi a CF e foi verificada por meio do relato de dificuldades nas ABVDs e AIVDs nas versões do Índice de Katz (10) e Lawton (11) do Estudo SABE (8,9). O Índice desenvolvido por Sidney Katz que avalia as ABVDs é um instrumento de avaliação funcional muito utilizado e possui várias adaptações (12). As questões sobre ABVDs do Estudo SABE incluídas neste estudo foram: andar, vestir-se, tomar banho, higiene pessoal, pentear-se, comer sozinho, deitar-se e levantar da cama e cadeiras e por último, ir ao banheiro. As AIVDs, investigadas por meio da escala de Lawton, foram: preparar uma refeição quente, cuidar de seu dinheiro, utilizar transporte, fazer compras, telefonar, fazer tarefas domésticas leves e tomar remédios. Os longevos foram questionados se tinham dificuldades para fazer as atividades e as opções de resposta foram: “sim”, “não”, “não costuma fazer” e “não consegue fazer”. Dessa forma, os participantes foram classificados como sem dificuldades quando responderam que não e que não costumava fazer e com dificuldades quando respondiam que sim, que não conseguiam fazer em pelo menos uma das atividades.

As variáveis independentes abrangeram fatores socioeconômico-demográficos e situação de saúde. Entre os fatores socioeconômico-demográficos foram selecionadas as seguintes: sexo (feminino e masculino); grupo etário (categorizada em 80 a 89 anos e 90 anos ou mais); etnia referida (branco(a) e não branco(a)); estado marital (“com parceiro” incluindo casados e amasiados e “sem parceiro” para viúvos, divorciados, separados e solteiros); letramento (“sim” para os longevos que frequentaram a escola e aprenderam a ler e “não”); renda ( $\leq 1$  salário mínimo e  $> 1$  salário mínimo); suficiência de renda (percepção do longo vivo para avaliar se sua renda é suficiente para cobrir suas despesas) e insuficiência alimentar até os 15 anos de idade (sim e não).

No grupo de fatores relacionados à situação de saúde estão: dificuldade de acesso a serviços de saúde (sim e não); número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), obtido através do relato de hipertensão, diabetes, doença crônica pulmonar, doença cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE), doença articular e câncer (categorizados em nenhuma, uma, duas ou mais); AVE (sim e não); sequelas de AVE (sim e não); quanto as sequelas de AVE interfere nas atividades diárias (muito, pouco e nada); dor (sim e não); doença articular (sim e não); tratamento para doença articular (sim e não); quanto a dor e as doenças articulares interferem nas atividades diárias (muito, pouco e nada); osteoporose (sim e não); tratamento para osteoporose (sim e não); estado nutricional, verificado por meio do índice de massa corporal (IMC) o qual é obtido por meio da equação  $IMC = \text{peso (kg)}/\text{estatura(m)}^2$ . Os dados referentes a peso e estatura foram mensurados em triplicata a fim de aumentar a confiabilidade, e ao final foi obtida a média das três mensurações. Os pontos de corte de IMC adotados foram os propostos pela *Nutrition Screening Initiative* a qual considera subnutrição  $IMC \leq 22\text{kg/m}^2$ , peso adequado quando o IMC se dá entre  $22\text{kg/m}^2$  e  $27\text{kg/m}^2$  e excesso de peso  $IMC \geq 27\text{kg/m}^2$  (13); e polifarmácia avaliada através do uso rotineiro e concomitante de cinco ou mais medicamentos (sim e não).

Para processamento e análises, a fim de obter melhor consistência os dados foram tabulados no programa *Epidata 3.1* em dupla entrada. Após, foram analisadas no software estatístico R (*R CORE TEAM*, 2018), constando de análises de regressão logística bivariada e múltipla dos dados. Na análise bivariada, empregaram-se o teste de quiquadrado de Pearson, teste exato de Fisher (casos em que uma das frequências foi menor do que cinco), e a medida de associação selecionada foi o odds ratio (OR). Para análise múltipla, o modelo inicial de regressão logística foi obtido com todas as variáveis tomando-se como medida de associação o OR e

intervalos de confiança a 95% (IC 95%). As variáveis de ajuste que apresentaram  $p \leq 0,20$  no modelo inicial foram incluídas nas análises múltiplas finais e na interpretação dos resultados, considerou-se  $p < 0,05$  como indicativo de associação estatisticamente significativa.

A pesquisa maior da qual o estudo SABE-PB faz parte foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (Parecer 2067818). O estudo SABE-SP foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública/USP-SP (Parecer 2044).

## RESULTADOS

As populações de Brejo dos Santos e de São Paulo têm perfis sociodemográficos distintos, como consta na tabela 1. Em Brejo dos Santos, 54,7% dos longevos são do sexo feminino, tendo média de idade de 85,47 anos ( $\pm 5,33$ ) com variação de 80 e 102 anos. No que se refere ao estado marital, 49,7% dos idosos eram viúvos, visto que 67% relataram receber até um salário mínimo e 62% deles não possuíam letramento. Em São Paulo, houve predominância do sexo feminino entre os longevos estudados, atingindo 70,6% da amostra de 238 idosos. A idade variou entre 80 e 101 anos, com média de 86,81 anos ( $\pm 4,73$ ) e 69,7% dos idosos eram viúvos. A maioria (58,1%) recebia renda maior que um salário mínimo e apenas 21,3% dos idosos não eram letrados (tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição dos idosos segundo características socioeconômico-demográficas e situação de saúde. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 (n=179) e São Paulo/SP, Brasil, 2015 (n=238).

Variáveis	SABE-PB		SABE-SP	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	98	54,7	168	70,6
Masculino	81	45,3	70	29,4
<b>Grupo etário</b>				
80 a 89 anos	141	78,8	173	72,7
90 anos ou mais	38	21,2	65	27,3
<b>Etnia referida</b>				
Branco(a)	91	54,2	140	61,7
Pardo(a)/mulato(a)/moreno(a)	71	42,3	67	29,5
Negro(a)	6	3,6	13	5,7

Amarelo(a) (origem oriental)	0	0	7	3,1
<b>Estado marital</b>				
Casado(a)	76	42,5	48	20,2
Amasiado(a)	1	0,6	2	0,8
Divorciado(a)/ Separado(a)	7	3,9	12	5,1
Viúvo(a)	89	49,7	166	69,7
Solteiro(a)	6	3,4	10	4,2
<b>Letramento</b>				
Sim	68	38	181	78,7
Não	111	62	49	21,3
<b>Renda</b>				
≤ 1 salário mínimo	118	67	88	41,9
> 1 salário mínimo	58	33	122	58,1
<b>Suficiência de renda</b>				
Sim	108	61	135	60
Não	69	39	90	40
<b>Insuficiência alimentar nos primeiros 15 anos de vida</b>				
Sim	67	41,4	33	14,8
Não	95	58,6	190	85,2
<b>Dificuldade de acesso a serviços de saúde</b>				
Sim	26	15,3	68	28,7
Não	144	84,7	169	71,3
<b>Nº de doenças crônicas não transmissíveis</b>				
Uma	64	35,8	42	18,8
Duas ou mais	94	52,5	164	73,5
Nenhuma	21	11,7	17	7,6
<b>AVE</b>				
Sim	16	8,9	28	11,9
Não	163	91,1	207	88,1
<b>Sequelas de AVE</b>				
Sim	10	62,5	13	48,1
Não	6	37,5	14	51,9
<b>Quanto as sequelas de AVE interferem nas atividades diárias</b>				
Muito	9	90	7	53,8
Pouco	1	10	5	38,5
Nada	0	0	1	7,7
<b>Dor</b>				
Sim	37	21,3	93	41,9
Não	137	78,7	129	58,1
<b>Doença articular</b>				
Sim	108	60,3	134	56,8

Não	71	39,7	102	43,2
<b>Tratamento para doença articular</b>				
Sim	14	50	41	41
Não	14	50	59	59
<b>Quanto a dor e a doença articular interferem nas atividades diárias</b>				
Muito	43	40,6	45	43,3
Pouco	38	35,8	38	36,5
Nada	25	23,6	21	20,2
<b>Osteoporose</b>				
Sim	24	13,5	66	28,7
Não	154	86,5	164	71,3
<b>Tratamento para osteoporose</b>				
Sim	12	50	37	56,9
Não	12	50	28	43,1
<b>Estado nutricional</b>				
Subnutrição	40	28,2	30	16,4
Peso adequado	68	47,9	86	47
Sobrepeso	34	23,9	67	36,6
<b>Polifarmácia</b>				
Sim	55	39,3	139	63,5
Não	85	60,7	80	36,5
<b>Dificuldade para ABVDs</b>				
Sim	80	46,8	126	53,2
Não	91	53,2	111	46,8
<b>Dificuldade para AIVDs</b>				
Sim	123	68,7	146	61,6
Não	56	31,3	91	38,4

SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento; AVE: acidente vascular encefálico; IMC: índice de massa corporal; ABVDs: atividades básicas de vida diária; AIVDs: atividades instrumentais de vida diária.

A comparação entre a quantidade de ABVDs e AIVDs que os idosos longevos de Brejo dos Santos (PB) e São Paulo (SP) relataram ter dificuldades, é apresentada na Tabela 2. A maioria dos idosos longevos de ambas as populações não relatou dificuldades de execução de ABVDs (55,5% em Brejo dos Santos e 47,4% em São Paulo) e para as AIVDs (31,6% em Brejo dos Santos e 38,2% em São Paulo).

**Tabela 2.** Distribuição dos longevos quanto o número de ABVDs e AIVDs em que relataram sentir dificuldades. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 (n=179) e São Paulo/SP, Brasil, 2015

Dificuldades	ABVDs				AIVDs			
	SABE - PB		SABE-SP		SABE - PB		SABE-SP	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	91	55,5	111	47,4	56	31,6	91	38,2
1	20	12,2	36	15,4	36	20,3	36	15,5
2	13	7,9	15	6,4	25	14,1	27	11,6
3	4	2,4	15	6,4	15	8,5	19	8,2
4	5	3	13	5,6	12	6,8	13	5,6
5	7	4,3	9	3,8	13	7,3	10	4,3
6	10	6,1	17	7,3	17	9,6	20	8,6
7	14	8,5	18	7,7	3	1,7	16	6,9

SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento; ABVDs: atividades básicas de vida diária; AIVDs: atividades instrumentais de vida diária.

A análise bivariada da associação entre dificuldades para as ABVDs e as variáveis estudadas está apresentada na Tabela 3. Em ambas as populações, foi verificada associação entre dificuldade para ABVDs e idade mais avançada e ter sido acometido(a) por AVE, evidenciando a contribuição desses fatores sobre a CF. Em Brejo dos Santos, ter dificuldade para pelo menos uma das ABVDs mostrou associação com o sexo feminino, não ter companheiro, insuficiência alimentar nos primeiros 15 anos de vida, doença articular e o estado nutricional. Em São Paulo, houve associação com não possuir letramento, renda menor ou igual a um salário mínimo, ter osteoporose e polifarmácia.

**Tabela 3.** Análise bivariada da associação entre variáveis socioeconômico-demográficas e situação de saúde e as dificuldades para ABVDs. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.

Variáveis	Dificuldades para ABVDs									
	SABE-PB					SABE-SP				
	Sim N(%)	Não N(%)	OR bruto	IC 95%	<i>p</i>	Sim N(%)	Não N(%)	OR bruto	IC 95%	<i>p</i>
<b>Sexo</b>					<b>0,001</b>					0,1
Feminino	55(32,16)	40(23,39)	2,8	1,49-5,25		95(40,08)	73(30,8)	1,59	0,90-2,80	
Masculino	25(14,62)	51(29,82)	1,0	1,0		31(13,08)	38(16,03)	1,0	1,0	
<b>Grupo etário</b>					<b>0,004</b>					<b>0,001</b>
90 anos ou mais	25(14,62)	12(7,02)	2,99	1,38-6,46		45(18,99)	19(8,02)	2,69	1,45-4,97	
80-89 anos	55(32,16)	79(46,2)	1,0	1,0		81(34,18)	92(38,82)	1,0	1,0	
<b>Etnia</b>					0,72					0,45
Branco(a)	41(25,41)	47(29,19)	1,11	0,59-2,08		68(30,09)	71(31,42)	0,81	0,47-1,39	
Não branco(a)	32(19,88)	41(25,47)	1,0	1,0		47(20,80)	40(17,7)	1,0	1,0	

<b>Estado marital</b>					<b>0,01</b>					0,51
Sem parceiro(a)	53(30,99)	44(25,73)	2,09	1,12-3,89		102(43,04)	86(36,29)	1,23	0,65-2,31	
Com parceiro(a)	27(15,79)	47(27,49)	1,0	1,0		24(10,13)	25(10,55)	1,0	1,0	
<b>Letramento</b>					0,55					<b>0,018</b>
Não	51(29,82)	54(31,58)	1,2	0,64-2,23		33(14,41)	16(6,99)	2,2	1,13-4,28	
Sim	29(16,96)	37(21,64)	1,0	1,0		87(37,99)	93(40,61)	1,0	1,0	
<b>Renda</b>					0,59					<b>0,02</b>
≤ 1 salário mínimo	48(28,4)	66(39,05)	0,56	0,29-1,07		54(25,71)	34(16,19)	1,93	1,10-3,38	
> 1 salário mínimo	31(18,34)	24(14,2)	1,0	1,0		55(26,19)	67(31,9)	1,0	1,0	
<b>Suficiência de renda</b>					0,34					0,1
Não	33(19,53)	32(18,93)	1,35	0,72-2,51		52(23,11)	38(16,89)	1,56	0,91-2,67	
Sim	45(26,63)	59(34,91)	1,0	1,0		63(28)	72(32)	1,0	1,0	
<b>Insuficiência alimentar até os 15 anos de vida</b>					<b>0,01</b>					0,21
Sim	35(22,73)	30(19,48)	2,18	1,13-4,19		20(8,97)	13(5,83)	1,6	0,75-3,41	
Não	31(20,13)	58(37,66)	1,0	1,0		93(41,7)	97(43,5)	1,0	1,0	
<b>Dificuldade de acesso a serviços de saúde</b>					0,44					0,80
Sim	10(6,10)	15(9,15)	0,71	0,30-1,70		37(15,61)	31(13,08)	1,07	0,61-1,88	
Não	67(40,85)	72(43,9)	1,0	1,0		89(37,55)	80(33,76)	1,0	1,0	
<b>Nº de DCNT</b>					0,66					0,006
Uma	25(14,62)	34(19,88)	0,67	0,25-1,82		14(6,31)	28(12,61)	0,83	0,25-2,76	
Duas ou mais	44(25,73)	47(27,49)	0,85	0,33-2,2		96(43,24)	68(30,63)	2,35	0,82-6,78	
Nenhuma	11(6,43)	10(5,85)	1,0	1,0		6(2,7)	10(4,5)	1,0	1,0	
<b>AVE</b>					<b>0,01</b>					<b>0,004</b>
Sim	12(7,02)	4(2,34)	3,83	1,18-12,43		22(9,36)	6(2,55)	3,77	1,47-9,69	
Não	68(39,77)	87(50,88)	1,0	1,0		102(43,4)	105(44,68)	1,0	1,0	
<b>Dor</b>					0,84					0,13
Sim	17(10,24)	19(11,45)	1,07	0,51-2,25		52(23,42)	41(18,47)	1,5	0,88-2,57	
Não	59(35,54)	71(42,77)	1,0	1,0		59(26,58)	70(31,53)	1,0	1,0	
<b>Doença articular</b>					<b>0,02</b>					0,18
Sim	56(32,75)	48(28,07)	2,09	1,11-3,92		76(32,2)	55(23,31)	1,41	0,84-2,37	
Não	24(14,04)	43(25,15)	1,0	1,0		49(20,76)	53(22,46)	1,0	1,0	
<b>Osteoporose</b>					0,06					<b>0,012</b>
Sim	15(8,82)	8(4,71)	2,36	0,94-5,92		43(18,7)	23(10)	2,11	1,16-3,81	
Não	65(38,24)	82(48,24)	1,0	1,0		77(33,48)	87(37,83)	1,0	1,0	
<b>Estado nutricional</b>					<b>0,004</b>					0,09
Subnutrição	19(14,18)	20(14,93)	2,98	1,27-7		12(6,59)	18(9,89)	1,12	0,48-2,64	
Excesso de peso	18(13,43)	15(11,19)	3,76	1,53-9,23		36(19,78)	30(16,48)	2,02	1,05-3,89	
Peso adequado	15(11,19)	47(35,07)	1,0	1,0		32(17,58)	54(29,67)	1,0	1,0	
<b>Polifarmácia</b>					0,45					<b>0,038</b>
Sim	28 (21,05)	25(18,80)	1,3	0,64-2,61		81(36,99)	58(26,48)	1,79	1,03-3,13	
Não	37(27,82)	43(32,33)	1,0	1,0		35(15,98)	45(20,55)	1,0	1,0	

\*teste exato de Fischer; ABVDs: atividades básicas de vida diária; SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; AVE: acidente vascular encefálico; IMC: índice de massa corporal.

A associação entre as características socioeconômico-demográficas, situação de saúde e as dificuldades para AIVDs está apresentada na Tabela 4. Observou-se que, entre os idosos de São Paulo, houve associação significativa com maior número de variáveis analisadas. Entretanto, em relação aos aspectos econômicos, pelo fato da maioria dos idosos que vivem no sertão da Paraíba ter apenas aposentadoria de um salário mínimo e sentirem-se relativamente satisfeitos com essa renda; não foi observada associação desses fatores socioeconômicos com menor status funcional como ocorreu com a amostra de São Paulo. Por outro lado, em Brejo dos Santos, foi observada associação da dificuldade para AIVDs com ter duas ou mais DCNT e doença articular, aspectos não observados em São Paulo.

**Tabela 4.** Análise bivariada para associação entre variáveis socioeconômico-demográficas e situação de saúde sobre as dificuldades para AIVDs. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.

Variáveis	Dificuldades para AIVDS									
	SABE-PB					SABE-SP				
	Sim N(%)	Não N(%)	OR bruto	IC 95%	<i>P</i>	Sim N(%)	Não N(%)	OR bruto	IC 95%	<i>P</i>
<b>Sexo</b>					<b>0,013</b>					<b>&lt;0,001</b>
Feminino	75(41,9)	23(12,85)	2,24	1,17-4,26		117(49,37)	51(21,52)	3,16	1,77-5,65	
Masculino	48(26,82)	33(18,44)	1,0	1,0		29(12,24)	40(16,88)	1,0	1,0	
<b>Idade</b>					<b>0,001*</b>					<b>&lt;0,001</b>
90 anos ou mais	34(18,99)	4(2,23)	4,96	1,66-14,78		51(21,52)	13(5,49)	3,22	1,63-6,34	
80-89 anos	89(49,72)	52(29,05)	1,0	1,0		95(40,08)	78(32,91)	1,0	1,0	
<b>Etnia</b>					0,45					0,033
Branco(a)	64(38,1)	27(16,07)	1,28	0,66-2,45		76(33,63)	63(27,88)	0,54	0,30-0,95	
Não branco(a)	50(28,76)	27(16,07)	1,0	1,0		60(26,55)	27(11,95)	1,0	1,0	
<b>Estado marital</b>					0,05					<b>0,007</b>
Sem parceiro(a)	76(42,46)	26(14,53)	1,86	0,98-3,53		124(52,32)	64(27)	2,37	1,25-4,50	
Com parceiro(a)	47(26,26)	30(16,76)	1,0	1,0		22(9,28)	27(11,39)	1,0	1,0	
<b>Letramento</b>					0,67					<b>0,014</b>
Não	75(41,9)	36(20,11)	0,86	0,45-1,67		37(16,16)	12(5,24)	2,41	1,18-4,92	
Sim	48(26,82)	20(11,17)	1,0	1,0		101(44,1)	79(34,5)	1,0	1,0	
<b>Renda</b>					0,72					<b>&lt;0,001</b>
≤ 1 salário mínimo	77(43,75)	41(23,30)	0,65	0,32-1,31		69(32,86)	19(9,05)	3,87	2,08-7,20	
> 1 salário mínimo	43(24,43)	15(8,52)	1,0	1,0		59(28,1)	63(30)	1,0	1,0	
<b>Suficiência de renda</b>					0,47					<b>0,004</b>
Não	45(25,42)	24(13,56)	0,78	0,41-1,50		64(28,44)	26(11,56)	2,28	1,29-4,03	
Sim	76(42,94)	32(18,08)	1,0	1,0		70(31,11)	65(28,89)	1,0	1,0	
<b>Insuficiência alimentar até os 15 anos de vida</b>					0,11					0,34

Sim	49(30,25)	18(11,11)	1,73	0,88-3,42	22(9,87)	11(4,93)	1,45	0,66-3,17
Não	58(35,8)	37(22,84)	1,0	1,0	110(49,33)	80(35,87)	1,0	1,0
<b>Dificuldade de acesso a serviços de saúde</b>					0,11			0,13
Sim	18(10,59)	8(4,71)	1,05	0,42-2,60	47(19,83)	21(8,86)	1,58	0,87-2,87
Não	98(57,65)	46(27,06)	1,0	1,0	99(41,77)	70(29,54)	1,0	1,0
<b>Nº de DCNT</b>					<b>0,04</b>			<b>0,573</b>
Uma	40(22,35)	24(13,41)	1,52	0,56-4,1	24(10,81)	18(8,11)	1,33	0,42-4,23
Duas ou mais	72(40,22)	22(12,29)	2,98	1,12-7,93	102(45,95)	62(27,93)	1,65	0,59-4,61
Nenhuma	11(6,15)	10(5,59)	1,0	1,0	8(3,6)	8(3,6)	1,0	1,0
<b>AVE</b>					0,08*			<b>0,045</b>
Sim	14(7,82)	2(1,12)	3,46	0,76-15,81	22(9,36)	6(2,55)	2,55	0,99-6,56
Não	109(60,89)	54(30,17)	1,0	1,0	122(51,91)	85(36,17)	1,0	1,0
<b>Dor</b>					0,49			0,25
Sim	27(15,52)	10(5,75)	1,32	0,58-2,96	59(26,58)	34(15,32)	1,37	0,79-2,37
Não	92(52,87)	45(25,86)	1,0	1,0	72(32,43)	57(25,68)	1,0	1,0
<b>Doença articular</b>					<b>0,001</b>			0,32
Sim	84(46,93)	24(13,41)	2,87	1,49-5,50	86(36,44)	48(20,34)	1,3	0,77-2,21
Não	39(21,79)	32(17,88)	1,0	1,0	59(25)	43(18,22)	1,0	1,0
<b>Osteoporose</b>					<b>0,002*</b>			<b>0,034</b>
Sim	23(12,92)	1(0,56)	12,8	1,68-97,20	47(20,43)	19(8,26)	1,93	1,04-3,58
Não	99(55,62)	55(30,9)	1,0	1,0	92(40)	72(31,3)	1,0	1,0
<b>IMC</b>					0,326			0,96
Subnutrição	29(20,42)	11(7,75)	1,85	0,79-4,3	16(8,79)	14(7,69)	0,9	0,39-2,08
Excesso de peso	23(16,20)	11(7,75)	1,46	0,62-3,48	37(20,33)	29(15,93)	1,01	0,53-1,93
Peso adequado	40(28,17)	28(19,72)	1,0	1,0	48(26,37)	38(20,88)	1,0	1,0
<b>Polifarmácia</b>					0,25			0,16
Sim	43(30,71)	12(8,57)	1,57	0,71-3,47	93(42,47)	46(21)	1,49	0,84-2,63
Não	59(42,14)	26(18,57)	1,0	1,0	46(21)	34(15,53)	1,0	1,0

\*teste exato de Fischer; AIVDs: atividades básicas de vida diária; SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; AVE: acidente vascular encefálico; IMC: índice de massa corporal.

A Tabela 5 apresenta os resultados da análise de regressão logística múltipla, evidenciando as variáveis que têm influência sobre a CF em idosos longevos. O grupo etário de 90 anos ou mais foi independentemente associado entre os dois grupos e obteve forte associação para dificuldade para execução de ABVDs e AIVDs. Em Brejo dos Santos, evidenciou-se o sexo feminino, AVE, doença articular e não estar com o peso adequado como fatores independentemente associados a dificuldades para ABVDs, enquanto o número de DCNTs foi associado às dificuldades para AIVDs. Entre os idosos longevos residentes em São Paulo, ser do sexo feminino e ter renda inferior ou igual a um salário mínimo piora a CF para AIVDs.

**Tabela 5.** Modelo final de regressão logística múltipla para associação entre características socioeconômico-demográficas e situação de saúde sobre a capacidade funcional de idosos longevos. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.

Variáveis	Dificuldades							
	ABVDs				AIVDs			
	SABE-PB		SABE-SP		SABE-PB		SABE-SP	
	ORaj (IC 95%)	<i>p</i>	ORaj (IC 95%)	<i>p</i>	ORaj (IC 95%)	<i>p</i>	ORaj (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Sexo</b>		<b>0,019</b>		-		0,05		<b>0,003</b>
Feminino	2,99 (1,17-7,66)		-		2,37 (0,98-5,72)		3,26 (1,48-7,15)	
Masculino	1,0		-		1,0		1,0	
<b>Idade</b>		<b>0,008</b>		<b>0,01</b>		<b>&lt;0,001</b>		<b>&lt;0,001</b>
90 anos ou mais	3,91 (1,38-11,06)		2,83 (1,22-6,54)		8,59 (2,29-32,25)		4,27 (1,84-9,94)	
80-89 anos	1,0		1,0		1,0		1,0	
<b>Etnia referida</b>		0,561		-		0,053		-
Branco(a)	1,3 (0,54-3,14)		-		2,31 (0,97-5,49)		-	
Não branco(a)	1,0		-		1,0		-	
<b>Estado marital</b>		0,329		0,2		-		0,38
Sem parceiro(a)	1,62 (0,61-4,28)		1,81 (0,7-4,65)		-		1,44 (0,63-3,32)	
Com parceiro(a)	1,0		1,0		-		1,0	
<b>Renda</b>		-		0,14		-		<b>&lt;0,001</b>
≤ 1 salário mínimo	-		1,69 (0,83-3,42)		-		3,34 (1,72-6,49)	
> 1 salário mínimo	-		1,0		-		1,0	
<b>Nº de DCNT</b>		0,073		-		<b>0,038</b>		-
Uma	0,94(0,24-3,65)		-		5,29 (1-33,21)		-	
Duas ou mais	0,31(0,08-1,24)		-		4,96 (1,18-20,92)		-	
Nenhuma	1,0		-		1,0		-	
<b>AVE</b>		<b>0,02</b>		-		0,06		-
Sim	8,95 (1,23-65,09)		-		6,85 (0,67-69,86)		-	
Não	1,0		-		1,0		-	
<b>Doença articular</b>		<b>0,03</b>		-		0,234		-
Sim	4,2 (1,12-15,7)		-		2,22 (0,57-8,63)		-	
Não	1,0		-		1,0		-	
<b>Osteoporose</b>		-		0,08		0,09		-
Sim	-		2,04 (0,91-4,58)		5,14 (0,57-46,32)		-	
Não	-		1,0		1,0		-	
<b>IMC</b>		<b>0,002</b>		0,12		0,184		-
Subnutrição	4,36 (1,55-12,24)		0,88(0,32-2,38)		2,46 (0,91-6,64)		-	
Sobrepeso	4,98 (1,65-15,07)		1,97(0,94-4,14)		1,17 (0,41-3,34)		-	
Peso adequado	1,0		1,0		1,0		-	

SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento; ORaj: *odds ratio* ajustado; IC 95%: intervalo de confiança de 95%. ABVDs: atividades básicas de vida diária; AIVDs: atividades instrumentais de vida diária; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; AVE: acidente vascular encefálico; IMC: índice de massa corporal.

## DISCUSSÃO

A utilização de escalas e questionários torna possível identificar os fatores que limitam a CF em idosos longevos, visto que podem direcionar ações de cuidados tanto no âmbito de prevenção quanto no de reabilitação e que contribuem para postergar e reabilitar as incapacidades detectadas, bem como na redução de limitações (6). Neste estudo, os dois municípios estudados possuem evidentes diferenças socioeconômicas e apresentaram diferenças entre as prevalências de dificuldades para execução de atividades de vida diária. Comparativamente, os longevos residentes em São Paulo apresentaram maior prevalência de dificuldades para ABVDs e os da Paraíba apontaram mais dificuldades para AIVDs.

Um dos fatores que previnem déficits funcionais é a participação social (14). Os idosos longevos que vivem em cidades interioranas tipicamente rurais realizam mais caminhadas e tem o hábito de saírem à rua para conversar com os vizinhos, o que os tornam mais ativos e com maior independência (2). Essa situação pode ter contribuído para menor prevalência de dificuldades para ABVDs em Brejo dos Santos. Por outro lado, nas pequenas cidades interioranas nordestinas, os idosos dependem mais de outras pessoas para realizar administração das finanças, pagamentos, compras e utilizar agências bancárias, tendo em vista que eles têm de se deslocar para cidades vizinhas para realizar essas atividades. Em contrapartida, em São Paulo, estudo do SABE com dez anos de seguimento, as atividades com maiores dificuldades relatadas foram o transporte, a execução de tarefas pesadas e o manejo das finanças (15).

O sexo feminino foi independentemente associado a limitações funcionais, corroborando resultados da literatura (2,14,16–18). As idosas longevas de Brejo dos Santos apresentaram cerca de 3 vezes mais chances de ter dificuldades para realizar ABVDs, enquanto as longevas de São Paulo apresentaram cerca de 3 vezes mais chances de ter dificuldades para realizar AIVDs do que os homens. A maior fragilidade feminina pode ser explicada pelo fato de que algumas doenças são mais incapacitantes para as mulheres e letais para os homens. Além disso, a incapacidade funcional pode ser considerada fator de risco para a mortalidade masculina (19) e, apesar dos homens possuírem menor expectativa de vida, aqueles que atingem a idade mais avançada são mais saudáveis (20). Neste trabalho, foi evidenciado que os longevos com companheiro(a) têm menos dificuldades para realizar as AIVDs, achado que já havia sido evidenciado entre idosos atendidos em uma ESF em Montes Claros-MG (18).

Dentre os fatores socioeconômico-demográficos, a idade apresentou associação positiva com comprometimento da CF em ambos os grupos, corroborando achados anteriores da literatura. Em um estudo envolvendo idosos residentes em área rural do sudeste da Polônia, foi constatada uma forte associação entre limitações para ABVDs e AIVDs e a idade mais avançada (21). Os idosos irlandeses com 80 anos ou mais desenvolveram aproximadamente quatro vezes mais chance de ter dificuldade para ABVDs e seis vezes mais para AIVDs (22). Com o passar dos anos, portanto, acentua-se o declínio funcional.

Em São Paulo, verificou-se que a não escolarização é um fator de exposição para declínio da CF. A escolaridade contribui para melhor compreensão de diagnósticos médicos e cuidados com a saúde contribuindo para a qualidade de vida das pessoas e nessa faixa etária pode estar fortemente relacionada com a preservação da CF (6). Esta associação não foi observada entre os longevos de Brejo dos Santos e este fato pode ser devido à falta de variabilidade na população, tendo em vista que poucos tiveram acesso à educação formal na cidade paraibana.

A variável renda se mostrou um fator independentemente associado a dificuldade para AIVDs entre os longevos de São Paulo. Esse dado vai de encontro com estudo com longevos brasileiros em que se sugeriu que os idosos oriundos do meio rural, com baixo nível socioeconômico possuíam maiores chances de desenvolver declínio funcional do que aqueles oriundos do meio urbano, com renda e acesso a informações. Embora a baixa condição econômica dos longevos seja um desafio nacional, uma boa condição econômica permite acesso às informações e a serviços de saúde de qualidade, resultando em uma vida mais saudável (14). No presente estudo, longevos de Brejo dos Santos que vivenciaram insuficiência alimentar até os 15 anos de vida apresentaram 2,18 vezes mais dificuldade para ABVDs e condições socioeconômicas desfavoráveis durante a infância podem prejudicar a saúde na vida adulta e repercutir em condições que podem persistir até o envelhecimento (23).

Os longevos deste estudo acometidos por acidente vascular encefálico (AVE) apresentaram mais dificuldades para ABVDs, sendo um fator independentemente associado entre os longevos de Brejo dos Santos. Em estudo realizado com longevos chineses com 80 anos ou mais, ficou constatado que o acometimento por AVE foi um dos principais fatores de risco para declínio da CF para AVDs (24). Após um AVE, os idosos podem apresentar sequelas limitantes e a recuperação funcional para AVDs em idosos com idade de 85 anos ou mais, pode ser mais

difícil que nos demais grupos etários. As atividades de reabilitação para recuperação funcional para AVDs são necessárias para preservar as habilidades remanescentes (25).

A doença articular foi associada pela análise de regressão múltipla às dificuldades para ABVDs entre os longevos que vivem em Brejo dos Santos. O diagnóstico de osteoartrose (OA) de membros inferiores está fortemente relacionado à capacidade de realizar AVDs em idosos, visto que a degeneração articular na OA resulta em dor, que por sua vez leva à rigidez e restrição do movimento. O diagnóstico clínico de OA de quadril ou de joelho está associado às dificuldades na mobilidade, capacidade de autocuidado e atividades cotidianas (26). Por essa razão, é necessário realizar a avaliação funcional e intervenções correspondentes para evitar o agravamento do declínio funcional em indivíduos com OA (26). Outro estudo apontou maior prevalência de limitações em atividades atribuíveis à artrite entre residentes rurais americanos, sendo que intervenções direcionadas para redução da dor podem aumentar a funcionalidade e qualidade de vida desses indivíduos de acordo com os autores (27).

Na população de São Paulo, a análise bivariada apontou associação positiva entre ter diagnóstico de osteoporose e dificuldades para ABVDs. Em inquérito de base populacional realizado com idosos na Áustria, verificou-se a osteoporose aumentou em 45% a chance de limitação para ABVDs mais intensas e em 37% para as AIVDs mais leves (28); sendo necessárias intervenções complexas para melhorar a funcionalidade (29).

A associação entre declínio funcional e presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) está documentada em pesquisas recentes (16,17,21). Neste estudo, os longevos de Brejo dos Santos que possuíam uma DCNT apresentaram 5,29 vezes mais chance de ter dificuldades para realizar as AIVDs, enquanto os que possuíam duas ou mais DCNT desenvolveram 4,96 vezes mais chances para dificuldades para as AIVDs. Esses valores são superiores aos encontrados em estudo semelhante feito na Polônia, em que os idosos residentes em área rural com doenças crônicas apresentaram 1,18 vezes mais chance de ter dificuldades para AIVDs (21). Em estudo longitudinal realizado com longevos chineses de 80 anos ou mais, ficou constatado que múltiplas morbidades podem causar mais incapacidades ao longo do tempo (24). A quantidade de condições crônicas em longevos com 80 anos ou mais apresenta associação com limitações para AIVDs e achados evidenciam a necessidade de prevenção de condições crônicas para melhoria da CF durante o processo de envelhecimento (17).

Os idosos comumente são acometidos por um maior número de DCNT e isso pode resultar em polifarmácia e comprometimento funcional (30). Medicamentos podem ou não contribuir tanto para a manutenção da CF, sendo necessária uma boa avaliação de benefício-risco para prescrição e uso racional (31). A polifarmácia é um fator associado a pior CF que é de natureza prevenível e ações que promovam o uso racional de medicamentos podem contribuir para a redução das taxas de prevalência de dependência funcional e melhorar a saúde e a qualidade de vida de idosos longevos (14).

Os dois grupos de longevos vivenciaram realidades diferentes no decorrer da vida e provavelmente os longevos de Brejo dos Santos só tiveram acesso de serviços de saúde em um período posterior em relação aos longevos paulistas. Isso poderia explicar o fato de o número de doenças crônicas ter sido uma variável independentemente associada ao declínio funcional apenas entre os longevos nordestinos, tendo em vista que ao longo da vida eles podem ter tido menor acesso a ações preventivas de saúde. Estudo recente sugeriu que houve transformações socioeconômicas, de oferta e complexidade de serviços de saúde entre as regiões brasileiras entre 2000 e 2016. No Nordeste houve a melhoria no perfil de desenvolvimento socioeconômico e da oferta de serviços. Porém esses avanços se concentraram em poucos municípios, visto que os investimentos e a expansão de atividades econômicas mantiveram a tendência histórica de concentração nas capitais e em tradicionais polos regionais (32). Foram evidenciadas desigualdades geográficas na utilização de serviços de saúde que datam desde antes da criação do sistema único de saúde (SUS), sobretudo entre as regiões Nordeste e Sudeste. Apesar da redução dessas desigualdades, a região Sudeste apresenta desempenho superior à região Nordeste (33). Estudo demonstrou maior prevalência de consultas médicas em idosos com incapacidade funcional apenas na região Sul no ano de 2005, o que sugere que na região Nordeste esses idosos tinham menor acesso à unidades básicas de saúde. Além disso, constatou-se o menor uso de consultas médicas após os 80 anos de idade (34). No entanto, o presente estudo não obteve associação positiva entre dificuldade de acesso a serviços de saúde e dificuldade para ABVDs e AIVDs em nenhum dos grupos.

Neste estudo, o baixo peso e o excesso de peso apresentaram associação positiva e independente com dificuldades para ABVDs entre os idosos de Brejo dos Santos, corroborando achados da literatura (35,36). Em um estudo longitudinal, por exemplo, envolvendo idosos de Cingapura em que se avaliou a associação entre o IMC e anos de vida remanescentes com e sem

limitação para ABVDs e AIVDs, ficou constatado que idosos com obesidade apresentaram 6,3 mais anos com limitação funcional em comparação com os que tinham peso normal. Enquanto que aqueles com pré-obesidade desenvolveram 3,7 anos a mais com limitação funcional (37). A crescente prevalência global da obesidade pode resultar em um aumento nos anos de vida com limitação na função física e para ABVDs e AIVDs em idades mais avançadas (37).

O presente estudo apresenta dificuldades decorrentes de estudos transversais, pois, apesar de terem sido observadas associações entre as variáveis e a CF, não é possível apreender relações temporais entre elas e realizar medidas diretas de risco. Além disso, foram utilizados dados autorreferidos e o auxílio por informante substituto para os longevos com declínio cognitivo podem ter contribuído para gerar vieses devido a falhas decorrentes desse tipo de informação. Tais limitações, entretanto, não comprometem os resultados deste estudo, uma vez que os procedimentos metodológicos utilizados foram suficientes para alcançar o objetivo proposto.

## **CONCLUSÃO**

Este trabalho evidenciou que desigualdades socioeconômicas no Brasil influenciam a capacidade em idosos longevos com 80 anos ou mais. No grupo de longevos que vivem em uma metrópole, a renda se associou independentemente ao desenvolvimento de dificuldades para AIVDs. Restrições financeiras e a pobreza subjetiva podem favorecer o desenvolvimento de limitação funcional entre longevos de grandes centros urbanos. Em uma comunidade do nordeste brasileiro em que há pouca variabilidade em relação a tais condições já que os idosos são majoritariamente pobres e iletrados, o peso inadequado, ter tido acidente vascular encefálico e doença articular foram fatores independentemente associados às limitações para ABVDs, enquanto a presença de doenças crônicas foi associada às dificuldades para AIVDs.

## REFERÊNCIAS

1. Liberalesso TEM, Dallazen F, Bandeira VAC, Berlezi EM. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. *Saúde em debate*. 2017; 41 (113): 553–62.
2. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Lina EFP, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 2010; 14 (4): 322-9.
3. World Health Organization. *World report on ageing and health*. World Health Organization; 2015. 246 p.
4. Knappe MFL, do Espírito Santo ACG, Leal MCC, Marques APO. Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos: uma revisão integrativa. *Geriatrics Gerontology Aging*. 2015; 9 (2): 66–70.
5. Del Duca GF, Hallal PC, Nahas MV, da Silva MC, da Silva KS. Aspectos comportamentais e de saúde associados à incapacidade funcional em idosos: estudo de base populacional. *Journal of Physical Education*. 2009; 20 (4): 577-85.
6. Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Tallmann AEC, Neu DKM. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2012; 33 (2): 176–85.
7. Weller M, Tanieri M, Pereira JC, Almeida EDS, Kok F, Santos S. Consanguineous unions and the burden of disability: a population-based study in communities of Northeastern Brazil. *American Journal of Human Biology*. 2012; 24 (6): 835-40.
8. Lebrão ML, Duarte YAO. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. *Organização Pan-Americana Da Saúde*; 2003. 255 p.
9. Lebrão ML, Duarte YAO. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005; 8 (2): 127-41.
10. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*. 1963; 185: 914–9.
11. Lawton MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*. 1982; 37 (1): 91–9.
12. Duarte YA de O, de Oliveira Duarte YA, de Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007; 41 (2): 317–25.

13. Roediger MA, Marucci MFN, Latorre MRDO, Hearst N, Oliveira CM, Duarte YAO. Validation, reliability and operational equivalency of the nutritional screening method “Determine The Nutritional Health Of The Elderly.” *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2018; 21 (3): 272–82.
14. Lenardt MH, Carneiro NHK. Associação entre as Características Sociodemográficas e a Capacidade Funcional de Idosos Longevos da Comunidade. *Cogitare Enfermagem*. 2013; 18 (1): 13-20.
15. Nunes DP, Brito TRP de, Giacomini KC, Duarte YAO, Lebrão ML. Performance pattern of activities of daily living for older adults in the city of São Paulo in 2000, 2006, and 2010. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019; 21 (2): e180019.
16. Nagarkar A, Kashikar Y. Predictors of functional disability with focus on activities of daily living: A community based follow-up study in older adults in India. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2017; 69: 151–5.
17. Su P, Ding H, Zhang W, Duan G, Yang Y, Chen R, et al. The association of multimorbidity and disability in a community-based sample of elderly aged 80 or older in Shanghai, China. *BMC Geriatrics*. 2016; 16: 178.
18. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 19 (8): 3317–25.
19. Kingston A, Davies K, Collerton J, Robinson L, Duncan R, Bond J, et al. The contribution of diseases to the male-female disability-survival paradox in the very old: results from the Newcastle 85+ study. *PLoS ONE*. 2014; 9 (2): e88016.
20. Zhang T, Shi W, Huang Z, Gao D, Guo Z, Chongsuvivatwong V. Gender and ethnic health disparities among the elderly in rural Guangxi, China: estimating quality-adjusted life expectancy. *Global Health Action*. 2016; 9: 32261.
21. Ćwirlej-Sozańska AB, Sozański B, Wiśniowska-Szurlej A, Wilmowska-Pietruszyńska A. An assessment of factors related to disability in ADL and IADL in elderly inhabitants of rural areas of south-eastern Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2018; 25 (3): 504-11.
22. Connolly D, Garvey J, McKee G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). *Disability and Rehabilitation*. 2017; 39 (8): 809–16.
23. Tampubolon G. Growing Up in Poverty, Growing Old in Infirmary: The Long Arm of Childhood Conditions in Great Britain . *PLoS ONE*. 2015; 10 (12): e0144722.
24. Hou C, Ping Z, Yang K, Chen S, Liu X, Li H, et al. Trends of Activities of Daily Living

- Disability Situation and Association with Chronic Conditions among Elderly Aged 80 Years and Over in China. *Journal of Nutrition and Health Aging*. 2018; 22 (3): 439-45.
25. Mutai H, Furukawa T, Wakabayashi A, Suzuki A, Hanihara T. Functional outcomes of inpatient rehabilitation in very elderly patients with stroke: differences across three age groups. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2018; 25 (4): 269–75.
  26. Clynes MA, Jameson KA, Edwards MH, Cooper C, Dennison EM. Impact of osteoarthritis on activities of daily living: does joint site matter? *Aging Clinical and Experimental Research*. 2019; 31 (8): 1049–56.
  27. Boring MA, Hootman JM, Liu Y, Theis KA, Murphy LB, Barbour KE, et al. Prevalence of Arthritis and Arthritis-Attributable Activity Limitation by Urban-Rural County Classification - United States, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2017; 66 (20): 527–32.
  28. Stamm TA, Pieber K, Crevenna R, Dorner TE. Impairment in the activities of daily living in older adults with and without osteoporosis, osteoarthritis and chronic back pain: a secondary analysis of population-based health survey data. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2016; 17:139.
  29. Stamm TA, Pieber K, Blasche G, Dorner TE. Health care utilisation in subjects with osteoarthritis, chronic back pain and osteoporosis aged 65 years and more: mediating effects of limitations in activities of daily living, pain intensity and mental diseases. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2014; 164 (7-8): 160–6.
  30. Bahat G, Tufan F, Bahat Z, Tufan A, Aydin Y, Akpınar TS, et al. Comorbidities, polypharmacy, functionality and nutritional status in Turkish community-dwelling female elderly. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2014; 26 (3): 255-9.
  31. Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2012; 15 (4): 817-27.
  32. Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22 (4): 1055–64.
  33. Assis MMA, de Jesus WLA. Acesso aos Serviços de Saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17 (11): 2865–75.
  34. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43 (4): 604–12.
  35. Su P, Ding H, Zhang W, Duan G, Yang Y, Long J, et al. Joint Association of Obesity and

Hypertension with Disability in the Elderly: A Community-Based Study of Residents in Shanghai, China. *Journal of Nutrition and Health Aging*. 2017; 21 (4): 362-9.

36. Danielewicz AL, Barbosa AR, Del Duca GF. Nutritional status, physical performance and functional capacity in an elderly population in southern Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2014; 60 (3): 242–8.
37. Tareque MI, Saito Y, Chan A, Visaria A, Ma S, Malhotra R. Years of life with and without limitation in physical function and in activities of daily living by body mass index among older adults. *International Journal of Obesity*. 2019.

## 4.2. ARTIGO 2

**Capacidade funcional associada a fatores socioeconômico-demográficos,  
aspectos psicossociais e redes de apoio social em idosos longevos do sertão da  
Paraíba e da cidade de São Paulo: um estudo comparativo**

**RESUMO**

**Introdução:** Durante o envelhecimento há um risco crescente de declínios na capacidade funcional (CF). Entre os longevos, a prevalência de incapacidades é maior que em outros grupos e pode ser considerado um fator preditor de mortalidade. **Objetivo:** Avaliar a associação entre fatores socioeconômico-demográficos, aspectos psicossociais e redes de apoio sob à CF em idosos longevos de duas populações, sendo a primeira pertencente a região Nordeste e outra advinda do Sudeste. **Método:** Estudo transversal em que foram entrevistados 417 idosos com 80 anos ou mais, com dados coletados através do inquérito “Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE” realizado em duas cidades brasileiras. A CF foi avaliada por meio dos Índices de Katz e Lawton através do relato de necessidade de auxílio nas atividades básicas de vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Foram realizadas análise bivariada e multivariada através do *software* estatístico “R”. **Resultados:** Entre os longevos de Brejo dos Santos, 68,5% afirmaram ter independência para ABVDs e 87,2% foram dependentes para AIVDs. Entre os longevos de São Paulo, 72,6% afirmaram ter independência para ABVDs, enquanto 70% foram dependentes para AIVDs. Nos modelos de regressão logística múltipla, o estado marital esteve independentemente associado a dependência para ABVDs e AIVDs, enquanto ser mulher esteve independentemente associado a dependência para AIVDs entre os longevos de Brejo dos Santos. Na amostra de longevos de São Paulo, baixa renda e pior percepção da saúde foram fatores associados à dependência para ABVDs; e grupo etário e baixa renda foram independentemente associados à dependência para AIVDs. **Conclusão:** Em Brejo dos Santos, ficou evidente que o estado marital parece fortalecer o apoio funcional e pode diminuir as chances de desenvolvimento de declínio funcional nessa população. No grupo de longevos de São Paulo, a idade de 90 anos ou mais influenciou para mais dificuldades para AIVDs. Assim como, restrições financeiras e a existência de necessidades não satisfeitas podem favorecer o desenvolvimento de dificuldades para ABVDs e AIVDs entre esses longevos. A pior percepção da saúde contribuiu para mais dificuldades para ABVDs, sugere-se que a detecção de sintomas prejudiciais à saúde mental é importante a fim de amenizar dependência funcional.

**Palavras-chave:** Atividades cotidianas; /psicologia; Apoio Social; Envelhecimento; Longevidade; Saúde do Idoso;

**Functional capacity associated with socioeconomic-demographic factors,  
psychosocial aspects and social support networks in long-lived elderly people  
in Paraíba backlands and São Paulo city: a comparative study**

**ABSTRACT**

**Introduction:** During aging there is an increasing risk of declines in functional capacity (FC). Among the oldest old, the prevalence of disability is higher than in other groups and can be considered a predictor of mortality. **Objective:** To evaluate the association between socioeconomic-demographic factors, psychosocial aspects and support networks under FC in long-lived elderly of two populations, the first belonging to northeast region and the other from southeast region. **Method:** Cross-sectional study in which 417 elderly aged 80 years or older were interviewed, with data collected through the survey “Health, Welfare and Aging - SABE” conducted in two Brazilian cities. The FC was evaluated by reporting the need for assistance in activities of daily living (ADLs) and instrumental activities of daily living (IADLs). Bivariate and multivariate analysis were performed using the statistical software "R". **Conclusão:** Em Brejo dos Santos, ficou evidente que o estado marital parece fortalecer o apoio funcional e pode diminuir as chances de desenvolvimento de declínio funcional nessa população. No grupo de longevos de São Paulo, a idade de 90 anos ou mais influenciou para mais dificuldades para AIVDs. Assim como, restrições financeiras e a existência de necessidades não satisfeitas podem favorecer o desenvolvimento de dificuldades para ABVDs e AIVDs entre esses longevos. A pior percepção da saúde contribuiu para mais dificuldades para ABVDs, sugere-se que a detecção de sintomas prejudiciais à saúde mental é importante a fim de amenizar dependência funcional. **Results:** Among the sample of Brejo dos Santos, 68.5% said they had independence for ADLs and 87.2% were dependent for IADLs. Among the urban long-lived, 72.6% said they had independence for ABVDs, while 70% were dependent on IADLs. In multiple logistic regression models, marital status was independently associated with disability for ADLs and IADLs, while being a woman was independently associated with disability for IADLs among the oldest old from Brejo dos Santos. In the sample of São Paulo, low income and worse health perception were factors associated with dependence on ADLs; age and low income was independently associated with dependence on IADLs. **Conclusion:** In Brejo dos Santos, it was evident that marital status seems to strengthen functional support and may decrease the chances of developing functional decline in this population. In São Paulo, the age of 90 years or older influenced more disability for IADLs. As well as financial constraints and unmet needs may favor the development of difficulties for ADLs and IADLs among these long-lived individuals. The poorer perception of health contributed to more difficulties for ADLs, it is suggested that the detection of symptoms detrimental to mental health is important in order to alleviate functional dependence.

**Keywords:** Activities of daily living; /psychology; Social Support; Aging; Longevity; Health of the Elderly.

## INTRODUÇÃO

Durante o processo de envelhecimento há um risco crescente de declínios na capacidade funcional (CF), especialmente na idade mais avançada. A CF pode ser definida como a condição que o idoso possui de viver de forma independente e de se relacionar em seu meio, a qual, por sua vez, resulta da interação de fatores multidimensionais (1-2). A dependência resultante da limitação funcional restringe o idoso e sua família, levando a uma maior demanda de necessidade de cuidados e de serviços de saúde para auxiliar com as Atividades de Vida Diária (AVDs) (3).

As AVDs se dividem em atividades básicas de vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). As ABVDs estão ligadas ao autocuidado do indivíduo, como se alimentar, banhar-se e se vestir. Já as AIVDs englobam tarefas mais relacionadas à participação social do sujeito, como realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte (4). O desempenho funcional em pessoas com 80 anos ou mais é um forte preditor de mortalidade, hospitalização e incapacidades (5).

A OMS (6) descreve o envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da CF, permitindo aos indivíduos que sejam ou façam o que valorizam. Se, ao contrário, esses anos são tomados por declínios na capacidade física e mental, existirão implicações negativas para as pessoas mais velhas bem como para toda a sociedade. Disso decorre o interesse por investigações sobre os fatores que contribuem para que indivíduos superem a expectativa de vida em sua geração com qualidade e independência (7). Busca-se, assim, entender os determinantes do envelhecimento bem sucedido como, por exemplo, o acesso aos serviços sociais e de saúde, os fatores comportamentais (estilos de vida), pessoais (genéticos, hereditários e de personalidade), ambientais, sociais e econômicos (8).

Neste trabalho, o objetivo foi realizar uma comparação entre duas populações de idosos longevos, uma que vive em uma cidade interiorana da região do Nordeste, no sertão da Paraíba, e outra que vive em um dos maiores centros urbanos do Sudeste, com a finalidade de avaliar como a situação socioeconômico-demográfica, os aspectos psicossociais e redes de apoio influenciam na CF desses idosos. Nas cidades interioranas com uma dinâmica tipicamente rural com menor porte e pobres do nordeste brasileiro, como Brejo dos Santos, há elevada prevalência de casamentos consanguíneos associada com efeito de fundador (9), o que reduz a variabilidade genética da população. Além disso, essas comunidades apresentam maior homogeneidade em relação à renda e estilo de vida quando comparadas às populações que vivem em grandes centros

urbanos, como São Paulo. De que maneira essas condições diferenciadas influenciam na CF de idosos longevos?

## **MÉTODOS**

Este é um estudo transversal, analítico com abordagem quantitativa em que foram avaliados dados de idosos com 80 anos ou mais residentes em Brejo dos Santos/PB e São Paulo/SP. As informações foram coletadas por meio de formulário do Estudo Saúde Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) (10-11) administrado por entrevistadores treinados e conduzida nos domicílios dos idosos. Em Brejo dos Santos-PB, a coleta de dados ocorreu em maio de 2017 e em São Paulo-SP aconteceu entre março e junho de 2016.

Ao concordarem, os participantes tiveram esclarecimento quanto aos objetivos do estudo e a aplicação dos instrumentos de coleta de dados só foi realizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa maior da qual o estudo SABE-PB faz parte foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (Parecer 2067818). O estudo SABE-SP foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública/USP-SP (Parecer 2044).

A população de Brejo dos Santos (PB) foi constituída por 179 idosos com idade de 80 anos ou mais, residentes no município de Brejo dos Santos/PB, Brasil, pertencentes ao universo de 188 listados junto a Secretaria Municipal de Saúde. Foram considerados critérios de inclusão: homens e mulheres, com 80 anos ou mais e residentes do município. As perdas foram recorrentes de recusas, migração para outra cidade e outros motivos (4,9%). Neste estudo, foram incluídos todos os idosos longevos do município na pesquisa.

Os idosos residentes na cidade de São Paulo foram selecionados por meio de uma amostra probabilística representativa da população urbana com 60 anos ou mais. Uma descrição detalhada do desenho do estudo SABE e processo de amostragem foi publicado anteriormente (10,11). Para esta análise transversal, a amostra se restringiu a 238 idosos com 80 anos ou mais que participaram da quarta coorte SABE com dados colhidos a partir de 2015.

A variável dependente foi a CF e foi avaliada através do relato de necessidade de ajuda nas ABVDs (12) e AIVDs (13). Os idosos foram questionados se receberam ajuda para fazer as atividades e as opções de resposta foram: “sim” e “não”. Dessa forma, os participantes foram classificados como independentes quando responderam que não e dependentes quando

respondiam que sim e reportavam receber auxílio em pelo menos uma das atividades. No caso dos idosos com quadros sugestivos de déficit cognitivo após avaliação com Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (14), as perguntas foram respondidas por um informante auxiliar para que a confiabilidade dos resultados obtidos não fosse prejudicada.

As variáveis independentes abrangeram fatores sociodemográficos, condição de saúde e aspectos psicossociais, sendo selecionadas as seguintes: sexo (feminino e masculino), idade (categorizada em 80 a 89 anos e 90 anos ou mais), estado marital (com parceiro(a) aqueles que eram casados e amasiados, e sem parceiro(a): viúvos, divorciados, separados e solteiros), letramento (sim para aqueles que foram a escola e sabiam ler, e não para aqueles que não correspondiam a esses dois critérios), renda ( $\leq$  1 salário mínimo e  $>$  1 salário mínimo), suficiência de renda (se o idoso considera sua renda suficiente para suas despesas ou não), insuficiência alimentar até os 15 anos de idade (se o idoso vivenciou a falta de comida nos seus primeiros 15 anos de vida), autoavaliação da saúde (categorizada em boa, regular e ruim), bem estar subjetivo (melhor e pior) (15), satisfação global com a vida (maior e menor) (16), sintomas depressivos (sim e não) (17), solidão (sim e não), isolamento (sim e não), receber apoio social (sim e não), oferecer apoio social (sim e não), co residência (sim e não), convivência a maior parte do tempo (crianças e/ou adolescente, adultos e idosos) e número de integrantes da rede (apenas um, entre dois e quatro e cinco ou mais).

Algumas dessas variáveis são de caráter subjetivo e devido a isso não podem ser respondidas por informantes substitutos, dessa forma, optou-se por verificar os quadros demenciais e sugestivos de declínio cognitivo por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o qual é originalmente composto por questões agrupadas em sete categorias com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem, e capacidade construtiva visual (18).

Para processamento e análises, a fim de obter melhor consistência os dados foram tabulados no programa *Epidata 3.1* em dupla entrada. Após, foram analisados no *software* estatístico R (*R CORE TEAM*, 2018), constando de análises de regressão logística bivariada e múltipla dos dados. Na análise bivariada, empregaram-se os testes de qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher nos casos em que uma das frequências foi menor do que 5, e a medida de associação selecionada foi o *odds ratio* (OR). Para análise múltipla, o modelo inicial de regressão

logística foi obtido com todas as variáveis tomando-se como medida de associação o OR e intervalos de confiança a 95% (IC95%). As variáveis de ajuste que apresentaram  $p \leq 0,20$  no modelo inicial foram incluídas nas análises múltiplas finais e na interpretação dos resultados, considerou-se  $p < 0,05$  como indicativo de associação estatisticamente significativa.

## RESULTADOS

As populações de Brejo dos Santos e de São Paulo têm perfis sociodemográficos diferentes, como mostrado na Tabela 1. Em Brejo dos Santos, 54,7% dos 179 idosos longevos são do sexo feminino, tendo média de 85,47 anos ( $\pm 5,33$ ) com variação de 80 e 102 anos. Quanto ao estado marital, 49,7% dos idosos eram viúvos e a renda média é baixa, sendo que 67% recebem até um salário mínimo e 62% deles não eram letrados. Em São Paulo, há maior proporção de idosos longevos do sexo feminino, atingindo 70,6% da amostra de 238 idosos. A idade variou entre 80 e 101 anos, com média de 86,81 anos ( $\pm 4,73$ ) e 69,7% dos idosos eram viúvos. A maioria (58,1%) recebia mais de um salário mínimo e apenas 21,3% dos idosos não eram letrados (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição dos idosos segundo características socioeconômico-demográficas, psicossociais e de redes de apoio. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 (n=179) e São Paulo/SP, Brasil, 2015 (n=238).

Variáveis	SABE-PB		SABE-SP	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	98	54,7	168	70,6
Masculino	81	45,3	70	29,4
<b>Grupo etário</b>				
80 a 89 anos	141	78,8	173	72,7
90 anos ou mais	38	21,2	65	27,3
<b>Estado marital</b>				
Casado(a)	76	42,5	48	20,2
Amasiado(a)	1	0,6	2	0,8
Divorciado(a)/ Separado(a)	7	3,9	12	5,1
Viúvo(a)	89	49,7	166	69,7
Solteiro(a)	6	3,4	10	4,2
<b>Letramento</b>				
Sim	68	38	181	78,7
Não	111	62	49	21,3
<b>Insuficiência alimentar nos primeiros 15 anos de vida</b>				

Sim	67	41,4	33	14,8
Não	95	58,6	190	85,2
<b>Renda</b>				
≤ 1 salário mínimo	118	67	88	41,9
> 1 salário mínimo	58	33	122	58,1
<b>Suficiência de renda</b>				
Sim	108	61	135	60
Não	69	39	90	40
<b>Autoavaliação da saúde</b>				
Boa/muito boa	51	38,9	93	43,5
Regular	66	50,4	93	43,5
Ruim/muito ruim	14	10,7	28	13,1
<b>Bem-estar subjetivo</b>				
Pior	31	23,1	43	21,3
Melhor	103	76,9	159	78,7
<b>Satisfação global com a vida</b>				
Menor	18	12,9	43	19,2
Maior	122	87,1	181	80,8
<b>Sintomas depressivos</b>				
Sim	38	42,2	118	49,6
Não	52	57,8	120	50,4
<b>Diagnóstico de depressão</b>				
Sim	12	6,8	39	16,8
Não	165	93,2	193	83,2
<b>Medicamentos para depressão</b>				
Sim	7	3,95	29	78,4
Não	170	96,1	8	21,6
<b>Solidão</b>				
Sim	78	54,9	84	41,2
Não	64	45,1	120	58,8
<b>Isolamento</b>				
Sim	50	35,7	49	24
Não	90	64,3	155	76
<b>Recebe apoio social</b>				
Não	34	19	73	30,8
Sim	145	81	164	69,2
<b>Oferece apoio social</b>				
Não	41	22,9	95	40,1
Sim	138	77,1	142	59,9
<b>Co-residência</b>				
Não	25	14	62	26,6
Sim	154	86	171	73,4
<b>Arranjo domiciliar</b>				
Mora sozinho(a)	25	14	62	26,6
Somente cônjuge	37	20,7	29	12,4

Filhos	45	25,1	64	27,5
Filhos e netos	32	17,9	41	17,6
Outros arranjos	40	22,3	37	15,9
<b>Convivência a maior parte do tempo</b>				
Mora sozinho(a)	3	1,9	75	32,5
Crianças e/ou adolescentes	7	4,5	12	5,2
Idosos	83	53,2	77	33,3
Adultos	63	40,4	67	29
<b>Nº de integrantes da rede</b>				
Sozinho(a)	25	14	62	26,6
Entre 2 e 4	130	72,6	144	61,8
5 ou mais	24	13,4	27	11,6
<b>Dependência para ABVDs</b>				
Sim	56	31,5	65	27,4
Não	122	68,5	172	72,6
<b>Dependência para AIVDs</b>				
Sim	156	87,2	166	70
Não	23	12,8	71	30

SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento; ABVDs: atividades básicas de vida diária; AIVDs: atividades instrumentais de vida diária.

A Tabela 2 apresenta a comparação entre a dependência de idosos longevos de Brejo dos Santos (PB) e São Paulo (SP) em relação a quantidade de ABVDs e AIVDs que recebiam ajuda. A maioria dos idosos longevos em ambas as populações não pontuaram nenhuma ABVD com dependência (69,3% em Brejo dos Santos e 79,9% em São Paulo). Em relação AIVDs, na Paraíba, 17,6% dos idosos longevos eram dependentes para duas atividades. Em São Paulo, entre os idosos com dependência para AIVDs, a maioria (17,9%) relatou receber auxílio para sete atividades. Isso demonstra que os longevos paulistas possuem dependência para maior número de atividades, em comparação aos longevos de Brejo dos Santos.

**Tabela 2.** Distribuição dos longevos quanto o número de ABVDs e AIVDs em que relataram que recebiam ajuda. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015

Quantidade de atividades com auxílio	ABVDs				AIVDs			
	SABE - PB		SABE-SP		SABE - PB		SABE-SP	
	n	%	n	%	N	%	n	%
0	122	69,3	171	79,9	23	15	63	29,2
1	12	6,8	9	4,2	25	16,3	24	11,1
2	7	4	10	4,7	27	17,6	28	13

3	5	2,8	3	1,4	13	8,5	10	4,6
4	6	3,4	4	1,9	16	10,5	19	8,8
5	5	2,8	4	1,9	11	7,2	14	6,5
6	10	5,7	6	2,8	20	13,1	21	9,7
7	9	5,1	7	3,3	18	11,8	37	17,1

Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. ABVDs: atividades básicas de vida diária; AIVDs: atividades instrumentais de vida diária.

A associação entre as características socioeconômico-demográficas, psicossociais e de redes de apoio com as ABVDs foi apresentada na Tabela 3. Observou-se que, na amostra de São Paulo, houve diferença significativa para a maior parte das variáveis analisadas, o que não ocorreu na população de Brejo dos Santos. Por exemplo, em relação aos aspectos econômicos, a maioria dos idosos que vivem no sertão da Paraíba recebem aposentadoria de um salário mínimo e eles se sentem relativamente satisfeitos com essa renda; não tendo sido observada associação desses fatores com CF como ocorreu com a amostra de São Paulo. Por outro lado, em Brejo dos Santos, foi observada associação da CF com insuficiência alimentar até os 15 anos de vida e estado marital, aspectos não observados em São Paulo.

A maior parte das variáveis psicossociais não mostraram associação com dependência para ABVDs na população de Brejo dos Santos quando comparada à de São Paulo como, por exemplo, bem-estar subjetivo, sintomas depressivos ou sentimento de solidão. Por outro lado, algumas variáveis como arranjo familiar, co-residência e ter apoio social mostraram associação em ambas as populações investigadas, evidenciando a relação entre a rede de apoio ao idoso e sua capacidade de realizar ABVDs.

**Tabela 3.** Análise bivariada das variáveis socioeconômico-demográficas, aspectos psicossociais e redes de apoio com dependência para ABVDs. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.

Variáveis	Dependência para ABVDs									
	SABE-PB					SABE-SP				
	Sim N(%)	Não N(%)	OR bruto	IC 95%	<i>p</i>	Sim N(%)	Não N(%)	OR bruto	IC 95%	<i>p</i>
<b>Sexo</b>					<b>0,04</b>					<b>0,011</b>
Feminino	37(20,79)	61(34,27)	1,94	1,009-3,75		54(22,78)	114(48,1)	2,49	1,21-5,13	
Masculino	19(10,67)	61(34,27)	1	1		11(4,64)	58(24,47)	1	1	
<b>Grupo etário</b>					<b>0,006</b>					<b>&lt;0,001</b>
90 anos ou mais	19(10,67)	19(10,67)	2,78	1,33-5,82		31(13,08)	33(13,92)	3,84	2,07-7,11	
80-89 anos	37(20,79)	103(57,87)	1	1		34(14,35)	139(58,65)	1	1	

<b>Estado marital</b>					<b>0,04</b>					0,11
Sem parceiro(a)	38(21,35)	63(35,39)	1,97	1,018-3,84		56(23,63)	132(55,7)	1,88	0,85-4,14	
Com parceiro(a)	18(10,11)	59(33,15)	1	1		9(3,80)	40(16,88)	1	1	
<b>Letramento</b>					0,14					<b>&lt;0,001</b>
Não	39(21,91)	71(39,89)	1,64	0,84-3,23		22(9,61)	27(11,79)	3,25	1,66-6,37	
Sim	17(9,55)	51(28,65)	1	1		36(15,72)	144(62,88)	1	1	
<b>Renda</b>					0,1					<b>&lt;0,001</b>
≤ 1 salário mínimo	33(18,86)	85(48,57)	0,57	0,29-1,11		35(16,67)	53(25,24)	3,36	1,77-6,39	
> 1 salário mínimo	23(13,14)	34(19,43)	1	1		20(9,52)	102(48,57)	1	1	
<b>Suficiência de renda</b>					0,41					<b>0,007</b>
Não	24(13,64)	45(25,57)	1,3	0,68-2,50		31(13,78)	59(26,22)	2,31	1,25-4,27	
Sim	31(17,61)	76(43,18)	1	1		25(11,11)	110(48,89)	1	1	
<b>Insuficiência alimentar até os 15 anos de vida</b>					<b>0,02</b>					0,51
Sim	24(14,91)	43(26,71)	2,2	1,08-4,47		9(4,04)	24(10,76)	1,32	0,57-3,05	
Não	19(11,80)	75(46,58)	1	1		42(18,83)	148(66,37)	1	1	
<b>Autoavaliação de saúde</b>					0,34					<b>0,012</b>
Ruim	2(1,54)	12(9,23)	1,5	0,26-8,71		12(5,61)	16(7,48)	3,61	1,44-9,08	
Regular	13(10)	53(40,77)	2,21	0,73-6,67		15(7,01)	78(36,45)	0,93	0,43-2	
Boa	5(3,85)	45(34,62)	1	1		16(7,48)	77(35,98)	1	1	
<b>Bem-estar subjetivo</b>					0,19					<b>&lt;0,001</b>
Pior	8(6,02)	23(17,29)	1,87	0,71-4,90		17(8,42)	26(12,87)	5,12	2,33-11,21	
Melhor	16(12,03)	86(64,66)	1	1		18(8,91)	141(69,8)	1	1	
<b>SGV</b>					0,68					<b>0,009</b>
Menor	4(2,88)	14(10,07)	1,28	0,38-4,28		17(7,59)	26(11,61)	2,54	1,25-5,17	
Maior	22(15,83)	99(71,22)	1	1		37(16,52)	144(64,29)	1	1	
<b>Sintomas depressivos</b>					0,62					<b>0,03</b>
Sim	5(5,62)	33(37,08)	1,39	0,37-5,20		12(7,1)	37(21,89)	2,45	1,04-5,78	
Não	5(5,62)	46(51,69)	1	1		14(8,28)	106(62,72)	1	1	
<b>Solidão</b>					0,94					<b>0,035</b>
Sim	14(9,93)	64(45,39)	1,03	0,43-2,46		20(9,80)	64(31,37)	2,18	1,04-4,57	
Não	11(7,80)	52(36,88)	1	1		15(7,35)	105(51,47)	1	1	
<b>Isolamento</b>					0,64					<b>0,004</b>
Sim	10(7,19)	40(28,78)	1,23	0,50-2,99		15(7,35)	34(16,67)	2,97	1,38-6,41	
Não	15(10,79)	74(53,24)	1	1		20(9,80)	135(66,18)	1	1	
<b>Recebe apoio social</b>					<b>0,02</b>					<b>0,007</b>
Não	5(2,81)	28(15,73)	0,32	0,12-0,90		11(4,66)	61(25,85)	0,37	0,18-0,77	
Sim	51(28,65)	94(52,81)	1	1		53(22,46)	111(47,03)	1	1	
<b>Oferece apoio social</b>					0,58					0,17
Não	14(7,87)	26(14,61)	1,23	0,58-2,59		30(12,71)	64(27,12)	1,48	0,83-2,66	
Sim	42(23,6)	96(53,93)	1	1		34(14,41)	108(45,76)	1	1	
<b>Co residência</b>					<b>0,008*</b>					<b>0,002</b>
Não	2(1,12)	22(12,36)	0,16	0,38-0,74		8(3,43)	54(23,18)	0,29	0,13-0,66	
Sim	54(30,34)	100(56,18)	1	1		57(24,46)	114(48,93)	1	1	
<b>Arranjo domiciliar</b>					<b>&lt;0,001</b>					<b>0,015</b>
Mora sozinho(a)	2(1,12)	22(12,36)	0,19	0,04-0,93		8(3,43)	54(23,18)	0,27	0,1-0,75	
Somente cônjuge	8(4,49)	29(16,29)	0,57	0,21-1,6		6(2,58)	23(9,87)	0,48	0,16-1,48	

Filhos	13(7,30)	32(17,98)	0,84	0,33-2,13	24(10,30)	40(17,17)	1,11	0,48-2,58
Filhos e netos	20(11,24)	12(6,74)	3,46	1,31-9,171	14(6,01)	27(11,59)	0,96	0,38-2,44
Outros arranjos	13(7,30)	27(15,17)	1	1	13(5,58)	24(10,3)	1	1
<b>Convivência a maior parte do tempo</b>							0,33	<b>&lt;0,001</b>
Mora sozinho(a)	0(0)	3(1,92)	-	-	6(2,60)	69(29,87)	0,11	0,04-0,3
Crianças e/ou adolescentes	2(1,28)	5(3,21)	0,61	0,11-3,38	4(1,73)	8(3,46)	0,66	0,18-2,39
Idosos	28(17,95)	55(35,26)	0,77	0,39-1,53	26(11,26)	51(22,08)	0,67	0,34-1,31
Adultos	25(16,03)	38(24,36)	1	1	29(12,55)	38(16,45)	1	1
<b>Nº de integrantes da rede</b>							<b>0,012</b>	<b>0,005</b>
Apenas 1	2(1,12)	22(12,36)	0,13	0,02-0,67	8(3,43)	54(23,18)	0,25	0,09-0,74
Entre 2 e 4	44(24,72)	86(48,31)	0,72	0,29-1,74	47(20,17)	97(41,63)	0,82	0,35-1,94
5 ou mais	10(5,62)	14(7,87)	1	1	10(4,29)	17(7,3)	1	1

\*Teste exato de Fischer. Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. ABVDs: atividades básicas de vida diária; SGV: satisfação global com a vida.

A análise de associação bivariada em relação às AIVDs foi apresentada na Tabela 4. Não foi verificada associação com sexo, autoavaliação da saúde, SVG, solidão e a rede de apoio social para ambas as populações estudadas. Apenas em Brejo dos Santos a dependência para as AIVDs mostrou associação com o estado marital, ou seja, quem tem companheiro é menos dependente; e com a insuficiência alimentar, sendo que os idosos que passaram fome na infância apresentam maior dependência. Para todas as outras variáveis psicossociais, houve verificada associação apenas na população de São Paulo, evidenciando perfis muito diferentes em relação aos fatores que influenciam a realização das AIVDs.

**Tabela 4.** Análise bivariada das variáveis socioeconômico-demográficas, aspectos psicossociais e redes de apoio com dependência para AIVDs. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.

Variáveis	Dependência para AIVDs									
	SABE-PB					SABE-SP				
	Sim N(%)	Não N(%)	OR bruto	IC 95%	<i>P</i>	Sim N(%)	Não N(%)	OR bruto	IC 95%	<i>P</i>
<b>Sexo</b>					0,52					0,46
Feminino	84(46,93)	14(7,82)	0,75	0,30-1,83		120(50,63)	48(20,25)	1,25	0,68-2,28	
Masculino	72(40,22)	9(5,03)	1	1		46(19,41)	23(9,7)	1	1	
<b>Idade</b>					<b>0,005*</b>					<b>&lt;0,001</b>
90 anos ou mais	38(21,23)	0(0,0)	1,19	1,11-1,28		58(24,47)	6(2,53)	5,81	2,37-14,23	
80-89 anos	118(65,92)	23(12,85)	1	1		108(45,57)	65(27,43)	1	1	
<b>Estado marital</b>					<b>0,006</b>					0,81

Sem parceiro(a)	95(53,07)	7(3,91)	3,56	1,38-9,15	131(55,27)	57(24,05)	0,91	0,46-1,83
Com parceiro(a)	61(34,08)	16(8,94)	1	1	35(14,77)	14(5,91)	1	1
<b>Letramento</b>					0,13			<b>0,07</b>
Não	100(55,87)	11(6,15)	1,94	0,80-4,70	39(17,03)	10(4,37)	1,99	0,93-4,27
Sim	56(31,28)	12(6,7)	1	1	119(51,97)	61(26,64)	1	1
<b>Renda</b>					<b>0,03</b>			<b>&lt;0,001</b>
≤ 1 salário mínimo	99(56,25)	19(10,8)	0,28	0,08-1,0	72(34,29)	16(7,62)	3,23	1,68-6,19
> 1 salário mínimo	55(31,25)	3(1,7)	1	1	71(33,81)	51(24,29)	1	1
<b>Suficiência de renda</b>					0,63			<b>0,001</b>
Não	59(33,33)	10(5,65)	0,8	0,33-1,95	73(32,44)	17(7,56)	2,86	1,52-5,37
Sim	95(53,67)	13(7,34)	1	1	81(36)	54(24)	1	1
<b>Insuficiência alimentar até os 15 anos de vida</b>					<b>0,012</b>			0,54
Sim	63(38,89)	4(2,47)	3,93	1,27-12,17	24(10,76)	9(4,04)	1,29	0,56-2,94
Não	76(46,91)	19(11,73)	1	1	128(57,40)	62(27,8)	1	1
<b>Autoavaliação de saúde</b>					0,36			0,13
Ruim	12(9,16)	2(1,53)	1,85	0,36-9,43	22(10,28)	37(17,29)	2,42	0,9-6,54
Regular	57(43,51)	9(6,87)	1,95	0,75-5,07	65(30,37)	28(13,08)	1,53	0,84-2,82
Boa	39(29,77)	12(9,16)	1	1	56(26,17)	37(17,29)	1	1
<b>Bem-estar subjetivo</b>					0,1			<b>0,01</b>
Pior	29(21,64)	2(1,49)	3,28	0,72-14,95	35(17,33)	8(3,96)	2,79	1,21-6,42
Melhor	84(62,69)	19(14,18)	1	1	97(48,02)	62(30,69)	1	1
<b>SGV</b>					0,51			0,091
Menor	16(11,43)	2(1,43)	1,66	0,35-7,78	34(15,18)	9(4,02)	1,96	0,88-4,36
Maior	101(72,14)	21(15)	1	1	119(53,12)	62(27,68)	1	1
<b>Sintomas depressivos</b>					0,39			<b>0,02</b>
Sim	32(35,56)	6(6,67)	1,6	0,54-4,73	38(22,49)	11(6,51)	2,46	1,15-5,29
Não	40(44,44)	12(13,33)	1	1	70(41,42)	50(29,59)	1	1
<b>Solidão</b>					0,37			0,2
Sim	64(45,07)	14(9,86)	0,65	0,25-1,67	59(28,92)	25(12,25)	1,46	0,80-2,66
Não	56(39,44)	8(5,63)	1	1	74(36,27)	46(22,55)	1	1
<b>Isolamento</b>					0,36			<b>0,006</b>
Sim	44(31,43)	6(4,29)	1,58	0,57-4,35	40(19,61)	9(4,41)	2,96	1,34-6,53
Não	74(52,86)	16(11,43)	1	1	93(45,59)	62(30,39)	1	1
<b>Recebe apoio social</b>					0,83			<b>&lt;0,001</b>
Não	30(16,76)	4(2,23)	1,13	0,35-3,57	39(16,53)	33(13,98)	0,35	0,19-0,64
Sim	126(70,39)	19(10,61)	1	1	126(53,39)	38(16,1)	1	1
<b>Oferece apoio social</b>					0,08			0,17
Não	39(21,79)	2(1,12)	3,5	0,78-15,60	61(25,85)	33(13,98)	0,67	0,38-1,18
Sim	117(65,36)	21(11,73)	1	1	104(44,07)	38(16,1)	1	1

<b>Co residência</b>					0,43					<b>&lt;0,001</b>
Não	23(12,85)	2(1,12)	1,81	0,39-8,27		31(13,30)	31(13,30)	0,29	0,16-0,54	
Sim	133(74,3)	21(11,73)	1	1		132(56,65)	39(16,74)	1	1	
<b>Arranjo domiciliar</b>					<b>0,002</b>					<b>&lt;0,001</b>
Mora sozinho(a)	23(12,85)	2(1,12)	0,93	0,14-6,01		31(13,30)	31(13,30)	0,19	0,07-0,53	
Somente cônjuge	27(15,08)	10(5,59)	0,22	0,05-0,87		20(8,58)	9(3,86)	0,43	0,13-1,39	
Filhos	37(20,67)	8(4,47)	0,37	0,09-1,53		46(19,74)	18(7,73)	0,49	0,18-1,39	
Filhos e netos	32(17,88)	0(0,0)	-	-		35(15,02)	6(2,58)	1,13	0,33-3,86	
Outros arranjos	37(20,67)	3(1,68)	1	1		31(13,30)	6(2,58)	1	1	
<b>Convivência a maior parte do tempo</b>					0,07					<b>&lt;0,001</b>
Mora sozinho(a)	2(1,28)	1(0,64)	0,17	0,01-2,25		36(15,58)	39(16,88)	0,22	0,1-0,47	
Crianças e/ou adolescentes	7(4,49)	0(0,0)	-	-		11(4,76)	1(0,43)	2,65	0,31-22,37	
Idosos	67(42,95)	16(10,26)	0,36	0,12-1,05		61(26,41)	16(6,93)	0,92	0,4-2,08	
Adultos	58(37,18)	5(3,21)	1	1		54(23,38)	13(5,63)	1	1	
<b>Nº de integrantes da rede</b>					0,51					<b>&lt;0,001</b>
Apenas 1	23(12,85)	2(1,12)	3,75	1,03-16,43		31(13,30)	31(13,30)	0,74	0,26-2,09	
Entre 2 e 4	111(62,01)	19(10,61)	2,23	0,77-8,27		110(47,21)	34(14,59)	0,23	0,08-0,68	
5 ou mais	22(12,29)	2(1,12)	1	1		22(9,44)	5(2,15)	1	1	

\*Teste exato de Fischer. Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. AIVDs: atividades instrumentais de vida diária. SGV: satisfação global com a vida.

Entre os idosos residentes de Brejo dos Santos, o sexo feminino apresentou associação inversa para dependência de AIVDs. E não ter parceiro piora a CF para as ABVDs e AIVDs. Entre os idosos residentes em São Paulo, ter renda inferior ou igual a um salário mínimo piora a CF para as ABVDs e AIVDs. A pior percepção da própria saúde é um fator de risco para dependência para ABVDs. No caso das AIVDs, ter 90 anos ou mais aumenta a dependência dos idosos longevos (Tabela 5).

**Tabela 5.** Modelo de regressão logística múltipla para associação entre características socioeconômico-demográficas, psicossociais e redes de apoio sobre a capacidade funcional de idosos longevos. Estudo SABE, Brejo dos Santos/PB, Brasil, 2017 e São Paulo/SP, Brasil, 2015.

Variáveis	Dependência							
	ABVDs				AIVDs			
	SABE-PB		SABE-SP		SABE-PB		SABE-SP	
	ORaj (IC 95%)	<i>p</i>	ORaj (IC 95%)	<i>p</i>	ORaj (IC 95%)	<i>p</i>	ORaj (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Sexo</b>				0,56		<b>0,01</b>		
Feminino	-		0,66 (0,15-2,79)		0,24 (0,07-0,78)		-	
Masculino	-		1		1		-	
<b>Idade</b>								<b>&lt;0,001</b>
90 anos ou mais	-		-		-		4,59 (1,77-11,89)	
80-89 anos	-		-		-		1	
<b>Estado marital</b>		<b>0,04</b>		0,4		<b>&lt;0,001</b>		
Sem parceiro(a)	2,87 (0,96-8,59)		3,02 (0,21-43,77)		9,31 (2,09-41,54)		-	
Com parceiro(a)	1		1		1		-	
<b>Renda</b>				<b>0,01</b>				<b>0,01</b>
≤ 1 salário mínimo	-		5,61 (1,39-22,64)		-		2,38 (1,14-4,97)	
> 1 salário mínimo	-		1		-		1	
<b>Suficiência de renda</b>								0,05
Não	-		-		-		2,04 (0,97-4,28)	
Sim	-		-		-		1	
<b>Insuficiência alimentar até os 15 anos de vida</b>		0,13						
Sim	2,15 (0,78-5,9)		-		-		-	
Não	1		-		-		-	
<b>Autoavaliação de saúde</b>		0,46		<b>0,008</b>		0,13		
Ruim	1,18 (0,19-7,27)		10,54 (2,01-55,12)		5,1 (0,49-52,85)		-	
Regular	1,96 (0,62-6,14)		0,94 (0,24-3,58)		2,74 (0,86-8,77)		-	
Boa	1		1		1		-	
<b>Bem-estar subjetivo</b>						0,22		
Pior	-		-		2,57 (0,5-13,14)		-	
Melhor	-		-		1		-	
<b>SGV</b>				0,08				0,06
Menor	-		4,1 (0,83-20,21)		-		2,26 (0,92-5,57)	
Maior	-		1		-		1	
<b>Sintomas depressivos</b>				0,34				
Sim	-		0,51 (0,12-2,16)		-		-	
Não	-		1		-		-	
<b>Recebe apoio social</b>						0,11		
Não	-		-		0,27 (0,05-1,4)		-	
Sim	-		-		1		-	
<b>Oferece apoio social</b>				0,09				
Não	-		6,33 (0,69-57,68)		-		-	
Sim	-		1		-		-	
<b>Arranjo domiciliar</b>				0,38				
Mora sozinho(a)	-		0,12 (0,01-2,6)		-		-	

Somente cônjuge	-	0,76 (0,04-16,23)	-	-
Filhos	-	0,24 (0,04-1,64)	-	-
Filhos e netos	-	0,23 (0,03-1,66)	-	-
Outros arranjos	-	1	-	-
<b>Convivência a maior parte do tempo</b>			0,09	
Mora sozinho(a)	-	0,09 (0,01-0,87)	-	-
Crianças e/ou adolescentes	-	1,36 (0,18-10,01)	-	-
Idosos	-	1,11 (0,21-5,93)	-	-
Adultos	-	1	-	-

SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento; ORaj: *odds ratio* ajustado; IC 95%: intervalo de confiança de 95%. ABVDs: atividades básicas de vida diária; AIVDs: atividades instrumentais de vida diária; SGV: satisfação global com a vida.

## DISCUSSÃO

que mais têm contribuído para determinação do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), juntamente com acesso à educação e renda. No caso de Brejo dos Santos, por exemplo, o IDHM foi estimado em 0,619 e, em São Paulo, o valor foi muito superior, alcançando 0,805 (19). No presente estudo, longevos de Brejo dos Santos que vivenciaram insuficiência alimentar até os 15 anos de vida apresentaram 2,20 vezes mais dependência para ABVDs e 3,93 vezes mais dependência para AIVDs. Condições socioeconômicas desfavoráveis durante a infância podem ser prejudiciais para a saúde na vida adulta e essa desvantagem pode persistir até o envelhecimento (20).

Apesar das evidentes diferenças socioeconômicas, a prevalência de independência para as ABVDs nas populações desses dois municípios foi bastante semelhante, tendo uma pequena diferença de porcentagem entre elas. Em Brejo dos Santos, não foi verificada associação entre idade avançada e dependência para AIVDs, como observado com a população de São Paulo e outras populações estudadas anteriormente em regiões urbanas (21) e rurais (2,22). A maior diferença observada na prevalência de dependência das AIVDs entre os dois grupos estudados deste trabalho pode ser explicada pelo fato das pessoas com 80 anos ou mais que vivem em comunidades interioranas nordestinas e tipicamente rurais serem em sua maioria iletradas e não fazerem uso de telefone, meios de transporte e terem auxílio para receber tanto o valor de sua aposentadoria quanto para realizar compras, já que as agências bancárias ficam distantes das cidades pequenas no nordeste brasileiro.

Em Brejo dos Santos houve associação entre o sexo feminino e limitações para ABVDs. Este resultado corrobora outros achados da literatura (2,21,23,24) e evidencia o paradoxo de sobrevivência entre homens e mulheres com relação às limitações para AVDs. A diferença de sexo é impulsionada pelo fato de algumas doenças serem mais incapacitantes para as mulheres e letais para os homens. Aos 85 anos, por exemplo, as mulheres inglesas apresentaram doenças incapacitantes e limitações funcionais; enquanto a incapacidade funcional foi considerada fator de risco para a mortalidade masculina (25). Embora os homens tenham expectativa de vida mais curta, aqueles que vivem por mais tempo são mais saudáveis (26).

A literatura já apontou que a educação parece ter um efeito muito importante nas chances de sofrer limitações funcionais (27). Idosos com melhor nível educacional podem ter comportamentos mais saudáveis, melhores empregos durante a vida e acesso a melhores informações de saúde (21). Neste trabalho, foi observada associação positiva para dependência para AVDs na amostra de longevos de São Paulo, mas não entre os idosos de Brejo dos Santos. Isto pode ser explicado pelo fato de a imensa maioria dos idosos desta localidade serem iletrados.

No que se refere à renda, os resultados deste estudo apontaram que os longevos que possuir renda menor ou igual a um salário mínimo apresentaram maior dependência para ABVDs e AIVDs nos dois grupos estando de acordo com estudos anteriores em que o menor *status* financeiro se mostrou um fator influenciador de comprometido funcional (22,28). No entanto, não considerar a renda suficiente para as despesas foi um fator associado a declínio funcional apenas na amostra do SABE/SP. Entretanto, esse achado chama atenção visto que em Brejo dos Santos há uma prevalência 25,1% maior de longevos que referiram renda de até um salário mínimo. Estudo constatou que idosos com dificuldades financeiras apresentaram probabilidade 3,1 vezes maior de limitação funcional grave. Os autores explicam que pode haver um adiamento de morbidades por aqueles com alto status socioeconômico em virtude do maior acesso a serviços de saúde. Já a pobreza subjetiva pode refletir as atuais restrições financeiras que podem afetar a saúde mental. A existência de potenciais necessidades não satisfeitas também pode repercutir em declínio funcional (21).

Dentre os aspectos que influenciam a longevidade estão as relações humanas e os arranjos familiares e de coabitação assim como a rede de apoio social; os quais devem ser estudados, pois parecem ter impacto na saúde (29). Em Brejo dos Santos, os idosos longevos que não possuíam parceiro(a) desenvolveram 9,31 vezes mais dependência para AIVDs comparados aos que

possuíam. Esses dados estão em consonância com estudo realizado com idosos atendidos em uma ESF em Montes Claros-MG em que a incapacidade funcional para AIVDs foi mais prevalente naqueles que não possuíam companheiros (30). Entretanto, essa associação não foi observada na amostra de São Paulo possivelmente em virtude do perfil da população, com menor prevalência de longevos com companheiros.

Nesta pesquisa, os resultados apontaram associação inversa entre morar apenas com o cônjuge e declínio funcional para AIVDs no grupo dos idosos que viviam em Brejo dos Santos. Este resultado foi corroborado por outro estudo que mostra maior risco de dependência funcional para quem vive com outras pessoas além do cônjuge (31). Os resultados deste estudo apontaram que os longevos que viviam sozinhos apresentaram associação negativa com dependência para AVDs. Esse achado corrobora com estudo realizado com idosos suecos de 80 anos ou mais constatou que longevos que moravam sozinhos apresentaram maior independência para AVDs e os autores sugeriram que nessa população, viver sozinho(a) poderia estimular esses indivíduos a lidar com as atividades cotidianas por conta própria e, portanto, podiam estar mais motivados para a mudança de comportamento do que aqueles que podem confiar no cônjuge para realizar as tarefas (32).

Em um estudo desenvolvido com indivíduos norte-americanos, a relação entre viver sozinho e melhores resultados pode ser indicativa de um efeito de seleção: as pessoas que são capazes de permanecer vivendo de forma independente têm um perfil de saúde diferente que lhes permitem fazê-lo. Essa associação é mais presente entre idosos mais ricos; sugerindo que viver sozinho pode não ser arriscado dependendo do acesso a recursos, apoio instrumental e de cuidadores, e ambiente físico doméstico (31).

Desfechos adversos à saúde entre idosos que moram sozinhos podem ser confundidos por uma rede social precária que pode ser considerada um “fator de risco de fragilidade social”. A falta de apoio de uma rede social satisfatória foi associada ao declínio funcional, podendo repercutir em incapacidade para ABVDs. Os idosos que vivem sozinhos e têm redes sociais pobres podem ser considerados socialmente isolados e isto pode resultar em sintomas depressivos e ansiedade (33).

O isolamento social se mostrou um fator preditor de declínio funcional em estudo longitudinal realizado com idosos japoneses (34). A maior dependência para AVDs também

obteve associação com o isolamento social entre os indivíduos mais velhos na Índia. A dependência para AVDs também pode fazer com que os idosos sejam socialmente isolados (35).

A solidão é uma preocupação de saúde pública significativa entre os mais velhos, dada a sua associação com uma ampla gama de resultados adversos à saúde (36). Consiste em sentimento subjetivo relacionado a ter poucos e/ou maus relacionamentos interpessoais. No presente estudo, houve associação positiva entre solidão e dependência para ABVDs somente no grupo dos longevos de São Paulo; o que pode ser explicado pelo fato da maioria dos idosos longevos da comunidade de Brejo dos Santos viverem com companheiros ou familiares.

Em estudo prospectivo envolvendo idosos indianos, aqueles com sensação de solidão desenvolveram 2,3 vezes mais declínio funcional para AVDs em comparação aos que não referiram se sentirem sozinhos (23). Em estudo longitudinal conduzido nos Estados Unidos, a solidão foi um preditor de declínio funcional e mortalidade entre participantes com mais de 60 anos (37).

De fato, como evidenciado no presente estudo, cônjuges e filhos adultos são importantes fontes de apoio social para os idosos rurais (38). Idosos em áreas rurais são mais dependentes do apoio familiar do que os seus homólogos urbanos. O apoio social precisa ser fortalecido para reduzir essa lacuna entre populações urbanas e rurais e desempenha importante papel na saúde das populações idosas (39).

Os longevos de Brejo dos Santos que avaliaram a saúde como ruim apresentaram 10,54 vezes mais déficit funcional para ABVDs comparados aos que consideraram a saúde como boa ou regular. Em idosos com 80 anos ou mais, entre os fatores que melhor predizem funcionalidade para ABVDs e AIVDs está incluída a boa percepção da própria saúde. Além disso, o melhor desempenho nas AIVDs está independentemente associado a não ter depressão (40). Em pesquisa prospectiva, também foi apontado que pior autoavaliação da saúde e depressão autorreferida se associaram a limitações para AVDs (23).

Sintomas depressivos se associaram ao declínio funcional para ABVDs e AIVDs na amostra do estudo SABE/SP. Em consonância com esse resultado, estudo prospectivo com idosos que foram avaliados por aproximadamente 8 anos, ficou constatado que sintomas depressivos estão associados ao desenvolvimento de dependência para AVDs (41). Estudo longitudinal realizado em seis ondas envolvendo idosos alemães com 75 anos ou mais sugeriu que o aumento de sintomas depressivos foi associado com subsequente aumento da incapacidade para AIVDs,

sendo que os resultados não demonstraram associação entre aumento da incapacidade e subsequentes sintomas depressivos. Isso sugere que se faz importante a detecção precoce de sintomas de depressão a fim de prevenir a dependência funcional na velhice (42).

A resiliência pode ser considerada a capacidade de enfrentar adversidade e em estudo qualitativo envolvendo mulheres longevas se sugeriu que a resiliência se relaciona com um forte senso de bem-estar subjetivo e satisfação com a vida (43). Estudo longitudinal indicou que a resiliência é protetora contra as limitações de ABVDs e AIVDs na idade mais avançada, bem como, modifica a relação entre o início de uma nova condição crônica e a incapacidade subsequente. Isso é importante porque o avanço do conhecimento sobre como as pessoas enfrentam adversidades e dificuldades na vida adulta pode ajudar a esclarecer como a resiliência influencia a maneira como as pessoas se adaptam às mudanças associadas ao envelhecimento e às limitações funcionais (44).

No presente estudo, o pior bem-estar subjetivo se associou a dependência para ABVDs e AIVDs na amostra de São Paulo, mas isto não se repetiu em Brejo dos Santos. Longevos com menor bem-estar subjetivo desenvolveram 5,12 vezes mais dependência para ABVDs e 2,79 vezes mais dependência para AIVDs. Esse dado concorda com estudo realizado com idosos israelenses de 75 anos ou mais, em que as análises mostraram declínio funcional associado ao pior bem-estar. Os autores sugerem que diferenças nos níveis de bem-estar ficaram mais evidentes quando houve mudanças nas circunstâncias da vida, incluindo estado civil, institucionalização e declínio na saúde (45).

No que se refere a satisfação global com a vida, longevos paulistas com menor SGV desenvolveram 2,54 vezes mais dependência para ABVDs. Corroborando com este dado, os resultados de estudo envolvendo idosos suecos com 78 anos ou mais apontaram que a redução da CF leva a menor satisfação com a vida (46). Em contrapartida, neste estudo, não houve associação entre pior SGV e declínio funcional entre os longevos de Brejo dos Santos; o que distingue essa comunidade de outra estudada na Polônia em que a falta de satisfação com a vida teve um impacto significativo nas limitações para ABVDs (22).

A satisfação com a vida pode variar entre idosos com 80 anos ou mais e isso pode depender de costumes sociais, tradições e cultura. Além de estar sob influência de outras dimensões como características sociodemográficas, saúde e situação financeira, mas também dimensões subjetivas como atitudes relacionadas à vida como senso de identidade, propósito de

vida e resiliência. Entre longevos coreanos, o apoio emocional de familiares e/ou amigos atenuou a influência negativa de eventos sob a satisfação com a vida. Os resultados revelaram que as trajetórias de satisfação com a vida aumentaram com a maturidade, boas relações familiares e maior percepção de saúde (47).

Como limitação do estudo, os dados auto relatados e a ajuda por informante substituto para os longevos com declínio cognitivo pode ter contribuído para gerar vieses nos resultados da pesquisa devido a erros decorrentes desse tipo de informação. O presente estudo apresenta limitações decorrentes de estudos transversais, pois, apesar de terem sido observadas associações entre as variáveis e a CF, não é possível apreender relações temporais entre elas e realizar medidas diretas de risco. A análise aplicada não teve como objetivo definir a etiologia, mas explorar aspectos associados dessas atividades cotidianas no contexto da realidade da cidade interiorana do nordeste e de São Paulo-SP. Ademais, os aspectos metodológicos utilizados por outros estudos internacionais apresentam diferentes questões culturais, o que limita a comparação com os nossos resultados. Tais limitações, entretanto, não comprometem os resultados deste estudo, uma vez que os procedimentos metodológicos utilizados foram suficientes para alcançar o objetivo proposto.

## **CONCLUSÃO**

As AIVDs se mostraram com maior declínio funcional entres os longevos das duas populações, dessa forma, percebe-se que os longevos possuem maiores dificuldades para participar do contexto social e são necessárias estratégias que favoreçam a inserção social desses longevos. No grupo de longevos de Brejo dos Santos, ficou evidente que o estado marital parece fortalecer o apoio funcional e pode diminuir as chances de desenvolvimento de declínio funcional nessa população. No grupo de longevos de São Paulo, a idade de 90 anos ou mais influenciou para mais dificuldades para AIVDs. Assim como, a renda menor ou igual a um salário mínimo se associou ao desenvolvimento de dificuldades para ABVDs e AIVDs. Restrições financeiras e a existência de necessidades não satisfeitas podem favorecer o desenvolvimento de limitação funcional entre longevos de grandes centros urbanos. A pior percepção da saúde contribuiu para mais dificuldades para ABVDs. Considerando que a autoavaliação da saúde pode ser referida

como um aspecto psicossocial, sugere-se que a detecção de sintomas prejudiciais à saúde mental é importante a fim de amenizar dependência funcional.

## REFERÊNCIAS

1. Liberalesso TEM, Dallazen F, Bandeira VAC, Berlezi EM. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. *Saúde em debate*. 2017; 41 (113): 553–62.
2. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Lina EFP, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 2010; 14 (4): 322-9.
3. Nogueira D, Reis E. Longevity and health: trends in functional limitations and disability among older adults in Portugal, 1985–2005. *Ageing International*. 2013; 39 (3): 195–209.
4. Del Duca GF, Hallal PC, Nahas MV, da Silva MC, da Silva KS. Aspectos comportamentais e de saúde associados à incapacidade funcional em idosos: estudo de base populacional. *Journal of Physical Education*. 2009; 20 (4): 577-85.
5. Legrand D, Vaes B, Matheï C, Adriaensen W, Van Pottelbergh G, Degryse J-M. Muscle strength and physical performance as predictors of mortality, hospitalization, and disability in the oldest old. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014; 62 (6): 1030–8.
6. World Health Organization. *World report on ageing and health*. World Health Organization; 2015. 246 p.
7. Knappe MFL, do Espírito Santo ACG, Leal MCC, Marques APO. Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos: uma revisão integrativa. *Geriatrics Gerontology Aging*. 2015; 9 (2): 66–70.
8. Kalache A. Respondendo à revolução da longevidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 19 (8): 3306–3306.
9. Weller M, Tanieri M, Pereira JC, Almeida EDS, Kok F, Santos S. Consanguineous unions and the burden of disability: a population-based study in communities of Northeastern Brazil. *American Journal of Human Biology*. 2012; 24 (6): 835-40.
10. Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. *Organização Pan-Americana Da Saúde*; 2003. 255 p.
11. Lebrão ML, Duarte YAO. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005; 8 (2): 127-41.
12. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. *Studies of illness in the aged*.

- The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185: 914–9.
13. Lawton MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*. 1982; 37 (1): 91–9.
  14. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975; 12 (3): 189-98.
  15. Heun R, Burkart M, Maier W, Bech P. Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999; 99 (3): 171–8.
  16. Cantril H, Free LA. Hopes and fears for self and country: The Self-anchoring Striving Scale in cross-cultural research, by Hadley Cantril and Lloyd A. Free. 1962. 30 p.
  17. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1999;14(10):858–65.
  18. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state examination. *PsycTESTS Dataset*. 1975.
  19. Atlas de desenvolvimento humano no Brasil. Brejo dos Santos – PB, 2010. Disponível em: [http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/brejo-dos-santos\\_pb](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/brejo-dos-santos_pb).
  20. Tampubolon G. Growing up in poverty, growing old in infirmity: the long arm of childhood conditions in Great Britain. *PLoS ONE*. 2015; 10 (12): e0144722.
  21. Serrano-Alarcón M, Perelman J. Ageing under unequal circumstances: a cross-sectional analysis of the gender and socioeconomic patterning of functional limitations among the southern European elderly. *International Journal of Equity in Health*. 2017; 16 (1): 175.
  22. Ćwirlej-Sozańska AB, Sozański B, Wiśniowska-Szurlej A, Wilmowska-Pietruszyńska A. An assessment of factors related to disability in ADL and IADL in elderly inhabitants of rural areas of South-eastern Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2018; 25 (3): 504–11.
  23. Nagarkar A, Kashikar Y. Predictors of functional disability with focus on activities of daily living: A community-based follow-up study in older adults in India. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2017; 69: 151–5.
  24. Wu T, Lu L, Luo L, Guo Y, Ying L, Tao Q, et al. Factors associated with activities of daily life disability among centenarians in rural Chongqing, China: a cross-sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017; 14 (11): 1364.

25. Kingston A, Davies K, Collerton J, Robinson L, Duncan R, Bond J, et al. The contribution of diseases to the male-female disability-survival paradox in the very old: results from the Newcastle 85+ study. *PLoS ONE*. 2014; 9 (2): e88016.
26. Zhang T, Shi W, Huang Z, Gao D, Guo Z, Chongsuvivatwong V. Gender and ethnic health disparities among the elderly in rural Guangxi, China: estimating quality-adjusted life expectancy. *Global Health Action*. 2016; 9: 32261.
27. Liu Z, Han L, Feng Q, Dupre ME, Gu D, Allore HG, et al. Are China's oldest-old living longer with less disability? A longitudinal modeling analysis of birth cohorts born 10 years apart. *BMC Medicine*. 2019; 17: 23.
28. Torres JL, Lima-Costa MF, Marmot M, de Oliveira C. Wealth and disability in later life: the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *PLoS ONE*. 2016; 11 (11): e0166825.
29. Tatangelo G, McCabe M, Campbell S, Szoek C. Gender, marital status and longevity. *Maturitas*. 2017; 100: 64–9.
30. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 19 (8): 3317–25.
31. Henning-Smith C, Shippee T, Capistrant B. Later-Life disability in environmental context: why living arrangements matter. *Gerontologist*. 2018; 58 (5): 853–62.
32. Dahlin-Ivanoff S, Eklund K, Wilhelmson K, Behm L, Häggblom-Kronlöf G, Zidén L, et al. For whom is a health-promoting intervention effective? Predictive factors for performing activities of daily living independently. *BMC Geriatrics*. 2016; 16: 171.
33. Sakurai R, Kawai H, Suzuki H, Kim H, Watanabe Y, Hirano H, et al. Poor social network, not living alone, is associated with incidence of adverse health outcomes in older adults. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2019; 1-6.
34. Fujiwara Y, Nishi M, Fukaya T, Hasebe M, Nonaka K, Koike T, et al. Synergistic or independent impacts of low frequency of going outside the home and social isolation on functional decline: a 4-year prospective study of urban Japanese older adults. *Geriatrics & Gerontology International*. 2017; 17 (3): 500-8.
35. Kotian DB, Mathews M, Parsekar SS, Nair S, Binu VS, Subba SH. Factors associated with social Isolation among the older people in India. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2018; 31 (5): 271–8.
36. Zhong B-L, Liu X-J, Chen W-C, Chiu HF-K, Conwell Y. Loneliness in Chinese older adults in primary care: prevalence and correlates. *Psychogeriatrics*. 2018; 18 (5): 334–42.
37. Perissinotto CM, Cenzer IS, Covinsky KE. Loneliness in older persons: a predictor of

- functional decline and death. *Archives of Internal Medicine*. 2012; 172 (14): 1078–83.
38. Wang G, Hu M, Xiao S-Y, Zhou L. Loneliness and depression among rural empty-nest elderly adults in Liuyang, China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017; 7 (10): e016091.
  39. Luo H-Q, Wu K, Qian J-H, Cao P-Y, Ren X-H. Urban-rural differences in the role of family support in physical and mental health of elderly people in China. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2017; 48 (2): 263–7.
  40. Vaughan L, Leng X, La Monte MJ, Tindle HA, Cochrane BB, Shumaker SA. Functional independence in late-life: maintaining physical functioning in older adulthood predicts daily life function after age 80. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2016; 71 (Suppl 1): S79–86.
  41. Nakamura T, Michikawa T, Imamura H, Takebayashi T, Nishiwaki Y. Relationship between depressive symptoms and activity of daily living dependence in older Japanese: the Kurabuchi study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2017; 65 (12): 2639-45.
  42. Hajek A, Brettschneider C, Eisele M, Lühmann D, Mamone S, Wiese B, et al. Disentangling the complex relation of disability and depressive symptoms in old age – findings of a multicenter prospective cohort study in Germany. *International Psychogeriatrics*. 2017; 29 (6): 885-95.
  43. Manning LK. Navigating hardships in old age: exploring the relationship between spirituality and resilience in later life. *Qualitative Health Research*. 2013; 23 (4): 568-75.
  44. Manning LK, Carr DC, Kail BL. Do higher levels of resilience buffer the deleterious impact of chronic illness on disability in later life? *Gerontologist*. 2016; 56 (3): 514-24.
  45. Cohen-Mansfield J, Shmotkin D, Blumstein Z, Shorek A, Eyal N, Hazan H, et al. The old, old-old, and the oldest old: continuation or distinct categories? An examination of the relationship between age and changes in health, function, and wellbeing. *International Journal of Aging and Human Development*. 2013; 77 (1): 37-57.
  46. Enkvist A, Ekström H, Elmståhl S. Associations between functional ability and life satisfaction in the oldest old: results from the longitudinal population study Good Aging in Skåne. *Clinical Interventions in Aging*. 2012; 7: 313-320.
  47. Lee S-W, Choi J-S, Lee M. Life satisfaction and depression in the oldest old: a longitudinal study. *International Journal of Aging and Human Development*. 2019; 91415019843448.

## 5. CONSIDERAÇÃO FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo demonstram que há uma rede complexa de fatores associados à CF dos longevos das populações estudadas e aspectos sociodemográficos, de situação de saúde e psicossociais são influenciadores no desempenho para ABVDs e AIVDs.

As pesquisas colaborativas com uso de um mesmo instrumento para coleta de dados potencializam a possibilidade de realizar comparações e generalizações. Neste sentido, a colaboração de pesquisadores do Nordeste e Sudeste foi fundamental para conhecermos mais profundamente as semelhanças e diferenças em relação ao processo de envelhecimento e longevidade em dois municípios que têm história e condições socioeconômicas muito distintas. Nas duas populações, como era de se esperar, quanto mais idade tem o idoso, menor a sua CF. Com o avançar dos anos, os idosos apresentam mais dificuldades para realizar as ABVDs como também para as AIVDs, dependendo cada vez mais de sua rede de apoio.

Os idosos com 80 anos ou mais que vivem em Brejo dos Santos vivenciaram a fome durante sua infância e tiveram muitas limitações de acesso aos bens de consumo e serviços de saúde ao longo, tendo inclusive resistido às secas do sertão nordestino. A maior parte dos idosos de Brejo dos Santos foi à escola por alguns poucos anos e hoje vive da aposentaria rural, benefício fundamental para sua sobrevivência. Há, portanto, uma homogeneidade muito grande em relação às condições e estilo de vida nessa população. Para além disso, essa comunidade também mantém a tradição de casamentos consanguíneos e isto também incorre em homogeneidade genética.

Em virtude dessa homogeneidade, era esperado que fatores relativos à renda não fossem associados à CF nessa população, como ocorreu em São Paulo e em outras populações do mundo que têm maior variabilidade em relação às condições socioeconômicas. Os idosos em regiões rurais geralmente vivem em sítios distantes das mercearias e pequenos mercados existentes nas cidades. Além disso, eles dependem também da ajuda de familiares para ir até bancos, e dificilmente utilizam telefones. É evidente, portanto, que esses idosos têm mais dificuldade para realizar essas AIVDs do que os que vivem em centros urbanos.

Na comunidade de Brejo dos Santos, os idosos com peso inadequado, que tiveram acidente vascular encefálico ou doença articular têm mais dificuldades para ABVDs, enquanto a presença de doenças crônicas foi associada às dificuldades para AIVDs. Em relação a

dependência funcional para AVDs, ficou evidente que a ausência de companheiro(a) pode aumentar as chances de desenvolvimento de declínio funcional nessa população. No grupo de longevos de São Paulo - SP, considerar a própria saúde muito ruim ou ruim se associou ao desenvolvimento de limitação funcional para ABVDs e possuir renda igual ou abaixo a um salário mínimo se associou a dependência para AIVDs.

Diante do exposto, torna-se necessária a criação de ações educativas, para que os idosos possam identificar o problema e procurar serviços de saúde para obter o devido auxílio; aperfeiçoamento dos profissionais de saúde sobre o tema, para que os mesmos fiquem aptos para ofertar a melhor assistência possível a esses idosos; e a infraestrutura mínima para que as ações ocorram de forma eficiente, objetivando a prevenção de comorbidades, prejuízos a saúde mental e declínio funcional, além da orientação para os integrantes da rede de apoio do idoso longo. Ressalta-se que o Brasil possui políticas públicas voltadas à garantia de direitos dos idosos, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que assegura o acesso à assistência integral à saúde. Essas estratégias podem possibilitar a melhora da saúde desses idosos longevos visando manter esses indivíduos autônomos e independentes pelo maior período possível.

A necessidade de elaboração de condutas promotoras de saúde ou intervenções precoces para déficits funcionais entre idosos longevos é evidente, visto a natureza prevenível e/ou prevenível de alguns dos fatores influenciadores obtidos através das análises deste estudo. Em Brejo dos Santos, seriam necessárias ações voltadas ao controle de peso incluindo a orientação nutricional para esses longevos terem acesso a alimentos saudáveis que contribuiriam para ganho ou perda de massa corporal de acordo com a necessidade individual de cada um; bem como atividade física orientada e voltada para os mesmos fins considerando as características funcionais inerentes a esse grupo etário. Essas medidas seriam importantes tendo em vista que o estado nutricional adequado, alimentação saudável e atividade física são medidas cientificamente reconhecidas para prevenir doenças crônicas não transmissíveis, incluindo o acidente vascular encefálico e as doenças articulares. Essas duas condições crônicas quando já instaladas também precisariam de acompanhamento e medidas específicas de tratamento e reabilitação, como medicamentos e tratamento fisioterapêutico. Em relação a São Paulo, sugere-se identificar aspectos relacionados à saúde de longevos em situação de vulnerabilidade social visto que condições socioeconômicas desfavoráveis estão aumentando as chances de déficit funcional e muito provavelmente prejudicando a autopercepção da saúde entre esses idosos,

A pesquisa realizada, com longevos residentes da cidade de Brejo dos Santos/PB e do município de São Paulo/SP, permitiu o alcance dos objetivos propostos. Para a melhor compreensão dos fatores influenciadores da CF, sugere-se a realização de estudos que identifiquem e corroborem os fatores já associados, e estudos longitudinais com os quais seria possível estabelecer a relação temporal do comportamento das variáveis analisadas neste estudo. Algumas questões que poderiam ser investigadas no futuro incluiriam aspectos culturais mais específicos. Que hábitos da rotina e estilo de vida dos longevos das comunidades interioranas do Nordeste favoreceriam ou prejudicariam a CF nessa população? E em São Paulo? Além disso, considerando que nessa comunidade paraibana há alta taxa de casamentos consanguíneos, haveria variantes genéticas que influenciariam na funcionalidade de longevos dessa região?

O presente trabalho apresenta algumas limitações, como o uso do delineamento transversal, o qual não permite inferir causalidade dos achados, no entanto permitiu identificar indícios que podem explicar a situação. Além disso, a avaliação de algumas variáveis independentes foi realizada de forma subjetiva, estando suscetível ao viés de memória. Todavia, essas limitações não comprometem os resultados desta pesquisa. Além disso, o formulário SABE utiliza instrumentos de coleta de dados internacionalmente validados, os quais são amplamente utilizados na literatura científica e permitem a avaliação ampla dos aspectos investigados neste estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*. 2007; 4 (17): 135-140.
2. Bloom DE. 7 billion and counting. *Science*. 2011; 333 (6042): 562-9.
3. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012; 21 (4): 539-48.
4. Miranda GMD, Mendes AGM, da Silva ALA. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2017; 21 (61): 309-20.
5. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. 2002; 5: 1-37.
6. Patrício KP, Ribeiro H, Hoshino K, Bocchi SCM. O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. *Ciência e Saúde Coletiva* 2008; 13 (4): 1189-98.
7. Porciúncula RCR, Carvalho EF, Barreto KML, Leite VMM. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2014; 17 (2): 315-25.
8. Willig MH, Lenardt MH, Caldas CP. A longevidade segundo histórias de vida de idosos longevos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2015; 68 (4): 697-704.
9. Liberalesso TEM, Dallazen F, Bandeira VAC, Berlezi EM. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. *Saúde em Debate*. 2017; 41 (113): 553-62.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2011. Dados do censo demográfico, 2010. Rio de Janeiro: IBGE.
11. Robine JM, Cubaynes S. Worldwide demography of centenarians. *Mechanical Ageing Development*. 2017; 165: 59–67.
12. Brasil. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2007; 192.
13. Dato S, Bellizzi D, Rose G, Passarino G. The impact of nutrients on the aging rate: A complex interaction of demographic, environmental and genetic factors. *Mechanisms of Ageing and Development*. 2016; 154: 49-61.

14. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Lina EFP, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 2010; 14 (4): 322-9.
15. Nogueira D, Reis E. Longevity and health: trends in functional limitations and disability among older adults in Portugal, 1985–2005. *Ageing International*. 2013; 39 (3): 195–209.
16. Del Duca GF, Hallal PC, Nahas MV, da Silva MC, da Silva KS. Aspectos comportamentais e de saúde associados à incapacidade funcional em idosos: estudo de base populacional. *Journal of Physical Education*. 2009; 20 (4): 577-85.
17. Landi F, Liperoti R, Russo A, Capoluongo E, Barillaro C, Pahor M, et al. Disability, more than multimorbidity, was predictive of mortality among older persons aged 80 years and older. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2010; 63 (7): 752-9.
18. Bucci L, Ostan R, Cevenini E, Pini E, Scurti M, Vitale G, et al. Centenarians' offspring as a model of healthy aging: a reappraisal of the data on Italian subjects and a comprehensive overview. *Ageing*. 2016; 8 (3): 510-9.
19. Brito TA, Fernandes MH, Coqueiro RS, de Jesus CS, Freitas R. Capacidade funcional e fatores associados em idosos longevos residentes em comunidade: estudo populacional no Nordeste do Brasil. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2014; 21 (4): 308-13.
20. Ćwirlej-Sozańska AB, Sozański B, Wiśniowska-Szurlej A, Wilmowska-Pietruszyńska A. An assessment of factors related to disability in ADL and IADL in elderly inhabitants of rural areas of south-eastern Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2018; 25 (3): 504-11.
21. Torres JL, Costa MFL, Marmot M, de Oliveira C. Wealth and disability in later life: the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *PLoS ONE*. 2016; 11 (11): e0166825.
22. Su P, Ding H, Zhang W, Duan G, Yang Y, Chen R, et al. The association of multimorbidity and disability in a community-based sample of elderly aged 80 or older in Shanghai, China. *BMC Geriatrics*. 2016; 16: 178.
23. Hou C, Ping Z, Yang K, Chen S, Liu X, Li H, et al. Trends of activities of daily living disability situation and association with chronic conditions among elderly aged 80 years and over in China. *Journal of Nutrition and Health Aging*. 2018; 22 (3): 439-45.
24. Stamm TA, Pieber K, Crevenna R, Dorner TE. Impairment in the activities of daily living in older adults with and without osteoporosis, osteoarthritis and chronic back pain: a secondary analysis of population-based health survey data. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2016; 17:139.

25. Bahat G, Tufan F, Bahat Z, Tufan A, Aydin Y, Akpınar TS, et al. Comorbidities, polypharmacy, functionality and nutritional status in Turkish community-dwelling female elderly. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2014; 26 (3): 255-9.
26. Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polifarmácia entre idosos do município de São Paulo - Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2012; 15 (4): 817-27.
27. Su P, Ding H, Zhang W, Duan G, Yang Y, Long J, et al. Joint Association of obesity and hypertension with disability in the Elderly: a community-based study of residents in Shanghai, China. *Journal of Nutrition and Health Aging*. 2017; 21 (4): 362-9.
28. Danielewicz AL, Barbosa AR, Del Duca GF. Nutritional status, physical performance and functional capacity in an elderly population in Southern Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2014; 60 (3): 242–8.
29. Tareque MI, Saito Y, Chan A, Visaria A, Ma S, Malhotra R. Years of life with and without limitation in physical function and in activities of daily living by body mass index among older adults. *International Journal of Obesity*. 2019.
30. Vaughan L, Leng X, La Monte MJ, Tindle HA, Cochrane BB, Shumaker SA. Functional independence in late-life: maintaining physical functioning in older adulthood predicts daily life function after age 80. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2016; 71 (Suppl 1): S79-86.
31. Nagarkar A, Kashikar Y. Predictors of functional disability with focus on activities of daily living: a community-based follow-up study in older adults in India. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2017; 69: 151-5.
32. Perissinotto CM, Stijacic Cenzer I, Covinsky KE. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine*. 2012; 172 (14): 1078-83.
33. Fujiwara Y, Nishi M, Fukaya T, Hasebe M, Nonaka K, Koike T, et al. Synergistic or independent impacts of low frequency of going outside the home and social isolation on functional decline: a 4-year prospective study of urban Japanese older adults. *Geriatrics & Gerontology International*. 2017; 17 (3): 500-8.
34. Kotian DB, Mathews M, Parsekar SS, Nair S, Binu VS, Subba SH. Factors associated with social isolation among the older people in India. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2018; 31 (5): 271-8.
35. Cohen-Mansfield J, Shmotkin D, Blumstein Z, Shorek A, Eyal N, Hazan H, et al. The old, old-old, and the oldest old: continuation or distinct categories? An examination of the relationship between age and changes in health, function, and wellbeing. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2013; 77 (1): 37-57.

36. Tatangelo G, McCabe M, Campbell S, Szoeko C. Gender, marital status and longevity. *Maturitas*. 2017; 100: 64-9.
37. World Health Organization. World report on ageing and health. World Health Organization; 2015. 246 p.
38. Knappe MFL, do Espírito Santo ACG, Leal MCC, Marques APO. Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos: uma revisão integrativa. *Geriatrics Gerontology Aging*. 2015; 9 (2): 66–70.
39. Brasil. Lei nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 19 out. 2006.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. (2015). Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.
41. Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. *Organização Pan-Americana Da Saúde*; 2003. 255 p.
42. Lebrão ML, Duarte YAO. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005; 8 (2): 127-41.
43. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185: 914–9.
44. Lawton MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*. 1982; 37 (1): 91–9.
45. Duarte YA de O, de Oliveira Duarte YA, de Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007; 41 (2): 317–25.
46. Roediger MA, Marucci MFN, Latorre MRDO, Hearst N, Oliveira CM, Duarte YAO. Validation, reliability and operational equivalency of the nutritional screening method “Determine The Nutritional Health Of The Elderly.” *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2018; 21 (3): 272–82.
47. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state examination. *PsychTESTS Dataset*. 1975.
48. Icaza MG, Albala C. Minimental State Examinations (MMSE) del estudio de demencia en Chile: análisis estadístico. In: OPS Investigaciones en Salud Pública Documentos Técnicos. Organización Panamericana de la Salud; 1999.

49. Heun R, Burkart M, Maier W, Bech P. Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999; 99 (3): 171–8.
50. Cantril H, Free LA. Hopes and fears for self and country: The Self-anchoring Striving Scale in cross-cultural research, by Hadley Cantril and Lloyd A. Free. 1962. 30 p.
51. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1999;14(10):858–65.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

## Dados gerais

## QUESTIONÁRIO A17

DATA DESTA ENTREVISTA: Dia |\_\_|\_| Mês |\_\_|\_| 2017

Nome da entrevistadora: \_\_\_\_\_

Hora de início: |\_\_|\_|:|\_\_|\_| Hora de término: |\_\_|\_|:|\_\_|\_|

**ESTUDO SABE - SAÚDE, BEM ESTAR E ENVELHECIMENTO**  
**Brejo dos Santos - PB**

NUMERO DO QUESTIONÁRIO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome completo do entrevistado _____		Sexo: Mulher <input type="checkbox"/> 1
Telefone do(a) idoso(a): _____		Homem <input type="checkbox"/> 2
Endereço: (rua, número externo e interno, CEP) _____		
1. Nome: _____	Parentesco com idoso: _____	
Telefones de contato: _____		
2. Nome: _____	Parentesco com idoso: _____	
Telefones de contato: _____		
3. Nome: _____	Parentesco com idoso: _____	
Telefones de contato: _____		
4. Nome: _____	Parentesco com idoso: _____	
Telefones de contato: _____		

Nome do informante: \_\_\_\_\_ Parentesco com idoso: \_\_\_\_\_

Caso não seja familiar, há quanto tempo conhece o(a) idoso(a): \_\_\_\_\_

Entregue	Crítica	Revisto	P/digit	Checagem	Codificação	Digitação	REGISTRO EPIDATA
///	///	///	///	///	///	///	_____

Observações: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



## Letramento

A.5a  
O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever um recado?

A 11

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 8  
 NR..... 9

A.5b  
O(a) Sr(a) foi à escola?

A 12

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 8  
 NR..... 9

} A 14

## Renda

H.26c  
No total, aproximadamente, quanto o(a) Sr(a) recebe por mês?

H 10

Valor.....

Menos de um salário mínimo..... 1  
 Um salário mínimo..... 2  
 Até dois salários mínimos..... 3  
 De dois a quatro salários mínimos..... 4  
 De quatro a dez salários mínimos..... 5  
 De dez a vinte salários mínimos..... 6  
 Vinte salários mínimos e mais..... 7  
 NS..... 8  
 NR..... 9

## Suficiência de renda

H.30  
O(a) Sr(a) considera que tem dinheiro suficiente para cobrir suas despesas diárias?

H 16

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 8  
 NR..... 9

## Insuficiência alimentar nos primeiros 15 anos de vida

C.30  
Durante os primeiros 15 anos da sua vida o(a) Sr(a). diria que houve algum tempo em que não comeu o suficiente ou passou fome?

**C 406**

Sim..... 1  
Não..... 2  
NS..... 8  
NR..... 9

## Situação de saúde e acesso a serviços de saúde

### Dificuldade de acesso a serviços de saúde

F.3b  
Com relação ao serviço que o(a) Sr(a) usa prioritariamente tem alguma dificuldade para acessar / usar serviços de saúde, quando precisa?

**F 05**

Sim ..... 1  
Não ..... 2  
NS ..... 8  
NR ..... 9

**F 07**

## Hipertensão

C.4  
Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão sanguínea alta, quer dizer, HIPERTENSÃO?

**C 04**

Sim..... 1

Quando (ano)?

Não..... 2  
NS..... 8  
NR..... 9

**C 18**

## Diabetes

C.5  
Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) tem DIABETES, quer dizer, níveis altos de açúcar no sangue?

**C 18**

Sim..... 1

Quando (ano)?

Não..... 2  
NS..... 8  
NR..... 9

**C 41**

## Doença crônica pulmonar

C.7\_1  
Alguna vez um médico ou enfermeira lhe disse que tem **ALGUMA DOENÇA CRÔNICA DO PULMÃO**

OBS. PNEUMONIA E GRIPE **NÃO SÃO DOENÇAS CRÔNICAS**

**C 41**

Sim, bronquite, bronquiolite ou enfisema pulmonar..... 1  
Sim, asma..... 2  
Sim, outras doenças..... 3  
(Especifique)  
Não..... 4  
NS..... 8  
NR..... 9

**C 51**

## Doença cardíaca

C.8.1  
Alguna vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) tem **ALGUM PROBLEMA ou DOENÇA NO CORAÇÃO**, como doença congestiva, doença coronariana ou infarto (ataque do coração)?

OBS: excluir dessa pergunta a **HIPERTENSÃO**

**C 51**

**SIM**  
Sim, Angina..... 3  
Sim, doença congestiva (Insuficiência Cardíaca)..... 4  
Sim, Infarto..... 5  
Sim, não sabe especificar..... 6  
Sim, outra..... 7  
(Especifique)  
Não..... 2  
NS..... 8  
NR..... 9

**Vá para C 58**

## Câncer

C.6  
Alguna vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) tem ou teve **câncer (excluir tumores menores da pele)**?

**C 171**

Sim..... 1  
Não..... 2  
NS..... 8  
NR..... 9

**Vá para C 182**

## AVE

C.9  
Alguna vez algum médico ou enfermeira disse que o(a) Sr(a) teve um **DERRAME ou ISQUEMIA cerebral** (também chamado **EMBOLIA** ou **AVC**)? (Incluir **ANEURISMA**).

**C 58**

Sim..... 1  
Quando (ano)?

Não..... 2  
NS..... 8  
NR..... 9

**Vá para C 68**

C.9c  
O(a) Sr(a) ficou com alguma sequela ou problema derivado do(s) derrame(s) cerebral(is)?

**C 59**

Sim..... 1  
Não..... 2  
NS..... 8  
NR..... 9

**Vá para C 68**

C.9j  
Quanto as sequelas ou complicações após o derrame interferem em suas atividades diárias?

**C 66**

Muito..... 1  
Pouco..... 2  
Nada..... 3  
NS..... 8  
NR..... 9

## Dor

C.10h  
O(a) Sr(a) tem alguma **DOR** há mais de 3 meses, que dói continuamente ou que vem e vem pelo menos uma vez por mês?

**ATENÇÃO EXCLUIR DOR ARTICULAR**

**C 78**

Sim..... 1  
Não..... 2 } **Vá para C 87**  
NS..... 8  
NR..... 9

## Doença articular

C.10  
Alguna vez um médico ou enfermeira disse que o(a) Sr(a). tem alguma **DOENÇA ARTICULAR** (nas articulações ou juntas) tais como: artrite, reumatismo, artrose?

OBS.: **Articulação** é a parte do corpo que "**junta**" um osso a outro. Como ela "**dobra**", permite o movimento (ex: **joelhos, cotovelos, tornozelos, punhos**, etc)

**C 68**

C.10.3 Sim, artrite..... 3  
Quando?     ano

C.10.4 Sim, reumatismo..... 4  
Quando?     ano

C.10.5 Sim, osteoartrose..... 5  
Quando?     ano

C.10.6 Sim, outros..... 6  
Quando?     ano

Não..... 2 } **Vá para C 75**  
NS..... 8  
NR..... 9

C.10a2  
O(a) Sr.(a) sente **DOR** ou **DESCONFORTO** nas articulações, quando faz algum **ESFORÇO FÍSICO** ou **MOVIMENTO** como por exemplo levantar e andar?

(Sente dificuldade, dor ou fica "travado")

**C 75**

Sim..... 1  
Desde quando (ano)?

Não..... 2 } **Vá para C 78**  
NS..... 8  
NR..... 9

C.10e  
 Quanto sua doença articular e/ou essa dor ou desconforto interferem em suas atividades diárias ?

C 77

Muito..... 1  
 Pouco..... 2  
 Nada..... 3  
 NS..... 8  
 NR..... 9

Osteoporose

C.11e  
 Alguma vez um médico ou enfermeira disse que o(a) Sr.(a) tem **OSTEOPOROSE** (osso fraco)?

C 87

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 8  
 NR..... 9

} Vá para C 89

C. 11e1  
 O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento ou está recebendo tratamento para sua **OSTEOPOROSE**?

C 88

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 8  
 NR..... 9

IMC

K.5  
 Precisamos medir sua altura e para isso, queremos que o(a) Sr(a) fique descalço(a). Coloque-se de pé, com pés e calcanhares juntos e com suas costas e cabeça encostadas na parede. Olhe bem para a frente.

ALTURA..... | | | | | , | | | cm  
 ALTURA..... | | | | | , | | | cm  
 ALTURA..... | | | | | , | | | cm

NÃO CONSEGUE PARAR DE PÉ..... 999

K.11  
 PESO

| | | | | . | | | kg  
 | | | | | . | | | kg  
 | | | | | . | | | kg

NÃO CONSEGUE PARAR DE PÉ..... 999

## Polifarmácia

<p>E. 7c FILTRO</p> <p>Número de medicamentos (remédios) utilizados p elo(a) idoso(a):</p>	<p>Não toma NENHUM.....02</p> <p>Toma APENAS UM.....01</p> <p>Toma MAIS QUE UM.....06</p> <p>Quantos medicamentos diferentes toma por dia? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NS.....98</p> <p>NR.....99</p>
--	---

## Aspectos psicossociais

## Autoavaliação da saúde

<p>C.1</p> <p>Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. O(a) Sr(a) diria que sua saúde é...</p>	<p>Muito boa..... 2</p> <p>Boa..... 3</p> <p>Regular..... 4</p> <p>Ruim..... 6</p> <p>Muito ruim..... 7</p> <p>NS..... 8</p> <p>NR..... 9</p>
--	---

## Depressão

<p>C.20b2</p> <p>Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que tem <b>DEPRESSÃO</b>?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NS..... 8</p> <p>NR..... 9</p> <p style="text-align: right;">} <b>Vá para C 94</b></p>
---	---

<p>C.20c</p> <p>Durante os últimos 12 meses, o(a) sr(a) tomou algum remédio para <b>DEPRESSÃO</b>?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NS..... 8</p> <p>NR..... 9</p>
--	---

## Solidão

<b>G.73 Com que frequência o(a) Sr(a) se sente sozinho (solitário)?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1</b>
	<b>Algumas vezes</b>	<b>2</b>
	<b>Sempre</b>	<b>3</b>
	<b>NS</b>	<b>4</b>
	<b>NR</b>	<b>5</b>

## Isolamento

<b>G.75 Com que frequência o(a) Sr(a) se sente isolado/deixado de lado?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1</b>
	<b>Algumas vezes</b>	<b>2</b>
	<b>Sempre</b>	<b>3</b>
	<b>NS</b>	<b>4</b>
	<b>NR</b>	<b>5</b>

Redes de apoio

SEÇÃO G – REDE DE APOIO SOCIAL E FAMILIAR

DADOS GERAIS DAS PESSOAS QUE RESIDEM NO MESMO DOMICÍLIO DO(A) IDOSO(A). Relacione cada pessoa com seus respectivos dados.

Por favor, diga-me o nome de cada uma das pessoas que moram nesta casa com o(a) Sr(a). Anote os nomes um a um, com suas características  
Se o(a) idoso(a) residir sozinho vá para **G2**

G1_1 (Nome)	G5_1 Sexo	G6_1 Idade	G4_1 Parentesco	G13a_1 Ele(a) o ajuda? Com que?	G15a_1 O(a) sr(a) o ajuda? Com que?
	1 Homem 2 Mulher	1 Menos de 1 ano 2 Idade  __ _ _ _ _  anos NS 998 NR 999	1 Esposo(a)/companheiro 2 Filho (a) 3 Pai/Mãe 4 Sogro/sogra 5 Irmão/irmã 6 Genro/Nora 7 Neto(a) 8 Enteado(a) 9 Outro familiar não remunerado 10 Outro familiar remunerado 11 Outro não familiar não remunerado 12 Empregado doméstico 13 Cuidador NS NR	1 Sim, ajuda financeira 2 Sim, ajuda material 3 Sim, nas tarefas fora de casa 4 Sim, nas tarefas domésticas 5 Sim, no meu cuidado pessoal 6 Sim, me faz companhia/me ouve 7 Sim, apoio emocional 8 Sim, faz orações comigo 9 Outro (especifique) ..... 10 Não 98 NS 99 NR	1 Sim, ajuda financeira 2 Sim, ajuda material 3 Sim, nas tarefas fora de casa 4 Sim, nas tarefas domésticas 5 Sim, no seu cuidado pessoal 6 Sim faço-lhe companhia 7 Sim, dou-lhe apoio emocional 8 Sim, cuido das crianças 9 Outro (especifique) ..... 10 Não 98 NS 99 NR

G1_2 (Nome)	G5_2 Sexo	G6_2 Idade	G4_2 Parentesco	G13a_2 Ele(a) o ajuda? Com que?	G15a_2 O(a) sr(a) o ajuda? Com que?
	1 Homem 2 Mulher	1 Menos de 1 ano 2 Idade  __ _ _ _ _  anos NS 998 NR 999	1 Esposo(a)/companheiro 2 Filho (a) 3 Pai/Mãe 4 Sogro/sogra 5 Irmão/irmã 6 Genro/Nora 7 Neto(a) 8 Enteado(a) 9 Outro familiar não remunerado 10 Outro familiar remunerado 11 Outro não familiar não remunerado 12 Empregado doméstico 13 Cuidador NS NR	1 Sim, ajuda financeira 2 Sim, ajuda material 3 Sim, nas tarefas fora de casa 4 Sim, nas tarefas domésticas 5 Sim, no meu cuidado pessoal 6 Sim, me faz companhia/me ouve 7 Sim, apoio emocional 8 Sim, faz orações comigo 9 Outro (especifique) ..... 10 Não 98 NS 99 NR	1 Sim, ajuda financeira 2 Sim, ajuda material 3 Sim, nas tarefas fora de casa 4 Sim, nas tarefas domésticas 5 Sim, no seu cuidado pessoal 6 Sim faço-lhe companhia 7 Sim, dou-lhe apoio emocional 8 Sim, cuido das crianças 9 Outro (especifique) ..... 10 Não 98 NS 99 NR

## DADOS GERAIS DAS PESSOAS QUE RESIDEM NO MESMO DOMICÍLIO DO(A) IDOSO(A). SÍNTESE

G2 Apenas conferindo, no total, quantas pessoas moram na mesma casa que o(a) Sr (a)?	_ _  Total de pessoas que residem com o Idoso (incluir o próprio idoso)
--	---

G2_1 Vou conferir agora com o(a) Sr(a) o total de pessoas que foram citadas e que residem nessa casa	Cônjuge	1
	_ _  filhos  _ _  homens  _ _  mulheres	2
	_ _  netos  _ _  homens  _ _  mulheres	3
	_ _  irmãos  _ _  homens  _ _  mulheres	4
	Pai	5
	Mãe	6
	Genro	7
	Nora	8
	_ _  outros familiares  _ _  homens  _ _  mulheres	9
	_ _  outros não familiares  _ _  homens  _ _  mulheres	10
	NS	98
NR	99	

G2_1_1 Há crianças (até 11 anos) na casa onde reside o(a) idoso(a)?	Sim	1
	Quantas?  _ _	
	Não	2

G2_1_2 Há adolescentes (de 12 a 18 anos) na casa onde reside o(a) idoso(a)?	Sim	1
	Quantos?  _ _	
	Não	2

G2_1_3 Há outros idosos (≥ 60 anos) na casa onde reside o(a) idoso(a)?	Sim	1
	Quantos?  _ _	
	Não	2

G_2_4 A maior parte do seu dia, quando o(a) Sr(a) está em casa, o (a) Sr(a) está com:	Sozinho	1
	Crianças (até 11 anos)	2
	Adolescentes (de 12 a 18 anos)	3
	Adultos (de 19 a 59 anos)	4
	Idosos (≥ 60 anos)	5
	NS	8
	NR	9

## APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SABE/PB



Universidade Estadual da Paraíba  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP)  
Núcleo de Estudos em Genética e Educação (NEGE/UEPB)

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (maiores de 18 anos)**

Eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Estudo SABE-PB: investigação da situação de saúde, bem estar e envelhecimento em populações consanguíneas no nordeste brasileiro”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho terá como objetivo descrever as condições de saúde e o processo de envelhecimento da população com 60 anos e mais do município. O estudo está sendo realizado em parceria com a Faculdade de Saúde Pública e o Centro de Estudos do Genoma Humano da Universidade de São Paulo.
- A pesquisa consiste na realização de medidas antropométricas, entrevista com questões sobre a saúde do idoso, e a coleta de amostra de sangue para investigar dados bioquímicos e genéticos como, por exemplo, hemograma, glicose, triglicérides, entre outros.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 3344-5306 com a Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos.
- Ao final da pesquisa, os resultados serão compartilhados com profissionais da área de saúde e com a comunidade por meio de seminários e palestras.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

---

Participante ou responsável legal



---

Pesquisadora Responsável  
Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos  
Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande – PB  
Rua das Baraúnas, 351 (CIAC – sala 329)  
Contato: (083) 3344-5306

## APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SABE/SP

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Estudo SABE é um estudo sobre as condições de vida e saúde das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos residentes no Município de São Paulo. O referido estudo iniciou no ano de 2000 e teve continuidade em 2006 e, novamente, em 2010 quando todos os participantes do estudo inicial que foram localizados, foram revisitados e reentrevistados. O estudo é coordenado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e Ministério da Saúde.

Em 2010 o Sr(a) participou desse Estudo quando, após sua autorização, foram colhidas amostras de sangue, por pessoal capacitado e treinado para esse fim, supervisionado por equipe qualificada, seguindo rotinas padronizadas. Com uma parte dessas amostras foram realizados exames de laboratório específicos cujos resultados foram enviados, na época, para o(a) Sr(a) acompanhado de orientação a cada caso. Outra parte dessas amostras de sangue ficaram estocadas em laboratório específico para esse fim situado no Centro de Pesquisas sobre Genoma Humano e Células-Tronco do Instituto de Biociências da USP sob a responsabilidade da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mayana Zatz.

Nesse momento estamos iniciando dois novos estudos que irão utilizar as amostras de sangue coletadas em 2010 e congeladas desde então. Por essa razão, estamos novamente entrando em contato com o(a) Sr(a) para solicitar sua autorização para utilizar sua amostra de sangue coletada em 2010, que está estocada. Assim, não será necessário coletar nova amostra de sangue.

Os estudos que vamos desenvolver são:

1. Sequenciamento genético completo realizado por grupos de pesquisadores especializados no Brasil, nos Estados Unidos e na Inglaterra;
2. Análise da proporção de pessoas idosas que, durante a vida, possam ter sido infectadas por vírus relacionados a doenças sexualmente transmissíveis como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV), sífilis e hepatites cujos resultados poderão contribuir para o desenvolvimento de programas de prevenção adequados e apropriados para esse grupo etário específico. Os resultados desses exames serão entregues pessoalmente ao(à) Sr(a) após agendamento prévio. Caso algum resultado esteja alterado, o(a) Sr(a) terá direito ao acompanhamento do Centro de Referência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Esses estudos descritos envolvem riscos mínimos para o(a) Sr(a) e, por essa razão, para ambos os estudos, haverá um profissional especializado disponível para esclarecer as dúvidas que possam surgir.

Os benefícios obtidos com os resultados desses estudos poderão contribuir para a adequação das políticas públicas vigentes destinadas a esse grupo etário específico e, por essa razão, solicitamos novamente sua compreensão e colaboração.

Informo que sua identidade será preservada em sigilo em todos os momentos e as amostras de sangue serão tratadas sob codificação segura, de conhecimento apenas dos envolvidos diretamente com o estudo em questão.

Entendo que meu consentimento em participar desses dois novos estudos é **voluntário** e **sem coerção ou força** e estou ciente de que minha participação na pesquisa não representa risco para minha integridade física ou mental e também não me trará benefício direto. Entendo que **tenho o direito de retirar meu consentimento a qualquer tempo** bastando, para isso, entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) situada na Avenida Dr. Arnaldo nº 715, Pinheiros, São Paulo/SP. **Entendo ainda que posso me recusar**, sem qualquer ônus a participar desses novos estudos.

Foi-me informado que se eu tiver alguma dúvida ou pergunta adicional sobre este estudo posso telefonar para **Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Lucia Lebrão**, coordenadora e pesquisadora responsável pelo Estudo SABE nos telefones (11) **3061-7929** ou (11) **3061-7105** ou (11) **3061-7815** ou **contatá-la pelo email [mlebr@usp.br](mailto:mlebr@usp.br)**. Também posso telefonar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública no número (11) **3061-7779** ou contatá-lo pelo endereço [coep@fsp.usp.br](mailto:coep@fsp.usp.br) de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira em horário comercial (8 às 17h).

Declaro que compreendi e estou de acordo com o acima exposto.

Por este meio aceito colaborar com o “Estudo SABE: - Saúde, bem-estar e Envelhecimento no Município de São Paulo” na execução dos dois novos sub-estudos especificados nesse termo.

São Paulo,..... de ..... de .....

(dia) (mês) (ano)

Nome do(a) Idoso(a): .....

Assinatura: .....

Prof<sup>a</sup> Dra Maria Lúcia Lebrão  
Coordenadora da Pesquisa

## **ANEXOS**

## ANEXO I – ESCALAS VALIDADAS PRESENTES NO FORMULÁRIO DO ESTUDO SABE

### Capacidade funcional

#### ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE AS **ATIVIDADES QUE FAZEMOS NO DIA-A-DIA**. POR FAVOR, DIGA-ME SE O(A) SR(A) TEM ALGUMA DIFICULDADE PARA EXECUTAR **SOZINHO(A)** CADA UMA DAS ATIVIDADES QUE EU CITAR DEVIDO A UM **PROBLEMA DE SAÚDE**.

#### ANDAR

D.11  
O(A) Sr(a) tem dificuldade em:  
ATRAVESSAR UM QUARTO  
CAMINHANDO?

D 15

Sim..... 1  
Não..... 2  
NS..... 8  
NR..... 9

D.11\_1  
O(A) Sr(a) precisa de ajuda para  
ATRAVESSAR UM QUARTO  
CAMINHANDO?

D 16

Sim..... 1  
Não..... 2  
NS..... 8  
NR..... 9

D.12c  
O(A) Sr(a) recebe ajuda de alguém para  
ATRAVESSAR UM QUARTO  
CAMINHANDO?

D 19

Sim..... 1  
Não..... 2  
NS..... 8  
NR..... 9

D 21

#### VESTIR

D.13  
O(A) Sr(a) tem dificuldade para se  
VESTIR SOZINHO(A)?

D 21

Sim, parte de cima do corpo (acima da cintura)..... 1  
Sim, parte de baixo do corpo (abaixo da cintura, incluindo meias e ..... 2  
Ambas (parte de cima e parte de baixo do ..... 4  
Não..... 3  
NS..... 8  
NR..... 9

D.13\_2  
O(A) Sr(a) **PRECISA DE AJUDA** para se  
VESTIR?

D 22

Sim..... 1  
Não..... 2  
NS..... 8  
NR..... 9

VÁ PARA  
D 25

D.13\_1  
O(A) Sr(a) **RECEBE AJUDA** de alguém  
para se VESTIR?

D 23

Sim..... 1  
Não..... 2  
NS..... 8  
NR..... 9

VÁ PARA  
D 25

**BANHO**

D.14a  
O(A) Sr(a) tem dificuldade para **TOMAR BANHO SOZINHO?**

**D 25**

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 8  
 NR..... 9

D.14c2  
O(a) Sr.(a) precisa da ajuda de alguém para **TOMAR BANHO?**

**D 26**

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 8  
 NR..... 9

**D 29**

D.14cd1  
O(a) Sr.(a) recebe ajuda de alguém para **ENTRAR OU SAIR DO CHUVEIRO / BANHEIRA?**

**D 27**

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 8  
 NR..... 9

**D 29**

**HIGIENE PESSOAL**

D.14a\_1a  
O(A) Sr(a) tem dificuldade para **FAZER SOZINHO SUA HIGIENE PESSOAL**, o que inclui:

- Lavar e secar as mãos
- Lavar e secar o rosto
- Escovar os dentes
- Pentear o cabelo
- Barbear-se (homens) ou Maquiar-se (mulheres)

**D 30**

	Sim, tem dificuldade	Utiliza adaptação e faz sozinho	Não tem dificuldade	NS	NR
D14a_1a Lavar e secar as mãos	1	2	3	8	9
D14a_1b Lavar e secar o rosto	1	2	3	8	9
D14a_1c Escovar os dentes	1	2	3	8	9
D14a_1d Pentear o cabelo	1	2	3	8	9
D14a_1e Barbear-se (homens) ou Maquiar-se (mulheres)	1	2	3	8	9

D14c02  
O(A) Sr(a) precisa da ajuda de alguém para **FAZER SUA HIGIENE PESSOAL?**

Em qualquer um dos itens ou em todos ou precisa que alguém separe ou prepare o material a ser utilizado

**D 31**

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 8  
 NR..... 9

**VÁ PARA D 34**

D.14c\_1  
O(A) Sr(a) recebe ajuda de alguém para **FAZER SOZINHO SUA HIGIENE PESSOAL** que inclui:

- Lavar e secar as mãos
- Lavar e secar o rosto
- Escovar os dentes
- Pentear o cabelo
- Barbear-se (homens) ou Maquiar-se (mulheres)

**D 32**

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 8  
 NR..... 9

**VÁ PARA D 34**

## COMER

D.15a  
O(A) Sr(a) tem dificuldade para **COMER SOZINHO** a partir de um prato pronto colocado à sua frente?

D 34

Sim..... 1  
Não..... 2  
NS..... 8  
NR..... 9

D15a1  
O(A) Sr(a) precisa da ajuda de alguém para **COMER** a partir de um prato colocado à sua frente?  
(Alguém que corte a comida, encha o copo, ou auxilie com os talheres)

D 35

Sim..... 1  
Não..... 2 } D 38  
NS..... 8  
NR..... 9

D.15b  
O(a) Sr.(a) recebe ajuda de alguém para **COMER**, a partir de um prato colocado a sua frente?

D 36

Sim..... 1  
Não..... 2 } D 38  
NS..... 8  
NR..... 9

## TRANSFERÊNCIA

D.16b  
Para **DEITAR E/OU LEVANTAR DA CAMA; SENTAR E/OU LEVANTAR DA CADEIRA/CADEIRA DE RODAS**, O(A) Sr(a) costuma utilizar algum **APOIO** (bengala, andador, móveis próximos, parede, etc)?

D 38

Sim..... 1  
Não..... 2  
Não se aplica (é acamado)..... 3 → D 41  
NS..... 8  
NR..... 9

D.16a  
O(a) Sr.(a) tem dificuldade para **DEITAR E/OU LEVANTAR DA CAMA; SENTAR E/OU LEVANTAR DA CADEIRA/CADEIRA DE RODAS SOZINHO(A)**?

D 39

Sim..... 1  
Não..... 2  
NS..... 8  
NR..... 9

D.16a1  
O(a) Sr(a) precisa da ajuda de alguém para **DEITAR E/OU LEVANTAR DA CAMA; SENTAR E/OU LEVANTAR DA CADEIRA/CADEIRA DE RODAS**?

D 40

Sim..... 1  
Não..... 2 } D 43  
NS..... 8  
NR..... 9

D.16c  
O(a) Sr(a) recebe ajuda de alguém para **DEITAR E/OU LEVANTAR DA CAMA; SENTAR E/OU LEVANTAR DA CADEIRA/CADEIRA DE RODAS**?

PARA OS ACAMADOS, CONSIDERAR A AJUDA PARA **MOVÊ-LO(A)** NA CAMA.

D 41

Sim..... 1  
Não..... 2 } D 43  
NS..... 8  
NR..... 9

**IR AO BANHEIRO**

IR AO BANHEIRO, DESPIR-SE, SENTAR NO VASO SANITÁRIO, LIMPAR-SE, LEVANTAR DO VASO SANITÁRIO, VESTIR-SE E LAVAR AS MÃOS

D.17b  
Para **IR AO BANHEIRO**, o(a) Sr(a) costuma utilizar algum **APOIO** (bengala, andador, móveis próximos, parede, etc)?

D 43

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 Não se aplica (é acamado ou cadeirante)..... 3 → D 46  
 NS..... 8  
 NR..... 9

D.17a  
O(A) Sr(a) tem dificuldade para **IR AO BANHEIRO SOZINHO(A)** (incluindo sentar e levantar do vaso sanitário)?

D 44

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 Não se aplica (é acamado ou cadeirante)..... 3  
 NS..... 8  
 NR..... 9

D.17a1  
O(A) Sr(a) precisa de ajuda para **IR AO BANHEIRO?**

D 45

Sim..... 1  
 Não..... 2 } D 48  
 NS..... 8  
 NR..... 9

D.17c  
O(A) Sr(a) recebe ajuda de alguém para **IR AO BANHEIRO (incluindo sentar e levantar do vaso sanitário)?**

Para os acamados e cadeirantes, considerar a ajuda para troca-los (fralda, roupa de cama, roupas, etc.)

D 46

Sim..... 1  
 Não..... 2 } D 48  
 NS..... 8  
 NR..... 9

## ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

### PREPARAR A REFEIÇÃO

D.18a  
O(A) Sr(a) tem dificuldade para  
**PREPARAR UMA REFEIÇÃO QUENTE?**

D 48

Sim..... 1  
 Não costuma fazer..... 2  
 Não..... 3  
 NS..... 8  
 NR..... 9

D.18a1  
O(a) Sr(a) precisa de ajuda para  
**PREPARAR UMA REFEIÇÃO QUENTE?**

D 49

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 8  
 NR..... 9

Vá para D 52

D.18b  
O(a) Sr(a) recebe ajuda de alguém para  
**PREPARAR UMA REFEIÇÃO QUENTE?**

D 50

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 8  
 NR..... 9

Vá para D 52

### ADMINISTRAR FINANÇAS

D.19a  
O(A) Sr(a) tem dificuldade para **CUIDAR  
DE SEU PRÓPRIO DINHEIRO?**

D 52

Sim..... 1  
 Não costuma fazer..... 2  
 Não..... 3  
 NS..... 8  
 NR..... 9

D.19a1  
O(A) Sr(a) precisa de ajuda para  
**CUIDAR DE SEU DINHEIRO?**

D 53

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 8  
 NR..... 9

D 56

D.19b  
O(A) Sr(a) recebe ajuda de alguém para  
**CUIDAR DE SEU DINHEIRO?**

D 54

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 8  
 NR..... 9

D 56

## USO DE TRANSPORTE

D.20a  
O(A) Sr(a) tem dificuldade para **UTILIZAR ALGUM TIPO DE TRANSPORTE SOZINHO COMO ÔNIBUS, TAXI, METRÔ, ETC** para ir a outros lugares como igreja, médico, etc?

D 58

Sim..... 1  
 Não costuma fazer..... 2  
 Não..... 3  
 NS..... 8  
 NR..... 9

D.20a1  
O(A) Sr(a) precisa de ajuda para **UTILIZAR ALGUM TIPO DE TRANSPORTE COMO ÔNIBUS, TAXI, METRÔ, ETC** para ir a outros lugares como igreja, médico, etc?

D 59

Sim..... 1  
 Não..... 2 } D 62  
 NS..... 8  
 NR..... 9

D.20b  
Alguém costuma auxiliá-lo(a) a subir ou descer de um transporte ou lhe oferece transporte quando necessita ou ainda o(a) ajuda a consegui-lo (chamar um taxi, por exemplo)?

D 60

Sim..... 1  
 Não..... 2 } D 62  
 NS..... 8  
 NR..... 9

## COMPRAS

D.21a  
O(A) Sr(a) tem dificuldade para **FAZER COMPRAS SOZINHO** (de alimentos, produtos de limpeza, roupas, remédios, etc)?

D 62

Sim..... 1  
 Não costuma fazer..... 2  
 Não..... 3  
 NS..... 8  
 NR..... 9

D.21a1  
O(A) Sr(a) precisa de ajuda para **FAZER COMPRAS?**

D 63

Sim..... 1  
 Não..... 2 } D 66  
 NS..... 8  
 NR..... 9

D.21b  
O(A) Sr(a) recebe ajuda de alguém para **FAZER ESSAS COMPRAS?**

D 64

Sim..... 1  
 Não..... 2 } D 66  
 NS..... 8  
 NR..... 9

## USO DE TELEFONE

D.22a  
O(A) Sr(a) tem dificuldade para  
**UTILIZAR O TELEFONE FIXO OU ORELHÃO?**

D 66

Sim..... 1  
Não tem telefone em casa / não costuma utilizar..... 2  
Não..... 3  
NS..... 8  
NR..... 9

D.22a1  
O(A) Sr(a) precisa de ajuda para  
**UTILIZAR O TELEFONE FIXO OU ORELHÃO?**

D 67

Sim..... 1  
Não..... 2 } **D 70**  
NS..... 8  
NR..... 9

D.22b  
O(A) Sr(a) recebe ajuda de alguém  
quando precisa ou quer **UTILIZAR O TELEFONE FIXO OU ORELHÃO?**

D 68

Sim..... 1  
Não..... 2 } **D 70**  
NS..... 8  
NR..... 9

## TAREFAS DOMÉSTICAS

D.23a  
O(A) Sr(a) tem dificuldade para fazer  
**TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES** como  
arrumar a cama, tirar pó dos móveis, etc?

D 72

Sim..... 1  
Não costuma fazer..... 2  
Não..... 3  
NS..... 8  
NR..... 9

D.23a1  
O(A) Sr(a) precisa de ajuda para fazer  
**TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES?**

D 73

Sim..... 1  
Não..... 2 } **D 76**  
NS..... 8  
NR..... 9

D.23b  
O(A) Sr(a) recebe ajuda de alguém para  
fazer **TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES?**

D 74

Sim..... 1  
Não..... 2 } **D 76**  
NS..... 8  
NR..... 9

## ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

D.25a  
O(A) Sr(a) tem dificuldade para **TOMAR SEUS REMÉDIOS SOZINHO?**

D 80

Sim.....1  
 Não.....2  
 Não toma remédios.....3 → D 85  
 NS.....8  
 NR.....9

D.25a1  
O(A) Sr(a) precisa de ajuda para **TOMAR SEUS REMÉDIOS?**

D 81

Sim.....1  
 Não.....2 } D 85  
 NS.....8 }  
 NR.....9 }

D.25b  
O(A) Sr(a) recebe ajuda de alguém para **TOMAR SEUS REMÉDIOS?**

D 82

Sim.....1  
 Não.....2 } D 84  
 NS.....8 }  
 NR.....9 }

## Função cognitiva

B.3  
Por favor me diga a data de hoje

PERGUNTE MÊS, DIA, ANO, E DIA DA SEMANA. ANOTE UM PONTO EM CADA RESPOSTA CORRETA

**B 04**

Correto = 1	Incorreto = 0
Dia do mês <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Segunda-feira 01
Mês <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Terça-feira 02
Ano <input style="width: 60px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Quarta-feira 03
Dia da semana <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Quinta-feira 04
Hora aproximada <input style="width: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sexta-feira 05
	<input type="checkbox"/> Sábado 06
	<input type="checkbox"/> Domingo 07
Total <input style="width: 40px;" type="text"/>	↓ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Não somar a hora</div>

B.4  
Agora vou lhe dar o nome de três objetos. Quando eu terminar lhe pedirei que repita em voz alta todas as palavras que puder lembrar, em qualquer ordem. Guarde quais são porque vou voltar a perguntar mais adiante. O Sr. tem alguma pergunta?

**Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara, somente uma vez e anote.**

Se o total é diferente de "3":

- 1) Repita todos os objetos até que o entrevistado os aprenda, máximo de repetições: 5 vezes.
- 2) Anote o número de repetições que teve que fazer.
- 3) Nunca corrija a primeira parte.
- 4) Anota-se um ponto por cada objeto lembrado e zero para os não lembrados.

**B 05**

(FALE DEVAGAR E OLHANDO DE FRENTE PARA O(A) IDOSO(A))

Lembrou = 1	Não lembrou = 0
	<b>Correto</b>
Árvore.....	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Mesa.....	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Cachorro.....	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Total.....	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Número de repetições.....	<input style="width: 40px;" type="text"/>

B.5

Agora vou dizer alguns números e gostaria que o Sr (a) os repetisse de trás para frente:

**1 3 5 7 9**

Anote a resposta no espaço correspondente, conforme o(a) idoso(a) for falando.

B 06

Resposta do(a) idoso(a)

9	7	5	3	1

Resposta correta

Número de acertos na ordem correta

B.6

(FALE DEVAGAR E OLHANDO DE FRENTE PARA O(A) IDOSO(A). Não demonstre, apenas dê o comando

Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, apanhe o papel com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque-o sobre suas pernas.

B 07

Passa o papel e anote 1 ponto para cada ação correta

Ação correta = 1

Ação incorreta = 0

Pega o papel com a mão direita..... Dobra na metade com as duas mãos..... Coloca o papel sobre as pernas..... Total..... 

B.7

Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a) repetiu as que lembrou. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra.

B 08

Lembrou = 1

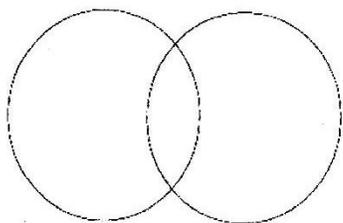
Não lembrou = 0

Correto

Árvore..... Mesa..... Cachorro..... Total.....

B.8

Por favor, copie este desenho.



Entregue ao entrevistado o desenho com os círculos que se cruzam. A ação está correta se os círculos não se cruzam mais do que a metade. Anote um ponto se o desenho estiver correto

B 09

Resultado

Total.....

Correto = 1

Incorreto = 0

B.9 FILTRO

SOME AS RESPOSTAS CORRETAS ANOTADAS NAS PERGUNTAS B 04 A B 09 E ANOTE O TOTAL NA CASELA .

(A PONTUAÇÃO MÁXIMA É 19)

B 10

TOTAL

A soma é 13 ou mais..... 1

A soma é 12 ou menos..... 2

**ATENÇÃO: COPIE ESSE TOTAL EM B 18**

## Bem-estar subjetivo

**Índice de Bem-Estar (OMS) - (WHO 5) (Adaptado) (somente para o(a) idoso(a)**  
 Indique, por favor, para cada um das cinco afirmações, a que mais se aproxima do modo como tem se sentido nas últimas duas semanas. Note que os números maiores indicam maior bem-estar

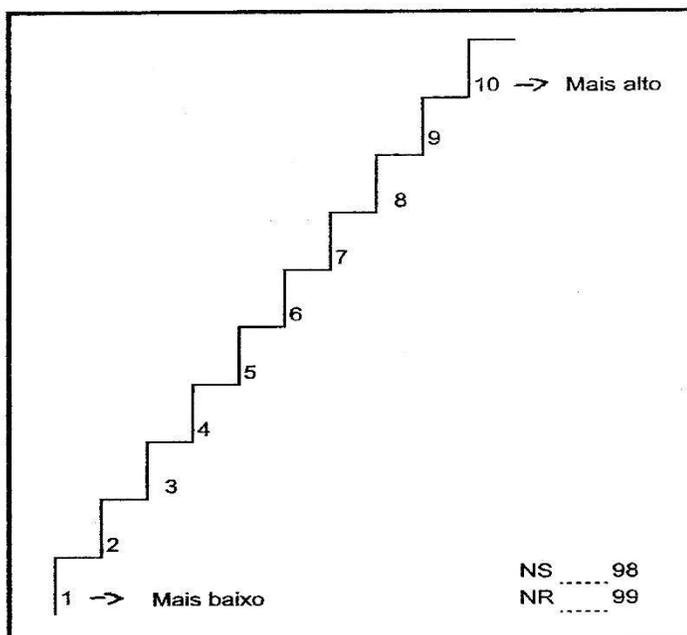
Durante as últimas DUAS SEMANAS o(a) idoso(a)	Nunca	Algumas vezes	Menos da metade do tempo	Mais da metade do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo	NS	NR
Q05 Sentiu-se alegre e bem disposto	0	1	2	3	4	5	8	9
Q06 Sentiu-se calmo e tranquilo	0	1	2	3	4	5	8	9
Q07 Sentiu-se ativo e cheio de energia	0	1	2	3	4	5	8	9
Q08 Acordou sentindo-se descansado	0	1	2	3	4	5	8	9
Q09 Achou que seu dia-a-dia foi preenchido com coisas que o interessavam	0	1	2	3	4	5	8	9

< 13 pior bem estar

## Satisfação global com a vida

Q10  
 Olhando para a escada ao lado, avalie **SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM A VIDA** de modo geral. O degrau mais alto (10) é o máximo de satisfação que alguém pode ter com a vida. O degrau mais baixo (1) representa o mais baixo nível de satisfação com a vida

Q 10



## Sintomas depressivos

**GDS - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA  
(APLICAR SOMENTE AO IDOSO)**

**Agora pense nas últimas DUAS SEMANAS e diga como se sentiu na maior maior parte do tempo nesse período....**

		SIM	NÃO	NS	NR
C.21a O(a) Sr.(a) está basicamente satisfeito com a sua vida?	C 97	1	2	8	9
C.21b Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores?	C 98	1	2	8	9
C.21c Sente que sua vida está vazia?	C 99	1	2	8	9
C.21d Tem estado aborrecido <b>FREQUENTEMENTE</b> ?	C 100	1	2	8	9
C.21e Tem estado de bom humor a maior parte do tempo?	C 101	1	2	8	9
C.21f Tem estado preocupado ou tem medo de que alguma coisa ruim vá lhe acontecer?	C 102	1	2	8	9
C.21g Sente-se feliz a maior parte do tempo?	C 103	1	2	8	9
C.21h Com frequência se sente desamparado ou desvalido?	C 104	1	2	8	9
C.21i Tem preferido ficar em casa em vez de sair e fazer coisas?	C 105	1	2	8	9
C.21j Tem sentido que tem mais problemas com a memória do que outras pessoas de sua idade?	C 106	1	2	8	9
C.21k O(a) sr(a) acredita que é maravilhoso estar vivo?	C.107	1	2	8	9
C.21l Sente-se inútil ou desvalorizado em sua situação atual?	C 108	1	2	8	9
C.21m Sente-se cheio de energia?	C 109	1	2	8	9
C.21n Sente-se sem esperança diante da sua situação atual?	C 110	1	2	8	9
C.21o O(a) sr(a) acredita que as outras pessoas estão em situação melhor que a sua?	C 111	1	2	8	9

## ANEXO II - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA SABE/PB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ESTUDO SABE-PB: INVESTIGAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE, BEM ESTAR E ENVELHECIMENTO EM POPULAÇÕES CONSANGUÍNEAS NO NORDESTE BRASILEIRO

**Pesquisador:** Silvana Cristina dos Santos

**Área Temática:** Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP.);

**Versão:** 1

**CAAE:** 67426017.6.0000.5187

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

**Patrocinador Principal:** Capes Coordenação Aperf Pessoal Nível Superior

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.067.818

**Apresentação do Projeto:**

Projeto encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, para análise e parecer com fins de desenvolvimento de pesquisa vinculada à Proposta já aprovada em edital INCT-CAPES com título ENVELHECIMENTO E DOENÇAS GENÉTICAS: GENÔMICA E METAGENÔMICA", a ser desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UEPB em parceria com pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da USP e Centro de Estudos do Genoma Humano. Trata-se de um estudo transversal de base populacional do tipo descritivo, de abordagem quantitativa. De acordo com Segundo Gil (1999), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Esse tipo de pesquisa, segundo Selltiz et al. (1965), busca descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos. Esta pesquisa será realizada no município de Brejo dos Santos no estado da Paraíba (Brasil), localizado na microrregião de Catolé do Rocha. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2012, sua

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

**Bairro:** Bodocongó

**CEP:** 58.109-753

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)3315-3373

**Fax:** (83)3315-3373

**E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.067.818

população era estimada em 6.197 habitantes, distribuídos em 94 km<sup>2</sup> de área. O critério de seleção do município foi por conveniência, por ser um município de fácil acesso, e cuja secretaria de saúde já tinha parceria estabelecida com pesquisadores da Universidade Estadual da Paraíba. Além disso, de acordo com estudos anteriores, realizados pelo Núcleo de Estudos em Genética e Educação (NEGE-UEPB), a cidade de Brejo dos Santos tem uma taxa considerada de consanguinidade, sendo um fator importante para o estudo, pois segue os objetivos do projeto aprovado no edital do INCT.

**Objetivo da Pesquisa:**

Replicar o estudo SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento) em um município da Paraíba com elevada frequência de consanguinidade para analisar as condições de vida e saúde desses idosos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme a RESOLUÇÃO 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos com graus variados. O presente projeto possui riscos mínimos, caracterizado como "constrangimento aos participantes ou interrupção do seu tempo". Entretanto, esses riscos serão minimizados pelo compromisso ético dos pesquisadores, e pelos benefícios da pesquisa que resultará em um retrato da saúde, bem estar e envelhecimento de uma população da Paraíba e também possibilitará a realização de comparações com os dados obtidos nos estudos de coorte com amostra de São Paulo. As generalizações e conclusões da pesquisa poderão ser utilizadas para planejamento de ações de promoção à saúde de idosos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), pode-se entender que encontra respaldo no perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais da área de saúde, dentre outras áreas do saber científico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os pesquisadores apresentaram, dentro da conformidade e quanto requisitos da Resolução de n. 466/2012 do CNS, os documentos obrigatórios.

**Recomendações:**

O presente Projeto de Pesquisa apresenta os documentos essenciais ao aval e Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, nos moldes do Chick List proposto, concorde com a Resolução de n.

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

**Bairro:** Bodocongó

**CEP:** 58.109-753

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)3315-3373

**Fax:** (83)3315-3373

**E-mail:** cep@uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E**



Continuação do Parecer: 2.067.818

466/2012 do CNS. Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pelo exposto, estando em conformidade com o Protocolo do CEP UEPB, bem como em consonância com os critérios da Resolução 466/2012 do CNS, sou pela APROVAÇÃO do Projeto de Pesquisa. Salvo melhor juízo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_906479.pdf	20/04/2017 12:32:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/04/2017 12:32:00	Silvana Cristina dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SABEprojeto.pdf	20/04/2017 12:29:24	Silvana Cristina dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SABEdeclaracao.pdf	20/04/2017 12:28:56	Silvana Cristina dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SABETermo.pdf	20/04/2017 12:28:28	Silvana Cristina dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	FolhaeRosto.pdf	20/04/2017 12:20:45	Silvana Cristina dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 17 de Maio de 2017

---

**Assinado por:  
Marconi do Ó Catão  
(Coordenador)**

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

## ANEXO III - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA SABE/SP



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP**  
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil  
Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314

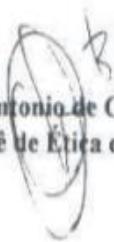
---

**Of.COEP/67/99**

24 de maio de 1999

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa, **aprovou**, em sua 3.ª/99, Sessão Ordinária, de 19.05.99, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Projeto de Pesquisa "AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS NA AMÉRICA DO SUL E CARIBE", apresentado pelo pesquisador Ruy Laurenti, devendo ser remetido à CONEP conforme as normas da Resolução 196/96.

Atenciosamente,

  
**Prof.Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes**  
**Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP**

# ANEXO IV – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO A REVISTA CIENTÍFICA DO ARTIGO 1

17/10/2019

ScholarOne Manuscripts

 Age and Ageing[# Home](#)[/ Author](#)

## Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

**Submitted to**

Age and Ageing

**Manuscript ID**

AA-19-0984

**Title**

Health status associated with functional capacity in long-lived seniors of a developing country: a comparative study between a rural population and another from a large urban center in Brazil

**Authors**

Nóbrega, Júlia Cristina

Freitas, Javanna

Alves, Saionara

Medeiros, Juliana

Brito, Alisson

Santos, Jair

Weller, Mathias

Menezes, Tarciana

Duarte, Yeda

Zatz, Mayana

Santos, Silvana

**Date Submitted**

17-Oct-2019