

# Fatores associados à independência funcional de mulheres idosas no município de Cuiabá/MT

*Factors associated with the functional independence of elderly women in the city of Cuiabá*

Idilaine de Fátima Lima<sup>1</sup>  
Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo<sup>2</sup>  
Annelita Almeida Oliveira Reiners<sup>2</sup>  
Ageo Mario Cândido da Silva<sup>3</sup>  
Luciane Cegati de Souza<sup>4</sup>  
Natália Araujo de Almeida<sup>5</sup>

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

## Resumo

**Objetivo:** Analisar a prevalência e os fatores associados à independência funcional de mulheres idosas na comunidade. **Método:** Estudo transversal, realizado na zona urbana do município de Cuiabá-MT, com 247 idosas de 60 anos e mais. Os dados foram coletados por meio de entrevista, utilizando como instrumentos o Mini Exame do Estado Mental, questionário com dados sociodemográficos e de saúde, Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody. Foram utilizadas como medidas de associação a razão de prevalência e o teste de Qui-quadrado ( $p \leq 0,05$ ). Para a análise múltipla, utilizou-se o modelo de regressão de Poisson por meio do *Statistical Package for Social Sciences 22.0*. **Resultados:** A prevalência de independência funcional foi de 63,2%. As variáveis associadas à independência foram: faixa etária mais jovem, renda maior que um salário mínimo, fazer uso de até dois medicamentos, não ter sido internada nos últimos 6 meses e nem ter tido imobilização que impossibilitasse sua locomoção após os 60 anos de idade, realizar visitas a amigos/parentes, participação social e praticar atividade física. **Conclusão:** As variáveis associadas estão diretamente relacionadas ao envelhecimento mais saudável. Mesmo na presença de patologias consideradas comuns no processo de envelhecimento, a prática de atividade física e o convívio social são importantes marcadores dessa independência.

**Palavras-chave:** Idoso. Saúde da mulher. Envelhecimento.

## Abstract

**Objective:** To analyze the prevalence of and factors associated with functional independence among community based elderly women. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in the urban area of the city of Cuiabá, in the state of Mato Grosso, involving 247 women aged 60 and over. Data was collected through interviews, using instruments such as the Mini Mental State Examination, a questionnaire about demographic and health data, the Katz Index and the Lawton and Brody Scale. Prevalence ratio and the

**Keywords:** Elderly. Woman's health. Aging.

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Tangará da Serra (FACISA/TS) – UNIC Tangará Sul, Departamento de Enfermagem. Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Faculdade de Enfermagem (FAEN). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

<sup>4</sup> Secretaria de Estado e Saúde (SES), Auditoria Geral do SUS. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

<sup>5</sup> Hospital Universitário Júlio Müller (HUMJ), Assistência de enfermagem. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

chi-squared test ( $p=0.05$ ) were used as measures of association, whereas for multivariate analysis, the Poisson regression model was used. Calculations were performed with the Statistical Package for Social Sciences 22.0 program. *Results:* The prevalence of functional independence was 63.2%. The variables associated with independence were a younger age, an income greater than the minimum wage; the use of up to two drugs, did not need hospitalization in the last 6 months, had not experienced immobilization that prevented locomotion after age 60, visiting friends and relatives, social participation and physical activity. *Conclusion:* All the variables were strongly associated with healthy aging. Even in the presence of pathologies considered common to the aging process, the practice of physical activity and social interaction are important markers of functional independence.

## INTRODUÇÃO

O número de pessoas com 60 anos ou mais é o que mais cresce proporcionalmente em todo mundo se comparado com as demais faixas etárias. Nesse processo de envelhecimento, a quantidade de idosos no mundo é de 70 milhões a mais que a dos homens.<sup>1</sup> No Brasil, elas representam 55,8% da população de pessoas com 60 anos e mais.<sup>2</sup> Esse fenômeno, denominado “feminização da velhice”, é decorrente da maior longevidade das mulheres em relação aos homens.<sup>3</sup>

Esse número crescente de idosos tem trazido preocupações mundiais sobre a necessidade de implementação de novas políticas públicas que possibilitem a manutenção da independência funcional dessa população ao longo do envelhecimento. Neste sentido e conforme proposto pela Organização Mundial de Saúde (2004),<sup>4</sup> o Ministério da Saúde, através de algumas políticas públicas e de sua rede de atenção, vem desenvolvendo ações para a recuperação, manutenção e promoção à autonomia e à independência da pessoa idosa.<sup>5</sup> Desta maneira, espera-se que esse segmento da população permaneça pelo máximo tempo possível com sua capacidade de realizar atividades cotidianas sem necessidade de auxílio, bem como com a manutenção de sua autonomia, liberdade de ação e tomada de decisões.<sup>6,7</sup>

Alguns instrumentos foram elaborados com o intuito de se avaliar o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para realização de tarefas motoras e cognitivas, por exemplo, a Medida

de Independência Funcional (MIF).<sup>8</sup> Contudo, essas avaliações são de difícil aplicação em idosos da comunidade, sendo realizadas, na maioria das vezes, em pacientes institucionalizados ou hospitalizados.

A Escala de Independência em Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs), criada originalmente para avaliar os resultados do tratamento em idosos e o prognóstico em doentes crônicos, propicia descrição sumária da capacidade de autocuidado e a capacidade da realização de funções cotidianas, sendo um instrumento utilizado para a aferição da capacidade funcional tanto em idosos institucionalizados quanto na comunidade.<sup>9</sup> Já as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) são consideradas ações mais complexas no dia a dia, sendo relacionada com a capacidade de convívio do idoso na comunidade.<sup>10</sup>

Em relação ao gênero, alguns autores encontraram mais casos de incidência de dependência em mulheres quando comparados aos homens.<sup>11,12</sup> Por serem mais longevas, as mulheres tornam-se mais susceptíveis à diminuição de sua capacidade funcional, bem como de sua capacidade de realizar atividades que fazem parte do seu cotidiano e convívio na comunidade, mesmo na presença de algumas morbidades.<sup>13,14</sup> Contudo, nem sempre essa literatura é consensual no que se refere a capacidade funcional das mulheres idosas.<sup>15,16</sup>

Neste contexto, é importante conhecer quais são as condições que levam à independência dessas idosas e a complexa interrelação de todos os fatores envolvidos no envelhecimento.

É sabido que os modelos de atenção à saúde do idoso predominantes em nosso país são altamente “medicalizados”, ineficientes e de custos elevados devido à utilização de serviços de alta complexidade. A identificação dos fatores associados à independência funcional pode orientar práticas de prevenção e promoção à saúde nos demais estratos populacionais, diminuindo assim a intensa utilização de serviços de maiores complexidades na atenção à saúde.

O monitoramento das condições de saúde e de seus determinantes pode propiciar a elaboração de políticas sociais e de saúde mais efetivas. Portanto, o objetivo desta pesquisa foi analisar a prevalência e os fatores associados à independência funcional de mulheres idosas na comunidade.

## MÉTODO

Realizou-se um estudo de delineamento transversal com idosas residentes na zona urbana do município de Cuiabá-MT. As idosas foram selecionadas a partir do estudo de Cardoso *et al.* (2014),<sup>17</sup> que avaliaram o status de saúde de idosos e fatores associados na zona urbana de Cuiabá. Neste estudo, a amostra foi determinada a partir do cálculo para populações finitas, considerando intervalo de confiança de 95%, erro de amostragem de 5%. A partir da amostragem por conglomerados, foi determinada a visitação em 11 setores censitários, e para determinar a quantidade de idosos a serem entrevistados nos distritos urbanos de Cuiabá, foi utilizada a quantidade total de idosos residentes em cada um e estratificados por sexo, perfazendo um total de 573 idosos.

Do total de idosos participantes do estudo anterior, 319 eram mulheres com 60 anos e mais, as quais foram selecionadas para a presente pesquisa.

Estabeleceu-se como critério de exclusão a presença de declínio cognitivo ou, em sua presença, inexistência de cuidador ou responsável que pudesse auxiliar a idosa nas respostas da entrevista. O declínio cognitivo foi avaliado através da aplicação do Mini Exame de Estado Mental (MEEM), seguindo o escore de escolaridade estabelecido pelo Ministério da Saúde.<sup>6</sup>

Considerou como tendo declínio cognitivo as idosas analfabetas cuja somatória do MEMM foi menor que 19, as idosas com 1 a 3 anos de estudo e pontuação menor que 23, as que estudaram de 4 a 7 anos e obtiveram menos de 24 pontos e as idosas com mais de 7 anos de estudo com score final menor que 28.<sup>6</sup> A coleta de dados foi realizada no período de 30 de março a 30 de maio de 2014, no domicílio da idosa, após leitura e obtenção da assinatura das participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando como instrumentos um questionário previamente testado contendo informações *sociodemográficas*: idades categorizadas em 60 a 79 anos e 80 anos e mais; estado conjugal dicotomizado em casada versus separada/viúva/solteira); com quem a idosa mora (sozinha versus acompanhada); anos de estudo (analfabeta, 1 a 3 anos, 4 a 7, mais que 7 anos, posteriormente, recategorizadas em analfabeta ou com até 3 anos e 4 anos ou mais de estudos); aposentada (sim/não); situação ocupacional (ativa/inativa); renda da idosa (até 1 salário mínimo e mais que um salário mínimo. *Condição de saúde das idosas*: autopercepção de saúde (ótima/boa versus regular/ruim/péssima); internação nos últimos seis meses (sim/não); problemas de saúde (sim/não), obtidos de uma lista com várias doenças prevalentes na “velhice”, quantos problemas de saúde (1 problema e 2 ou mais); uso regular de medicamentos (sim/não); quantidade de medicamentos utilizados (até 2 e 3 ou mais); relato de queda após os 60 anos (sim/não); relato de queda no último ano (sim/não); teve lesão ou fratura após os 60 anos (sim/não); imobilidade após os 60 anos (sim/não) referindo à impossibilidade de locomoção, podendo ser acamada e/ou cadeirante, independente da causa. *Relações sociais*: visita amigos ou parentes (sim/não); recebe visitas (sim/não); frequenta algum grupo social (sim/não); praticou alguma atividade física ao menos uma vez por semana no último mês (sim/não).

A independência funcional foi verificada utilizando o Índice de Katz,<sup>9</sup> que avalia a capacidade dos idosos para a realização de seis AVD (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) e a Escala de Lawton e Brody,<sup>10</sup> que determina a capacidade de realização das AIVD em

nove atividades (usar telefone, ir a locais distantes usando transporte, fazer compras, preparar a própria refeição, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais domésticos, lavar roupas, tomar remédios e cuidar de suas finanças). Ambas as escalas foram validadas e adequadas à realidade brasileira e recomendadas pelo Ministério da Saúde.<sup>6</sup>

Hierarquicamente, as perdas funcionais ocorrem no sentido das AIVD para as AVD. Seguindo esse princípio, as idosas foram classificadas, a priori, como independentes quando pontuaram 27 pontos na escala de Lawton e Brody e não necessitavam de assistência nas tarefas do Índice de Katz. As que obtiveram de 10 a 26 pontos foram classificadas como dependentes parciais e caso somassem até 09 pontos para as AIVD e ao mesmo tempo necessitassem de assistência total em todas as AVD seriam consideradas dependentes totais.

Neste caso, partiu-se do pressuposto de que, se a idosa fosse capaz de realizar todas as AIVD sem necessitar de ajuda, ela também seria capaz de realizar as AVD. Importante destacar que não houve nenhuma participante classificada com pontuação até 09 pontos pela AIVD, em razão disso, nenhuma participante foi considerada como dependente total.

Os dados foram codificados, digitados e realizada análise bivariada por meio do programa EPI-INFO 7.0. As variáveis foram descritas em frequências absoluta (n) e relativa (%). Na análise bivariada, foram identificadas as associações entre a variável resposta (independência funcional) e as demais variáveis de exposição. Para o cálculo de significância estatística da associação, utilizou-se o teste de Qui-Quadrado ( $p \leq 0,05$ ), pelo método de Mantel-Haenszel (IC 95%).

A análise múltipla foi realizada por meio do modelo da Regressão de *Poisson*, utilizando-se o *Statistical Package for Social Sciences* 22.0 (SPSS). Foram incluídas todas as variáveis que apresentaram associação com  $p$ -valor  $\leq 0,20$  a partir da análise bruta, utilizando-se a técnica de inserção por blocos de variáveis, onde primeiro foram inseridas as

sociodemográficas, seguido pelas condições de saúde e posteriormente as de relações sociais, sendo excluídas através do método de retirada progressiva das variáveis (*stepwise backward*), aquelas cujas associações perdessem a significância estatística ( $p > 0,05$ ) dentro de cada bloco. Considerou-se ao final, as variáveis com  $p$ -valor  $\leq 0,05$  como de associação estatisticamente significativa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, protocolo de número 528.443/2014. Atendendo as diretrizes da Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADO

A amostra final foi de 247 idosas, tendo sido excluída uma participante por diagnóstico de declínio cognitivo, trinta e três participantes por mudança de endereço ou perda de seguimento (após três visitas realizadas), 28 devido a óbito desde o último estudo e dez idosas por recusa na participação da pesquisa. Das 247 idosas participantes da pesquisa, a maioria estava na faixa etária entre 70 a 79 anos (40,4%), média de idade de 73 anos ( $DP \pm 7,9$ ), com predomínio de viúvas (44,5%), possuíam de 4 a 7 anos de estudo (29,5%), eram aposentadas (54,7%) e possuíam renda de até um salário mínimo (55,1%), valores não descritos em tabela.

Na distribuição das idosas de acordo com a capacidade funcional, a prevalência de independência foi 63,2% (IC: 57,0-68,9) da população avaliada e 36,8% (IC: 31,1-43,0) foram classificadas como dependentes parciais, não houve dependentes totais.

Na análise bivariada as variáveis sociodemográficas que apresentaram associação estatisticamente significativa foram: pertencer a faixa etária de 60 a 79 anos, ter cinco anos ou mais de estudo, estar casada e morar com algum familiar ou conjugue, bem como, permanecer trabalhando e possuir renda maior que um salário mínimo.

**Tabela 1.** Distribuição das idosas, segundo variáveis sociodemográficas. Cuiabá, MT, 2014.

Variável	Independente		Dependente		RP <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>	p-valor <sup>3</sup>
	n	%	n	%			
<b>Faixa etária</b>							
60 a 79 anos	141	71,94	55	28,06	2,44	1,58-3,77	<b>&lt;0,001</b>
80 anos e mais	15	29,41	36	70,59	1,00		
<b>Situação conjugal</b>							
Casada	70	71,43	28	28,57	1,23	1,02-1,49	<b>0,029</b>
Solteira/Separada/viúva	86	57,72	63	42,28	1,00		
<b>Mora com quem</b>							
Acompanhada	132	62,26	80	37,74	0,91	0,71-1,16	<b>0,474</b>
Sozinha	24	68,57	11	31,43	1,00		
<b>Anos de estudo</b>							
4 anos e mais	99	72,26	38	27,74	1,39	1,13-1,71	<b>&lt;0,001</b>
Analfabeta/1 a 3 anos	57	51,82	53	48,18			
<b>Estado ocupacional</b>							
Ativa <sup>4</sup>	26	86,67	4	13,33	1,44	1,21-1,72	<b>0,004</b>
Inativa <sup>5</sup>	130	59,91	87	40,09	1,00		
<b>Renda</b>							
>1 SM <sup>6</sup>	68	76,40	21	23,60	1,37	1,14-1,64	<b>0,001</b>
Até1 SM	88	55,70	70	44,30	1,00		

RP<sup>1</sup>: Razão de Prevalência; IC<sup>2</sup> 95%: intervalo de confiança para a proporção de 95%; P<sup>3</sup>: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado (valor de  $p \leq 0,05$ ); Ativa<sup>4</sup>: Renda proveniente somente do trabalho ou outras fontes e trabalho; Inativa<sup>5</sup>: Renda proveniente de fontes que não seja do trabalho (aposentadoria, pensão, auxílio doença, doações, outras); SM<sup>6</sup>: Salário Mínimo vigente no período (724,00).

Sobre as condições de saúde, as variáveis associadas à independência da idosa foram: possuir no máximo um problema de saúde, utilizar no máximo dois medicamentos concomitantes e não ter sido internada nos últimos seis meses. Também mantiveram associações estatisticamente significantes: as idosas que relataram não ter sofrido queda após os 60 anos, não ter sofrido

lesão ou algum tipo de fratura após essa idade e nem ter referido imobilização.

Na análise sobre as relações sociais, as variáveis que apresentaram associações estatísticas significativas foram: o fato de a idosa referir realizar visitas a amigos ou parentes, frequentar algum grupo social e praticar alguma atividade física.

**Tabela 2.** Distribuição das idosas, segundo variáveis sobre condições de saúde. Cuiabá, MT, 2014.

Variável	Independente		Dependente		RP <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>	p-valor <sup>3</sup>
	n	%	n	%			
Autopercepção de saúde							
Ótima/boa	81	67,50	39	32,50	1,14	0,94-1,38	<b>0,0169</b>
Regular/ruim/péssima	75	59,06	52	40,94	1,00		
Possui problema de saúde							
Não	4	80,00	1	20,00	1,27	0,81-1,99	0,431
Sim	152	62,81	90	37,19	1,00		
Quantidade de problema de saúde							
0-1	25	80,65	6	19,35	1,32	1,08-1,62	<b>0,031</b>
2 ou mais	131	60,65	85	39,35	1,00		
Uso regular de medicamento							
Não	9	69,23	4	30,77	1,10	0,75-1,60	0,641
Sim	147	62,82	87	37,18	1,00		
Quantidade de medicamento							
0-2	108	68,79	49	31,21	1,28	1,03-1,60	<b>0,015</b>
3 ou mais	48	53,33	42	46,67	1,00		
Internação nos últimos 6 meses							
Não	132	67,01	65	32,99	1,39	1,03-1,89	<b>0,013</b>
Sim	24	48,00	26	52,00	1,00		
Queda após os 60 anos							
Não	62	72,94	23	27,06	1,25	1,04-1,51	<b>0,021</b>
Sim	94	58,02	68	41,98	1,00		
Queda no último ano							
Não	101	66,89	50	33,11	1,16	0,95-1,43	0,128
Sim	55	57,29	41	42,71	1,00		
Lesão/fratura após os 60 anos							
Não	114	69,94	49	30,06	1,39	1,10-1,77	<b>0,002</b>
Sim	42	50,00	42	50,00	1,00		
Imobilidade após os 60 anos							
Não	149	68,04	70	31,96	2,72	1,42-5,20	<b>&lt;0,001</b>
Sim	7	25,00	21	75,00	1,00		

RP<sup>1</sup>: Razão de Prevalência; IC<sup>2</sup> 95%: intervalo de confiança para a proporção de 95%; P<sup>3</sup>: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado ( $p \leq 0,05$ ).

**Tabela 3.** Distribuição das idosas, segundo relações sociais. Cuiabá, MT, 2014.

Variável	Independente		Dependente		RP	IC 95%	p-valor
	n	%	n	%			
Visita amigos/parentes							
Sim	127	70,17	54	29,83	1,59	1,19-2,13	<0,001
Não	29	43,94	37	56,06	1,00		
Recebe visitas							
Sim	153	64,02	86	35,98	1,70	0,69-4,19	0,126
Não	3	37,50	5	62,50	1,00		
Frequenta grupo							
Sim	53	81,54	12	18,46	1,44	1,21-1,71	<0,001
Não	103	56,59	79	43,41	1,00		
Pratica atividade física							
Sim	56	84,85	10	15,15	1,53	1,30-1,81	<0,001
Não	100	55,25	81	44,75	1,00		

RP<sup>1</sup>: Razão de Prevalência; IC<sup>2</sup> 95%: intervalo de confiança para a proporção de 95%; P<sup>3</sup>: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado ( $p \leq 0,05$ ).

Ao final, na análise múltipla utilizando a Regressão de *Poisson*, as variáveis que permaneceram associadas à independência funcional foram: estar na faixa etária entre 60 e 79 anos, ter referido renda maior que um salário mínimo, não ter sido internada

nos últimos seis meses, ter feito uso de, no máximo, dois medicamentos regularmente, não ter sofrido imobilização após os 60 anos, ter realizado visitas aos amigos/parentes, ter frequentado grupos sociais e informar prática de alguma atividade física.

**Tabela 4.** Modelo de Regressão Múltipla de Poisson e variáveis associadas à independência funcional de mulheres idosas. Cuiabá, MT, 2014.

Variável	RP <sub>Bruta*</sub>	IC – 95%	RP <sub>ajust**</sub>	IC – 95%	p-valor
Faixa etária					
60-79	2,44	1,58-3,77	1,32	1,21-1,43	<0,001
80 anos ou mais	1,00		1,00		
Renda					
>1 SM	1,37	1,14-1,64	1,16	1,07-1,24	0,002
Até 1 SM	1,00		1,00		
Quantidade de medicamentos					
0- 2	1,28	1,03-1,60	1,11	1,03-1,20	0,015
3 ou mais	1,00		1,00		

Variável	RP <sub>Bruta*</sub>	IC – 95%	RP <sub>ajust**</sub>	IC – 95%	p-valor
Internação nos últimos 6 meses					
Não	1,39	1,03-1,89	1,11	1,02-1,21	0,003
Sim	1,00		1,00		
Imobilidade após os 60 anos					
Não	2,72	1,42-5,20	1,19	1,01-1,32	0,002
Sim	1,00		1,00		
Visita amigos/parentes					
Sim	1,59	1,19-2,13	1,11	1,02-1,20	0,007
Não	1,00		1,00		
Frequenta grupos					
Sim	1,44	1,21-1,71	1,11	1,01-1,21	0,049
Não	1,00		1,00		
Pratica atividade física					
Sim	1,53	1,30-1,81	1,11	1,01-1,21	0,050
Não	1,00		1,00		

\*Razão de Prevalência Bruta; \*\*Razão de Prevalência Ajustada.

## DISCUSSÃO

A prevalência de independência funcional IF encontrada neste estudo foi de 63,2%, resultado semelhante a pesquisa realizada na Noruega, em que 74,3% das mulheres acompanhadas, foram classificadas como independentes.<sup>15</sup> Da mesma maneira, em outro estudo desenvolvido com 1339 idosas em Uberaba/MG, a prevalência de IF foi de 69,2%.<sup>18</sup> Contudo, é possível encontrar menor prevalência de independência entre idosas.<sup>19</sup>

Uma das possíveis explicações para esse achado é o fato da maioria das participantes do estudo ter vivido em uma época em que, historicamente, as mulheres começaram a conquistar espaços e direitos.<sup>20</sup> As mulheres mais velhas foram as que apresentaram maior crescimento em relação à taxa de inserção no mercado de trabalho,<sup>21</sup> passando a participar mais das decisões familiares e garantindo os benefícios que hoje as tornam mais independentes financeiramente.<sup>22,23</sup> Além disso, passaram a ressignificar suas vidas, ampliando suas experiências, buscando mais informações,

incorporando novos conhecimentos e ampliando as relações interpessoais.<sup>24</sup>

Alguns estudos têm demonstrado que muitas idosas estão mais resistentes fisicamente, mantendo-se saudáveis e com mais autonomia.<sup>23,25</sup> Atualmente, elas têm buscado o autocuidado, participando socialmente de atividades que favorecem a preservação de sua condição física e cognitiva, como a dança, viagens e oficinas de artesanato.<sup>22,25,26</sup>

A associação encontrada neste estudo entre faixa etária de mulheres mais jovens com a IF não surpreende. Estudos têm mostrado que mulheres com menos de 80 anos são mais independentes.<sup>18,27,28</sup> Isso se explica pelo próprio processo de envelhecimento, no qual o declínio fisiológico e os riscos patológicos tornam-se progressivos com o tempo, assim, as incapacidades apresentam-se em idades mais avançadas.<sup>3</sup> Da mesma maneira, idosas que não tiveram imobilidades após os 60 anos, não foram hospitalizadas recentemente e praticavam algum tipo de atividade física foram



associadas à IF, evidenciando que a manutenção do corpo ativo e saudável tem relação direta com a preservação da IF.<sup>13</sup>

A redução das incapacidades advém da conservação da mobilidade física, prevenção e controle de doenças crônicas e equilíbrio biopsicossocial.<sup>29</sup> Se por um lado, mulheres tendem a praticar menos atividade física que os homens,<sup>30</sup> por outro, os resultados advindos dessa prática trazem benefícios orgânico-funcionais, sociabilidade, beleza e estética.<sup>31</sup> Além disso, o envelhecimento ativo contribui para a redução das demandas por serviços de saúde, redução dos gastos com tratamentos de doenças e dos custos com internações.<sup>13</sup>

A associação entre as idosas com maior renda e a IF encontrada neste estudo foi semelhante ao encontrado por Ribeiro e Neri (2012).<sup>30</sup> Essa pesquisa realizada com 1538 idosas de 65 anos e mais em seis cidades brasileiras evidenciou a influência do nível socioeconômico sobre o envelhecimento. A renda maior propicia melhores ações de autocuidado com a saúde, fazendo que os processos incapacitantes sejam protelados e que a autonomia do idoso seja mantida.<sup>25,30</sup> Maiores rendas familiares e per capita também permitem a melhor socialização entre as idosas, melhorando a capacidade de realização de atividades cotidianas e sua interação com os diversos grupos sociais, conseqüentemente “modificando socialmente a ideia de que o envelhecimento está ligado à reclusão, passividade e descanso”.<sup>23</sup>

A não utilização ou baixo consumo de medicamento associado a IF é um achado importante na medida em que o uso de polifarmácia ocorre quando o idoso apresenta diversas doenças crônicas concomitantes, geralmente, associadas a maiores dependências funcionais.<sup>32</sup> Contudo, é importante o conhecimento que a utilização adequada e segura dos medicamentos pode prevenir doenças e declínio funcional.<sup>13</sup>

As interações sociais que se concretizam por meio de visitas realizadas aos amigos e parentes e a participação em grupos também

são importantes para a IF das idosas, resultado que corrobora com os encontrados em outras pesquisas.<sup>7,30,33</sup> Essas atividades tiram o idoso da condição de sedentarismo, influenciam na sua saúde, protelando o surgimento das incapacidades e perda da autonomia.<sup>7,34</sup> Práticas domésticas que geralmente fazem parte do cotidiano das mulheres, também podem contribuir no prolongamento da independência. Além disso, a manutenção das relações sociais e atividades que envolvam recreação e lazer podem auxiliar no bem estar físico e psicológico das idosas. É importante destacar que as medidas de prevenção que retardam a evolução das doenças reduzem a complexidade na assistência ao idoso, contribuem para sua participação social, melhorando a convivência com familiares e a disposição para a prática de atividade física.<sup>35</sup>

Por se tratar de um estudo transversal onde os fatores de exposição e o desfecho são determinados simultaneamente, recomenda-se parcimônia na interpretação da associação entre fatores relacionados à independência funcional das idosas.

Não se exclui a possibilidade da ocorrência de viés de informação ou viés de memória por se tratar de pesquisa que avaliou as reminiscências de idosas, em que, por vezes, a dependência funcional pode estar relacionada ao declínio cognitivo ou pelo desconhecimento da situação pregressa da idosa pela pessoa que auxiliou nas respostas do questionário. Contudo, a participação da principal pesquisadora nas entrevistas pode ter minimizado a possibilidade dessa ocorrência.

Em estudos transversais como este, a utilização da razão de prevalência como medida de efeito tanto na análise bivariada quanto no modelo múltiplo de *Poisson*, permitem um bom ajuste das medidas de efeito e impedem a hiperestimação das medidas de associação.

Este estudo é relevante por ter como foco a identificação de fatores associados à independência funcional (IF) de idosos, contribuindo para que seus dados possam identificar variáveis preditoras para um envelhecimento saudável, mais especificamente da população feminina.

## CONCLUSÃO

A prevalência da independência funcional de mulheres idosas foi de 63,2%, esteve associada principalmente à faixa etária, renda maior que um salário mínimo, não ter sido internada nos últimos seis meses, ter feito uso de no máximo dois medicamentos regularmente, não ter sofrido imobilização após os 60 anos, ter realizado visitas aos amigos/parentes, ter frequentado grupos sociais e informar prática de alguma atividade física.

Os resultados mostraram a diversidade de fatores que estão diretamente relacionados a

independência funcional (IF) e que diferentes aspectos, tanto do cotidiano como do próprio processo fisiológico do envelhecimento, podem influenciar na capacidade de realização das AVD e AIVD.

Espera-se que esta pesquisa possa trazer novos subsídios para a implementação das políticas voltadas a esse segmento e que os profissionais de saúde invistam no processo de educação em saúde das mulheres, mesmo antes de se tornarem cronologicamente idosas, visando o envelhecimento ativo e a participação efetiva destas no convívio familiar e na sociedade.

## REFERÊNCIAS

- World Economic Forum. Global Population Ageing: Peril or Promise? Geneva; 2012. Disponível em: <http://www.weforum.org/reports/global-population-ageing-peril-or-promise>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sala de imprensa. Comunicação Social. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br>. Dezembro, 2013.
- Camarano AA, Kanso S, Fernandes F. Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011. IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro. 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa. 2004, 238p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e Envelhecimento. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12 – Brasília/DF. 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: ed. Ministério da Saúde, 2007.
- Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Texto Contexto Enferm. Florianópolis 2012; 21(3): 513-8.
- Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica 2001; 8(1): 45-52.
- 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. Journal of the American Medical Association 1963; 185(12): 914-919.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people; self-maintaining and instrumental activities of daily-living. Gerontologist 1969; 9(3): 179-86.
- Palacios-Ceña D, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Carrasco-Garrido P, Fernández-de-Las-Peñas C. Has the Prevalence of Disability Increased Over the Past Decade (2000–2007) in Elderly People? A Spanish Population-based Survey. Journal of the American Medical Directors Association 2012; 13(2): 136-142.
- Rosso AL, Eaton CB, Wallace R, Gold R, Stefanick ML, Ockene JK., et al. Geriatric syndromes and incident disability in older women: results from the women's health initiative observational study. J Am Geriatr Soc 2013; 61(3): 371-379.
- World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

14. Cardoso JH, Costa. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2010; 15(6): 2871-2878.
15. Idland G, Pettersen R, Avlund K, Bergland A. Physical performance as long-term predictor of onset of activities of daily living (ADL) disability: A 9-year longitudinal study among community-dwelling older women. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2013; 56(3): 501-506.
16. Pereira GN, Bastos GAN, Duca GFD, Bós AJG. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. *Cad. Saúde Pública* [online] 2012; 28(11): 2035-2042.
17. Cardoso JDC, Azevedo RCS, Reiners AAO, Louzada CV, Espinosa MM. Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. *Rev Gaúcha Enferm* 2014; 35(4): 35-41.
18. Soares MBO, Tavares DMS, Dias FA, Diniz MA, Geib S. Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. *Esc. Anna Nery* [online] 2010; 14(4): 705-711.
19. Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. *Rev Bras Enferm* 2013; 66: 907-13.
20. Carvalho, DJ. A conquista da cidadania feminina. *Revista Multidisciplinar da UNIESP. Saber Acadêmico* 2011; 11: 143-153.
21. Bandeira L, Melo HP, Pinheiro LS. Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE 2008. In: BRASIL. Presidência da república. Secretaria de políticas para as mulheres. Edição especial da revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. 1ª impressão Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres. 2010; 107-119.
22. Moura MAV, Domingos AM, Rassy ME C. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. *Esc Anna Nery* [online] 2010; 14(4): 848-855.
23. Argimon IIdel, Pizzinato A, Ecker DSDI, Lindern D, Torres. Velhice e Identidade: Significações de Mulheres Idosas. *Revista Kairós Gerontologia, São Paulo (SP)* 2011; 14(4): 79-99.
24. Rodrigues AP, JUSTO JS. A resignificação da feminilidade na terceira idade. *Estud. interdiscipl envelhec. Porto Alegre* 2009; 14(2): 169-186.
25. Figueiredo MDOLF, Tyrrel MAR, Carvalho CMRGde; Luz MHBA, Amorim FCM, Lioiolo NLdeA. As diferenças de gênero na velhice. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(4): 422-7.
26. Merighi MAB, Oliveira DM, Jesus MCP, Souto RQ, Thamada AA. Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado. *Rev. Esc. enferm. USP* [online] 2013; 47(2): 408-414.
27. Virtuoso Junior JS, Guerra RO. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2011; 16(5): 2541-2548.
28. Alexandre Tda S, Corona LP, Nunes DP, Santos JL, Duarte YA, Lebrão ML. Gender differences in incidence and determinants of disability in activities of daily living among elderly individuals: SABE study. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55(2): 431-437.
29. Meisner BA, Dogra S, Logan AJ, Baker J, Weir PL. Do or decline? Comparing the effects of physical inactivity on biopsychosocial components of successful aging. *J Health Psychol* 2010; 15(5): 688-696.
30. Ribeiro LHM, Neri AL. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2012; 17(8): 2169-2180.
31. Fraga VM, Novelli MMPC, Ferreira SE, Oliveira RCde. Significados da atividade física para mulheres idosas. *Rev. Bras. Pesq. Saúde* 2013; 15(1): 59-68.
32. Maher Junior RL, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. *Expert Opinion Drug Safety, January* 2014; 13(1): 57-65.
33. Torres JL, Dias RC, Ferreira FR, Macinko J, Lima-Costa MF. Functional performance and social relations among the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a population-based epidemiological study. *Cad. Saúde Pública* [online] 2014; 30(5): 1018-1028.
34. Doimo LA, Derntl AM, Lago OC. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(4): 1133-1142.
35. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* [online] 2009; 43(3): 548-554.

Recebido: 30/12/2015

Revisado: 26/07/2016

Aprovado: 21/08/2016