Dependência Funcional em idosos assistidos por equipes da Estratégia Saúde da Família

Functional Dependence among older adults receiving care from Family Health Strategy teams

Mariano Fagundes Neto Soares[1]
Luciana Colares Maia[2]
Simone de Melo Costa[3]
Antônio Prates Caldeira[4]

Resumo

Objetivo: Avaliar a dependência funcional de um grupo de idosos assistidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Montes Claros (MG), Brasil, identificando fatores associados. *Métodos:* Pesquisa transversal e analítica com grupo de idosos aleatoriamente selecionados. O instrumento utilizado foi o BOMFAQ (*Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Function Assessment Questionnaire*). A coleta de dados foi realizada por equipe treinada, nos domicílios dos idosos. Foram avaliados dados sociodemográficos, econômicos, hábitos de vida, cuidados de saúde, morbidades e Atividades de Vida Diária (AVD). Além de análise descritiva, foram identificados fatores associados à dependência funcional usando o teste qui-quadrado, seguido de análise múltipla hierarquizada, por meio de regressão de Poisson, com variância robusta. *Resultados:* Foram avaliados 1750 idosos. O grupo era predominante feminino e com baixa escolaridade. A maior proporção da amostra foi considerada dependente para a realização de, pelo menos, uma AVD (57,0%). As variáveis que se mostraram associadas à dependência funcional foram: sexo feminino (RP=1,19); idade ≥70 anos (RP=1,33); escolaridade ≤4 anos (RP=1,19); estar desempregado (RP=1,43); não realizar atividade física (RP=1,19) ou caminhadas (RP=1,15); não ouvir rádio como atividade de lazer (RP=1,13); não ter hábito de leitura (RP=1,17); apresentar sintomas depressivos (RP=1,15); internação nos últimos seis meses (RP=1,18); comprometimento da cognição (RP=1,16); insônia (RP=1,13); obesidade

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Avaliação da Deficiência. Atenção Primária à Saúde.

[1] Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Saúde Mental e Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

[2] Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

[3] Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Odontologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

[4] Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Odontologia, Centro de Saúde da Mulher e da Criança, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo nº CDS-BIP00128-18) e Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG – Processo nº CDS - APQ-02965-17).

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/*Correspondence*
Antônio Prates Caldeira
antonio.caldeira@unimontes.br

Recebido: 14/07/2019
Aprovado: 09/01/2020

http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190147

(RP=1,18); queda no último ano (RP=1,11); catarata (RP=1,09), problemas de coluna (RP=1,19); incontinência urinária (RP=1,25); má circulação (RP=1,09) e autopercepção negativa de saúde (RP=1,22). Conclusão: A dependência funcional é multifatorial, mas sofre influência sobretudo das condições de saúde dos idosos.

Abstract

Objective: To evaluate functional dependence among older adults receiving care from Family Health Strategy (FHS) teams, in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, identifying associated factors. *Methods:* A cross-sectional and analytical study with randomly selected older adults was performed. The instrument used was BOMFAQ (the Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire). Data collection was performed by trained staff in the homes of the older adults. Sociodemographic, economic data, living habits, health care, morbidities and Activities of Daily Living (ADL) were evaluated. In addition to descriptive analysis, factors associated with functional dependence were identified using the chi-square test, followed by hierarchical multiple analysis using Poisson regression with robust variance. *Results:* 1,750 older adults were evaluated. The group was predominantly female, with low schooling. The proportion of the sample considered dependent was 57.0%. The variables associated with functional dependence were: female gender (PR=1.19); age ≥70 years (PR=1.33); schooling ≤4 years (PR=1.19); being unemployed (PR=1.43); not performing physical activity (PR=1.19) or walking (PR=1.15); not listening to the radio as a leisure activity (PR=1.13); not having the habit of reading (PR=1.17); presenting depressive symptoms (PR=1.15); hospitalization in the last six months (PR=1.18); cognitive impairment (PR=1.16); insomnia (PR=1.13); obesity (PR=1.18); falls in the last year (PR=1.11); cataracts (PR=1.09), spinal problems (PR=1.19); urinary incontinence (PR=1.25); poor circulation (PR=1.09) and a negative self-perception of health (PR=1.22). *Conclusion:* Functional dependence is multifactorial, but is influenced mainly by the health conditions of older adults.

Keywords: Health of the Elderly. Disability evaluation. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A rápida transição demográfica observada no Brasil e em todo o mundo gera desafios para os serviços públicos de saúde, pois aumenta as demandas por atenção voltada às pessoas idosas[1,2]. Esse grupo populacional tende a apresentar maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, neoplasias e perdas funcionais[3]. A capacidade em realizar as atividades de vida diária (AVD) é o maior indicador da funcionalidade em idosos, cujo conceito baseia na capacidade de cumprir ações demandadas na vida diária e manter-se sem necessidade de ajuda[4]. As atividades de vida diária envolvem funções orgânicas, mentais e psicossociais. Refletem os padrões de normalidade e são comumente divididas em atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD)[5].

Um estado de plena funcionalidade ou independência para a pessoa idosa sofre influência de doenças crônicas e morbidades próprias da idade, mas também de barreiras ambientais físicas, culturais, tecnológicas e legais[6]. A avaliação da funcionalidade visa detectar condições de riscos, identificar demandas, necessidades de utilização de serviços secundários e definir conexões para uma atenção ampla e multidimensional aos idosos. Esse processo permite um diagnóstico clínico adequado que norteia as decisões sobre o cuidado integral do indivíduo.

Limitações da funcionalidade para as pessoas idosas devem ser consideradas como o mais importante indicador de vulnerabilidade e, por isso, devem ser o foco da intervenção de qualquer profissional e/ou equipe responsável pelo seu cuidado. Os profissionais de saúde, em equipes resolutivas, devem desenvolver linhas de cuidado ao idoso, tendo como foco a promoção e a prevenção da saúde e desenvolvendo um modelo hierarquizado de cuidados, segundo as perdas funcionais que

ocorrem frequentemente com o passar dos anos[7,8]. Nesse sentido, é fundamental que as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) busquem conhecer o perfil de funcionalidade da população idosa sob sua responsabilidade.

A partir da percepção de perda da funcionalidade, é possível para a equipe de saúde elaborar intervenções efetivas e antecipadas, propiciando às pessoas idosas e suas famílias a manutenção de uma qualidade de vida satisfatória. Considerando a carência de estudos sobre o tema para a região norte de Minas Gerais e a necessidade de sensibilizar equipes da ESF sobre a necessidade de capacitação sobre o tema, este trabalho teve como objetivo avaliar a dependência funcional entre idosos assistidos por equipes da ESF, na cidade polo da região, identificando os fatores associados.

MÉTODO

Este estudo é parte de uma pesquisa de avaliação do processo de matriciamento, realizado por equipe de especialistas na atenção à saúde dos idosos assistidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O estudo tem caráter observacional, transversal e analítico. Foi conduzido em Montes Claros, ao norte de Minas Gerais, que se caracteriza por representar o principal polo urbano da região.

Para determinação do tamanho amostral, considerou-se uma população estimada de 33.930 idosos (8,2% da população total do município), uma frequência de 50% de idosos com algum nível de comprometimento funcional (considerando tratar-se de uma frequência conservadora, que produz um maior número amostral[9]), um nível de confiança de 95% e uma margem de erro amostral de 3%. O processo de amostragem foi por conglomerados em dois estágios. Inicialmente foram sorteados polos regionais de saúde e, em seguida, em cada polo, realizou-se o sorteio das equipes da ESF e respectivas áreas de abrangência. Para cada território, foram sorteadas as microáreas definidas pelo processo de territorialização das equipes de saúde, nas quais todos os idosos foram considerados elegíveis para o estudo. O tamanho amostral calculado mínimo foi 1.035 indivíduos. Esse valor foi multiplicado por um fator de correção para o efeito do desenho ("*deff*") igual a 1,5 e acrescido de 10% para eventuais perdas, o que definiu um mínimo de 1.708 idosos a serem avaliados.

O processo de coleta de dados, entre fevereiro e outubro de 2017, contou com uma equipe especialmente treinada, composta por estudantes de medicina e enfermeiras. Previamente ao início da pesquisa, foi conduzido um estudo-piloto em área distinta daquelas selecionadas para a pesquisa, para calibração final da equipe (Índice Kappa >0,8 para maioria dos itens aferidos) e os dados não foram incluídos no trabalho final. A aplicação do questionário ocorreu no domicílio dos idosos.

Foram considerados elegíveis para o estudo todas as pessoas idosas cadastradas pelas equipes da ESF das microáreas sorteadas. Foram excluídos os idosos incapacitados para responder aos questionários e que também não tinham um cuidador/responsável disponível durante as visitas. Foram consideradas perdas os idosos que não estavam presentes no domicílio após pelo menos três visitas, em dias e horários diferentes, mesmo após o agendamento prévio.

A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação do *Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Function Assessment Questionnaire* – BOMFAQ. Esse instrumento é uma versão do *Older Americans Resources and Services* – OAR e consiste em uma avaliação multidimensional do idoso adaptada e validada no Brasil[10]. O instrumento contempla, além da capacidade funcional, dados sociodemográficos, de saúde física, de saúde mental através do *Mini Mental State Examination* (MMSE) e do Questionário de Rastreamento Psicogeriátrico (QRP) e informações sobre integração social.

Particularmente em relação à funcionalidade, o BOMFAQ avalia as AVD, investigando o grau de dificuldade referida na realização de quinze atividades cotidianas, das quais oito atividades são classificadas como ABVD (deitar/levantar da cama, comer, pentear cabelo, andar no plano, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro em tempo e cortar unhas dos pés) e sete são consideradas AIVD (subir um lance de escada, medicar-se na hora, andar perto de casa, fazer compras, preparar refeições, sair de condução e fazer limpeza de casa).

A existência de dificuldade ou dependência para a realização de cada uma dessas atividades foi apontada conforme o questionário do BOMFAQ. O somatório de dificuldades compunha o valor dessa variável quantitativa discreta que passou a ser interpretada, dessa forma, como maior comprometimento quanto maiores seus valores, seguindo o critério: Nenhuma dificuldade ou Independente; dificuldade em uma a três atividades: Dependência leve; dificuldade quatro a seis atividades: Dependência moderada; e, dificuldade em sete ou mais atividades: Dependência grave. Para avaliação dos fatores associados à dependência funcional, a variável foi dicotomizada em *dependente* (uma ou mais dificuldades) e *independente* (nenhuma dificuldade).

Foram avaliadas as seguintes variáveis independentes: sexo (masculino x feminino), idade (<70 anos x ≥70 anos), estado civil (casado/união estável x solteiro/viúvo/separado), escolaridade (≤4 anos x >4 anos), emprego atual (sim x não), renda familiar (≤1 salário mínimo x >1 salário mínimo) atividade física regular (sim x não), tabagismo (sim x não), hábito de fazer caminhada (sim x não), dançar (sim x não), praticar esportes (sim x não), assistir televisão (sim x não), ouvir rádio (sim x não) e leitura (sim x não). E ainda morbidades autorreferidas (reumatismo, asma ou bronquite, pressão alta, má circulação, diabetes, obesidade, catarata, incontinência urinária, insônia, problemas de coluna e osteoporose), autopercepção de saúde (positiva x negativa), registro de queda no último ano (sim x não), internação nos últimos seis meses (sim x não).

O comprometimento na cognição aferido pelo Miniexame do Estado Mental e sua categorização (com comprometimento cognitivo x sem comprometimento cognitivo) foi realizada considerando a escolaridade do entrevistado. Assim, o comprometimento cognitivo foi considerado presente para as pessoas sem escolaridade com escore final <13 pontos, para as pessoas com escolaridade entre um e oito anos com escore final <18 pontos e para aqueles com oito ou mais anos de estudo, com escore <26 pontos. Os sintomas depressivos, segundo o Questionário de Rastreamento Psicogeriátrico foram considerados presentes quando o questionário alcançava pontuação final igual ou superior a seis pontos.

Para análise dos dados, inicialmente foi realizada a estatística descritiva, seguida de análise bivariada, com uso do teste qui-quadrado. As variáveis que se mostraram associadas até o nível de 20% na análise bivariada foram avaliadas em modelo hierarquizado pela Regressão de Poisson, com variância robusta, para a obtenção das razões de prevalências (RP) e intervalos de confiança (IC95%) ajustados. A qualidade do ajuste foi aferida pela análise de *deviance* e razão de verossimilhança. Para a composição do modelo hierarquizado, adotou-se a sequência descrita na Figura 1.

Foram respeitados todos os aspectos éticos para a realização da pesquisa. Os participantes e acompanhantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e apresentaram aquiescência, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para os que não sabiam assinar, foi realizada a coleta de digitais. Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade de todas as informações fornecidas, que foram utilizadas exclusivamente para fins do estudo. O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), sob parecer nº 1.628.652.

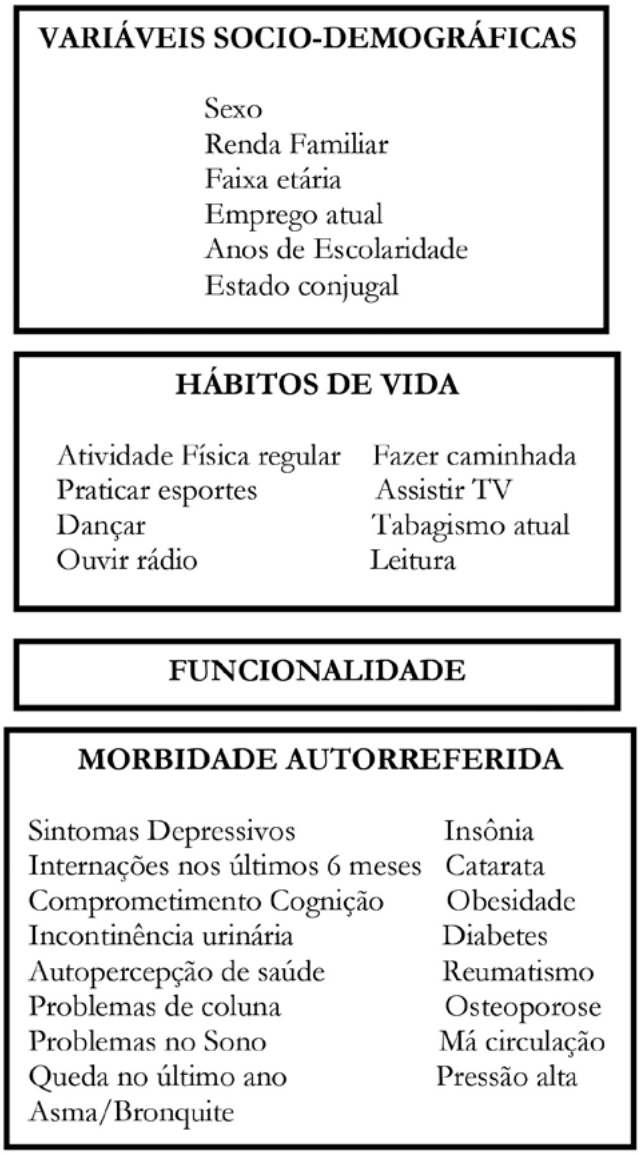

Figura 1. Modelo para análise múltipla hierarquizada de fatores associados ao comprometimento da funcionalidade em idosos. Montes Claros, MG, 2018.

RESULTADOS

Foram avaliados 1.750 idosos, com idade entre 60 e 107 anos. Houve um predomínio da faixa etária entre 60 a 69 anos (48,6%). O sexo feminino contribuiu com 63,4% das entrevistas. A maioria declarou cor da pele preta ou parda (62,8%). Em relação ao grau de escolaridade, a maioria dos idosos não tinha alcançado o segundo grau (88,5%), sendo que 11,5% se declararam analfabetos. Em relação ao estilo de vida, a atividade física regular foi referida por um terço dos idosos (33,3%) e as atividades de lazer mais referidas foram assistir televisão e ouvir rádio. Essas e outras características do grupo estão apresentadas na Tabela 1.

A maior proporção da população pesquisada neste estudo foi considerada dependente para a realização de pelo menos uma AVD (57,0%). A proporção de dependência leve, moderada e acentuada foi, respectivamente de 26,5%, 12,4% e 18,1%.

Tabela 1. Caracterização de idosos assistidos por equipes da Estratégia Saúde da Família. Montes Claros, MG, 2018.

Variáveis	n (%)	%*
Sexo		
Masculino	641 (36,6)	36,6
Feminino	1109 (63,4)	63,4
Raça/cor		
Brancos	630(36,0)	36,0
Pretos	219 (12,5)	12,5
Pardos	879 (50,2)	50,3
Amarelos/Indígenas	21 (1,2)	1,2
Idade (anos)		
60 – 69	851 (48,6)	48,6
70 – 79	569 (32,5)	32,5
80 – 107	330 (18,9)	18,9
Escolaridade		
Analfabeto	201 (11,5)	11,5
1 – 3 anos (Sabe ler/escrever ou primário incompleto)	587 (33,5)	33,6
4 anos (Primário completo)	407 (23,3)	23,3
5 – 8 anos (Ginásio)	230 (13,2)	13,3
> 9 anos (segundo grau ou superior)	324 (18,5)	18,5
Estado Civil		
Solteiro	159 (9,1)	9,1
Casado	911 (52,1)	52,1
União estável	34 (1,9)	1,9
Divorciado/separado	152 (8,7)	8,7
Viúvo	493 (28,2)	28.2
Renda familiar (salários mínimos)		
≤ 1,0	428 (25,9)	25,9
1,1 - 3,0	893 (54,1)	54,1
3,1 a 5,0	216 (13,1)	13,1
> 5,0	114 (6,9)	6,9
Características de Estilo de Vida		
Atividade Física regular	582 (33,3)	33,3
Tabagismo atual	131 (7,5)	7,5
Tabagismo passado	606 (34,7)	34,7
Atividades de lazer**		
Artesanato	744 (43,1)	43,1
Assistir TV	1468 (7,5)	84,2
Ouvir Radio	979 (56,2)	56,2
Leitura	820 (47,2)	47,2
Dançar	167 (9,6)	9,6
Praticar esportes	78 (4,5)	4,5

*Percentual com ponderação pelo peso da amostra; **A soma dos percentuais é superior a 100% porque o instrumento permite registrar mais de uma atividade.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das atividades avaliadas e o nível de dificuldade registrado para cada uma delas. As ABVD mais comprometidas foram *cortar unhas dos pés* e *deitar/levantar da cama*. As principais AIVD comprometidas foram: *subir escadas* e *fazer limpeza da casa*.

As Tabelas 3 e 4 apresentam os resultados das análises brutas (bivariadas) e ajustadas para os fatores associados à dependência funcional, sendo que a tabela 3 inclui variáveis sociodemográficas e hábitos de vida e a tabela 4 inclui as variáveis relacionadas às condições de saúde. As variáveis que se mostraram estatisticamente associadas a algum nível de dependência funcional, após análise múltipla foram: sexo feminino (RP=1,19; IC95%=1,08-1,31); idade de 70 anos ou mais (RP=1,33; IC95%= 1,22-1,45); escolaridade igual ou inferior a quatro anos (RP=1,19; IC95%=1,08-1,31); não possuir emprego atual (RP=1,43; IC95% =1,11-1,85); não realizar atividade física regular (RP=1,19; IC 95%= 1,05-1,34); não fazer caminhadas (RP=1,15; IC 95%=1,01-1,31); não ouvir rádio como passatempo (RP=1,13; IC 95%=1,05-1,22); não ter hábito de leitura (RP=1,17; IC95%=1,07-1,28); apresentar sintomas depressivos (RP=1,15; IC 95%=1,03-1,29); ter registro de pelo menos uma internação nos últimos seis meses (RP=1,18; IC95%=1,09-1,26); apresentar comprometimento da cognição (RP=1,16; IC95%=1,09-1,25); referir insônia (RP=1,13; IC95%=1,04-1,22); obesidade (RP=1,18; IC 95%= 1,09-1,29); ter registro de queda último ano (RP=1,11; IC95%=1,04-1,20); catarata (RP=1,09; IC 95%=1,01-1,18), problemas de coluna (RP=1,19; IC95%= 1,09-1,30); incontinência urinária (RP=1,25; IC95%=1,16-1,36); má circulação (RP=1,09; IC95%=1,01-1,18) e apresentar uma autopercepção negativa de saúde (RP=1,22; IC95%=1,16-1,28).

Tabela 2. Nível de dificuldade para realização de atividades de vida diária entre idosos assistidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família. Montes Claros, MG, 2018.

Atividades de Vida Diária	Muita dificuldade n (%)	Pouca dificuldade n (%)	Nenhuma dificuldade n (%)
Atividades Básicas			
Deitar/levantar cama	144 (8,2)	273 (15,6)	1332 (76,1)
Comer	48 (2,7)	71 (4,1)	1630 (93,2)
Pentear Cabelo	65 (3,7)	85 (4,9)	1599 (91,4)
Andar no Plano	134 (7,7)	173 (9,9)	1442 (82,4)
Tomar Banho	118 (6,7)	87 (5,0)	1544 (88,2)
Vestir-se	98 (5,6)	124 (7,1)	1527 (87,3)
Ir Banheiro em tempo	94 (5,4)	129 (7,4)	1526 (87,2)
Atividades instrumentais			
Cortar unhas dos pés	422 (24,1)	243 (13,9)	1053 (60,2)
Subir Escadas	312 (17,8)	330 (18,9)	1107 (63,3)
Medicar-se na Hora	174 (9,9)	161 (9,2)	1414 (80,8)
Andar perto de Casa	210 (12,0)	131 (7,5)	1408 (80,5)
Fazer compras	276 (15,8)	98 (5,6)	1371 (78,3)
Preparar Refeições	230 (13,1)	73 (4,2)	1422 (81,3)
Sair de Condução	280 (16,0)	149 (8,5)	1315 (75,1)
Fazer Limpeza Casa	364 (20,8)	215 (12,3)	1142 (65,3)

Tabela 3. Análises brutas e ajustadas das associações entre variáveis sociodemográficas e hábitos de vida e dependência para atividades de vida diária (AVD) entre idosos assistidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família. Montes Claros, MG, 2018.

Variáveis	Dependente n (%)	Independente n (%)	*p*-valor	RP($IC_{95\%}$) bruta	RP($IC_{95\%}$) ajustada**
Variáveis sociodemográficas					
Sexo			< 0,001		
Feminino	680 (61,4)	428 (38,6)		1,24(1,13-1,35)	1,19 (1,08-1,31)
Masculino	318 (49,6)	323 (50,4)		1	1
Faixa etária (anos)			<0,001		
≥ 70	599 (66,6)	300 (33,4)		1,42(1,30-1,55)	1,33 (1,22-1,45)
< 70	399 (46,9)	451 (53,1)		1	1
Escolaridade (anos)			<0,001		
≤ 4	733 (61,3)	462 (38,7)		1,31(1,19-1,45)	1,19 (1,08-1,31)
> 4	259 (46,8)	295 (53,2)		1	1
Estado Conjugal			<0,001		
Viúvo/sem cônjuge	510 (63,4)	295 (36,6)		1,23(1,13-1,33)	*
casado/união estável	488 (51,7)	456 (48,3)		1	
Renda Familiar (salários mínimos)			0,82		
≤ 1	260 (60,7)	168 (39,3)		1,08(0,99-1,19)	*
> 1	738 (55,9)	583 (44,1)		1	
Emprego Atual			<0,001		
Não	957 (58,7)	672 (41,3)		1,71(1,34-2,21)	1,43(1,11-1,85)
Sim	41 (34,2)	79 (65,8)		1	1
Hábitos de vida					
Faz Atividade física regular			<0,001		
Não	737 (63,3)	427 (36,7)		1,42(1,28-1,57)	1,19 (1,05-1,34)
Sim	260 (44,7)	322 (55,3)		1	1
Fazer Caminhada como passatempo			<0,001		
Não	778 (62,7)	463 (37,3)		1,44(1,29-1,60)	1,15 (1,01-1,31)
Sim	215 (43,5)	279 (56,5)		1	1
Dançar como passatempo			0,007		
Não	916 (58,4)	653 (41,6)		1,23(1,05-1,47)	*
Sim	79 (47,4)	88 (52,7)		1	
Ouvir rádio como passatempo			<0,001		
Não	478 (62,7)	284 (37,3)		1,19(1,10-1,29)	1,13 (1,05-1,22)
Sim	520 (52,7)	467 (47,3)		1	1
Leitura como passatempo					
Não	582 (63,4)	336 (33,6)		1,27(1,16-1,38)	1,17(1,07-1,28)
Sim	416 (50,1)	415 (49,9)		1	1
Praticar esportes como passatempo			<0,001		
Não	962 (58,1)	693 (41,9)		1,52(1,17-1,97)	*
Sim	36 (38,3)	58 (61,7)		1	

continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis	Dependente n (%)	Independente n (%)	*p*-valor	RP($IC_{95\%}$) bruta	RP($IC_{95\%}$) ajustada**
Assistir TV como passatempo			0,79		
Não	160 (58,0)	166 (42,0)		1,02(0,91-1,14)	*
Sim	838 (56,9)	635 (43,1)		1	
Tabagismo atual			0,85		
Sim	73 (56,2)	57 (43,8)		0,98(0,83-1,15)	*
Não	925 (57,1)	694 (52,9)		1	

*Excluído após ajuste com outras variáveis (sem significância estatística); **Razão de verossimilhança (Teste de Omnibus): $p<0,001$.

Tabela 4. Análises brutas e ajustadas das associações entre variáveis relacionadas às condições de saúde com dependência para atividades de vida diária (AVD) entre idosos assistidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família. Montes Claros, MG, 2018.

Variáveis	Dependente n (%)	Independente n (%)	*p*-valor	RP($IC_{95\%}$) bruta	RP($IC_{95\%}$) ajustada****
Sintomas Depressivos**			<0,001		
Sim	97 (78,2)	27 (21,8)		1,41(1,27-1,56)	1,15(1,03-1,29)
Não	901 (55,4)	724 (44,6)		1,00	1,00
Internações nos últimos 6 meses			<0,001		
Sim	99 (81,8)	22 (18,2)		1,49(1,35-1,63)	1,18(1,09-1,26)
Não	899 (55,2)	729 (44,8)		1,00	1,00
Comprometimento cognição (Minimental) ***			<0,001		
Sim	161 (80,1)	40 (19,9)		1,48(1,36-1,61)	1,16(1,09-1,25)
Não	837 (54,1)	711 (45,9)		1,00	1,00
Pressão alta			<0,001		
Sim	752 (60,7)	486 (39,3)		1,26(1,14-1,39)	*
Não	246 (48,1)	265 (51,9)		1,00	
Diabetes			0,002		
Sim	232 (64,1)	130 (35,9)		1,16(1,06-1,27)	*
Não	766 (55,2)	621 (44,8)		1,00	
Insônia			<0,001		
Sim	377 (62,6)	142 (27,4)		1,44(1,33-1,55)	1,13(1,04-1,22)
Não	621 (50,5)	609 (49,5)		1,00	1,00
Obesidade			<0,001		
Sim	227 (68,8)	103 (31,2)		1,27(1,16-1,38)	1,18(1,09-1,29)
Não	771 (54,3)	648 (45,7)		1,00	1
Quedas no último ano			<0,001		
Uma ou mais	369 (69,1)	165 (30,9)		1,33(1,23-1,44)	1,11(1,04-1,20)
Nenhuma	629 (51,8)	586 (48,2)		1,00	1,00
Asma e Bronquite			0,160		
Sim	92 (62,6)	55 (37,4)		1,10(0,97-1,26)	*
Não	906 (56,6)	696 (43,4)		1,00	

continua

Continuação da Tabela 4

Variáveis	Dependente n (%)	Independente n (%)	*p*-valor	RP($IC_{95\%}$) bruta	RP($IC_{95\%}$) ajustada****
Catarata			<0,001		
Sim	286 (71,3)	115 (28,7)		1,35(1,25-1,46)	1,09 (1,01-1,18)
Não	712 (52,8)	636 (47,2)		1,00	1,00
Problemas de coluna			<0,001		
Sim	551 (68,2)	257 (31,8)		1,44(1,32-1,56)	1,19 (1,09-1,30)
Não	447 (47,5)	494 (52,5)		1,00	1,00
Incontinência urinária			<0,001		
Sim	256 (84,8)	46 (15,2)		1,65(1,54-1,77)	1,25(1,16-1,36)
Não	742 (51,3)	705 (48,7)		1,00	1,00
Má circulação			<0,001		
Sim	486 (67,1)	238 (32,9)		1,34(1,24-1,45)	1,09 (1,01-1,18)
Não	512 (50,0)	513 (50,0)		1,00	1,00
Osteoporose			<0,001		
Sim	92 (70,8)	38 (29,2)		1,26(1,12-1,42)	*
Não	906 (56,0)	713 (44,0)		1,00	
Reumatismo			<0,001		
Sim	250 (71,6)	99(28,4)		1,34(1,23-1,46)	*
Não	748 (53,4)	652 (46,6)		1,00	
Autopercepção de saúde			<0,001		
Negativa	387 (75,7)	124 (24,3)		1,53(1,42-1,65)	1,22(1,16-1,28)
Positiva	611 (49,4)	627 (50,6)		1,00	1,00

*Excluído após ajuste com outras variáveis (sem significância estatística); **Rastreio de transtorno depressivo pelo questionário QRP; ***Rastreio de sintomas demenciais através do score do mini mental Bertolucci; ****Razão de verossimilhança (Teste de Omnibus): p<0,001

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu a identificação de uma elevada prevalência de dependência funcional entre os idosos assistidos pelas equipes da ESF (57,0%). A análise dos fatores associados à ocorrência de dependência funcional para o grupo avaliado destaca que se trata de um evento multifatorial e que sofre influência, sobretudo das condições de saúde dos idosos, envolvendo diversos sistemas funcionais (cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação). A literatura internacional registra valores muito díspares para a avaliação da dependência funcional entre idosos, com valores que variam entre 6,6% a 92,0%[11,12]. Esses valores tão discrepantes devem ser avaliados de forma criteriosa, pois são, quase sempre, decorrentes de análises particulares de idosos, populações distintas ou utilização de diferentes instrumentos para aferição ou definição do evento estudado. A prevalência de 92,0%, por exemplo, retrata uma população nonagenária[12].

No Brasil, em estudo realizado no interior de São Paulo, os autores registraram que 8,49% dos idosos eram dependentes funcionais para as ABVD e 10,96% para as AIVD[13]. Outra pesquisa de base populacional realizada no Rio Grande do Sul, encontrou a prevalência de incapacidade para atividades básicas de 10,6%, e para atividades instrumentais, de 34,2%[14]. Todavia, em ambos os estudos foram utilizadas escalas diferentes do que se empregou no presente estudo.

Em outros países, os resultados de estudos que utilizaram população e instrumentos mais similares registraram resultados mais elevados de comprometimento funcional. Na Polônia foram observadas prevalências de 36,85% e 43,19% respectivamente para ABVD e AIVD[15] e no México,

entre idosos da comunidade, identificou-se prevalência de 31,3% para dependência em AIVD[16]. Ainda assim, os valores observados no presente estudo denotam maior nível de dependência funcional e devem alertar os profissionais e gestores de saúde locais.

Entre as variáveis demográficas, este estudo identificou associação com sexo feminino, idade acima de 70 anos, a baixa escolaridade e o fato de não estar empregado. Quanto à maior prevalência de comprometimento funcional entre as mulheres, esse aspecto já foi apontado em outros estudos[17,18]. Em relação à idade mais avançada, embora com pontos de corte diferentes, existe consenso na literatura[5,11,14,17,19]. Outros estudos também registraram associação da incapacidade funcional com níveis mais baixos de escolaridade[14,17,19,20]. Os achados podem ser explicados por: maior sobrevivência e prevalência de condições incapacitantes não-fatais entre as mulheres (osteoporose, catarata e diabetes por exemplos) além do fato das mulheres reportarem maiores dificuldades funcionais do que os homens[18]. A dificuldade de acesso à educação expõe a fatores de risco para doenças e piores condições de trabalho, sendo um dificultador de hábitos saudáveis de vida[20]. Particularmente em relação ao fato de não estar empregado, pode ser uma decorrência das limitações impostas pelo comprometimento funcional ou pela idade mais avançada, que propiciaria a aposentadoria[21].

Um estudo realizado com população da comunidade demonstrou maior risco de dependência funcional em idosos com idade ≥ 80 anos, uso de dois ou mais medicamentos e comprometimento cognitivo[22]. Outro estudo nacional descreveu que idosos que vivem só apresentam pior estado de saúde e hábitos relacionados à saúde com maior prevalência de dependência funcional associada com atividades instrumentais da vida diária[23]. No presente estudo, a associação com o estado conjugal não foi observada. De forma similar a renda familiar também não se mostrou associada, fato que pode ser resultado de características mais uniformes da população avaliada, pois se trata de um grupo de idosos vinculados às equipes da ESF.

Em relação aos hábitos de vida, este estudo identificou que o sedentarismo, avaliado pela inatividade física autorreferida ou a ausência do hábito de realizar caminhadas regularmente, tem impacto direto na dependência funcional. Outros trabalhos demonstraram que a atividade física regular se associa com a melhor estado de funcionalidade e qualidade de vida dos idosos[24,25]. A atividade física regular atenua e reverte a perda de massa muscular contribuindo para o controle do estresse, obesidade, diabetes e melhora da aptidão funcional do idoso[26,27]. Atividades de lazer como ouvir rádio e leitura mostraram-se estatisticamente associados ao evento estudado. Embora não tenha sido identificado na literatura investigações de tais variáveis, o estudo Epidoso concluiu que atividades de lazer devem ser valorizadas, pois têm efeito protetor sobre a funcionalidade dos idosos[28]. É possível também que esses dados sejam indicadores de idosos mais envolvidos com seu ambiente e com melhores condições cognitivas.

Relativamente às morbidades autorreferidas, as que mantiveram significância estatística, após análise de regressão múltipla, foram: insônia, obesidade, catarata, problemas de coluna, incontinência urinaria e má-circulação. As doenças crônicas apresentaram forte impacto na funcionalidade do idoso. Algumas dessas condições já foram associadas a dependência funcional[15,20,29,30]. Em um estudo espanhol, os autores relataram mais de uma doença crônica apresentaram cerca de duas vezes mais chances de dependência funcional para AVD e AIVD[30].

Este trabalho mostrou relação de sintomas depressivos com maior prevalência de dependência funcional, semelhante ao que já foi apontado em outro estudo[31]. Trata-se de uma associação natural, considerando que se trata de um transtorno multifatorial da área afetiva e do humor, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais. O pior desempenho cognitivo, mensurado pelo Miniexame do Estado Mental neste trabalho, associou-se com o comprometimento da funcionalidade, achado reforçado em outros trabalhos[11,14,30,32]. Isso pode estar associado não apenas ao fato de que a cognição integra um dos seus domínios, como também porque ela contribui para preservar a funcionalidade.

O histórico de quedas no último ano também se mostrou associado à dependência funcional, após análise ajustada. As quedas representam um sério

problema para as pessoas idosas e estão relacionadas a altos índices de morbimortalidade e redução da capacidade de mobilidade e realização de várias AVD. Estudo, utilizando o mesmo instrumento *BOMFAQ,* mostrou aumento na dificuldade de realização das AVDs, proporcionalmente ao número de quedas anterior[33]. Em estudo prospectivo realizado em São Paulo[34], observou-se piora na dependência funcional após internação hospitalar, o que é compatível com os dados do presente estudo.

A autopercepção negativa da saúde também se mostrou como variável associada à dependência funcional. Parece natural admitir que respostas mais pessimistas na avaliação de autopercepção da saúde se associem com a dependência funcional. Esta variável está associada a morbidade e mortalidade além de limitações nas AVD[35]. Por outro lado, autoavaliações positivas de saúde, são preditoras de envelhecimento saudável[36].

É preciso salientar que os resultados do presente estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações. Trata-se de um estudo com população especialmente assistida por equipes da ESF e, portanto, os resultados não podem ser generalizados para a toda a população de idosos. Todavia, trata-se da população mais vulnerável e que demanda maiores cuidados. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível estabelecer relações causais. Considerando ainda que muitas informações foram autorreferidas, é possível que exista limitações de memória para os dados aferidos. Por outro lado, houve utilização de instrumentos validados e o processo de amostragem alocação definiu boa representatividade para o grupo estudado e registrou poucas perdas.

CONCLUSÃO

O estudo identificou uma elevada proporção de idosos com comprometimento funcional. As variáveis estatisticamente associadas à dependência funcional, após análise de regressão destacam o papel de algumas morbidades autorreferidas e envolvem os diversos sistemas funcionais (cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação). Logo, uma visão ampliada e atualizada se faz necessária, para que a equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família (ESF), conduza melhor esse grupo de idosos. Esses aspectos devem ser reforçados na formulação de políticas públicas de promoção de saúde. Estratégias de atenção à saúde do idoso devem garantir acesso aos serviços integrais e de longa data centrados nas necessidades desse público, alinhando os sistemas de saúde às suas necessidades, com enfoque na assistência multiprofissional, pois isso pode refletir positivamente sobre a capacidade funcional dessa população

A saúde para a população idosa é intimamente ligada à funcionalidade, que compreende as potencialidades na gestão da própria vida ou de cuidar de si mesmo. O presente estudo adquire particular importância ao avaliar a dependência funcional de idosos no ambiente da comunidade assistida pelas equipes da ESF. Embora alguns determinantes na funcionalidade das pessoas idosas sejam genéticos, muitos se relacionam com o ambiente físico e social em que vivem, bem como suas características pessoais: sexo, etnia ou condições socioeconômicas.

Editado por: Tamires Carneiro Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: WHO; 2017.
2. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016;19(3):507-19.
3. Veras RP. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Cad Saúde Pública. 2007;23(1):2463-6.
4. Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. Ciênc Saúde Colet. 2013;18(1):2949-56.
5. Del Duca GF, Silva MCD, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Rev Saúde Pública. 2009;43(5):796-805.

6. Lopes G, Santos M. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2015;18(1):71-83.

7. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciênc saúde colet 2018;23(6):1929-36.

8. Veras RP. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016;19(6):887-905.

9. Medronho RA, Bloch KA, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.

10. Blay SL, Ramos, LR, de Mari JJ. Validity of a Brazilian version of the Older Americans Resources and Services (OARS) mental health screening questionnaire. J Am Geriatr Soc. 1988;36(8):687-92.

11. Ng TP, Niti M, Chiam PC, Kua EH. Prevalence and correlates of functional disability in multiethnic elderly singaporeans. J Am Geriatr Soc. 2006;54(1):21-9.

12. Berlau DJ, Corrada MM, Kawas C. The prevalence of disability in the oldest-old is high and continues to increase with age: findings from The 90+ Study. Int J Geriatr Psychiatry. 2009;24(11):1217-25.

13. Kagawa C, Corrente J. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2015;18(3):577-86.

14. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. Epidemiol Serv Saúde. 2017;26(1):295-304.

15. Cwirlej-Sozańska A, Sozański B, Wiśniowska-Szurlej A, Wilmowska-Pieturuszyńka A. An assessment of factors related to disability in ADL and IADL in elderly inhabitants of rural areas of south-eastern Poland. Ann Agric Environ Med. 2018;25(3):504-11.

16. Cervantes Becerra RG, Villarreal Ríos E, Galicia Rodriguez L, Vargas Daza ER, Martínez González L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. Aten Prim. 2015;47(6):329-35.

17. Assis VG, Marta SN, de Conti MHS, Gatti MAN, Simeão SFDSP, de Vitta A. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2015;17(1):153-63.

18. Campos ACV, Almeida MHM, Campos GV, Bogutchi TF. Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016;19(3):545-59.

19. Ballesteros SM, Moreno-Montoya J. Individual and state-level factors associated with functional limitation prevalence among Colombian elderly: a multilevel analysis. Cad Saúde Pública. 2018;34(8):e00163717 [12 p.].

20. Machado A, Vieira MCU. Impacto de fatores socioeconômicos na funcionalidade da pessoa idosa portadora de condições crônicas. Rev Enferm UFSM. 2015;5(1):81-91.

21. Costa AMMR, Moraes PF, Costa JLR, Lopes RGC. Envelhecimento e trabalho. In: Costa JLR, Costa AMMR, Fuzaro Júnior G, Organizadores. O que vamos fazer depois do trabalho?: reflexões sobre a preparação para aposentadoria. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2016. p. 23-32.

22. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis Júnior WM, Rocha SV, Brito TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. Acta Paul Enferm. 2012;25(6):933-9.

23. Negrini ELD, Nascimento CF, Silva A, Antunes JLF. Quem são e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2018;21(5):523-31.

24. Neto MG, Mayan M, Caldas L, Laine C, Amorin P. Estudo comparativo da funcionalidade e qualidade de vida entre idosos de diferentes classes econômicas. Fisioter Bras. 2017;18(5):541-6.

25. Roma MFB, Busse AL, Betoni RA, Melo AC, Kong J, Santarem JM, et al. Efeitos das atividades físicas resistidas e aeróbia em idosos em relação à aptidão física e à funcionalidade: ensaio clínico prospectivo. Einstein. 2013;11(2):153-7.

26. Leinonen R, Heikkinen E, Jylha M. Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. Arch Gerontol Geriatr. 2002;35(1):79-92.

27. Bocalini DS, dos Santos L, Serra AJ. Physical exercise improves the functional capacity and quality of life in patients with heart failure. Clinics. 2008;64:437-42.

28. D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Work, social support and leisure protect the elderly from functional loss: Epidoso Study. Rev Saúde Pública. 2011;45(4):685-92.

29. Gomes-Neto M, Araujo AD, Junqueira IDA, Oliveira D, Brasileiro A, Arcanjo FL. Estudo comparativo da capacidade funcional e qualidade de vida entre idosos com osteoartrite de joelho obesos e não obesos. Rev Bras Reumatol. 2016;56(2):126-30.

30. Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Fernández-Arruty T, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. Arch Gerontol Geriatr. 2010;50(3):306-10.

31. Paredes-Arturo YV, Yarce-Pinzón E, Aguirre-Acevedo DC. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. Rev Cienc Salud. 2018;16(1):114-28.

32. Marra TA, Pereira LSM, Faria CDCM, Pereira DS, Martins MAA, Tirado MGA. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. Rev Bras Fisioter. 2007;11(4):267-73.

33. Ricci NA, Gonçalves DDFF, Coimbra IB, Coimbra AMV. Fatores associados ao histórico de quedas de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. Saúde Soc. 2010;19(4):898-909.

34. Carvalho TC, Valle AP, Jacinto AF, Mayoral VFS, Boas PJFV. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2018;21(2):134-42.

35. Medeiros FL, Xavier AJ, Schneider IJC, Ramos LR, Sigulem D, D'Orsi E. Inclusão digital e capacidade funcional de idosos residentes em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, (EpiFloripa 2009-2010). Rev Bras Epidemiol. 2012;15(1):106-22.

36. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, D'Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2015;31(5):1049-60.