

Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado?

Analysis of the functional capacity of elderly residents of communities with a rapid population aging rate

Evelise Moraes Berlezi¹
Ana Maria Farias²
Fernanda Dallazen³
Karla Renata Oliveira⁴
Ana Paula Pillatt⁴
Camila Korte Fortes²

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Introdução: O crescimento da população idosa ocorre de forma acentuada no Brasil, diante disso, faz-se necessária uma política de saúde voltada à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Também, a capacidade funcional merece atenção devido ao sofrimento pessoal e familiar, causados pela dependência e pelo aumento da demanda por serviços. **Objetivo:** Verificar as condições de saúde e a capacidade funcional de idosos residentes em município de pequeno porte e que apresenta elevada taxa de envelhecimento populacional. **Métodos:** Estudo transversal, analítico e não probabilístico, composto por 528 idosos com idade ≥ 60 anos, de ambos os sexos, avaliados no espaço domiciliar. As variáveis de interesse foram: condições gerais de saúde e capacidade funcional avaliada a partir das Escalas de Katz e de Lawton e Brody adaptada. A análise dos dados foi realizada a partir de ferramentas da estatística descritiva e analítica. Para verificar associação entre as variáveis foi utilizado o teste Qui-Quadrado, o qual se aceitou a hipótese de dependência das variáveis com $p \leq 0,05$. **Resultados:** Idosos com idade média de $72,24 \pm 9,33$ anos, na avaliação da capacidade funcional identificou-se que a maioria realizava as atividades de vida diária (AVDs) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) de forma independente; 90% e 83,7% respectivamente. Observou-se associação estatisticamente significativa ($p=0,001$) entre o relato de quedas com os níveis de capacidade funcional. **Conclusão:** Os resultados mostram que os idosos desse município são, na sua maioria, independentes para a realização de suas tarefas cotidianas representando um envelhecimento bem sucedido.

Palavras-chave:

Perfil de saúde; Idosos; Envelhecimento da população; Saúde pública; Estudos transversais.

¹ Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI, Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde da UNIJUI; e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Ijuí, RS, Brasil.

² Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI, Departamento de Ciências da Vida. Curso de Fisioterapia. Ijuí, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia, Grupo de Pesquisa em Envelhecimento Humano – GERON. Santa Maria, RS, Brasil.

⁴ Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI, Departamento de Ciências da Vida. Ijuí, RS, Brasil.

Abstract

Introduction: The elderly population has risen sharply in Brazil, increasing the need for a health policy focused on health promotion and disease prevention. Attention should also be focused on functional capacity because of the personal and family suffering caused by dependency, as well as the increased demand placed on public services. **Objective:** To check the health and functional capacity of elderly residents in a small town with a high population aging rate. **Methods:** A cross-sectional, analytical and non-probabilistic study was performed of 528 elderly persons aged ≥ 60 years, of both genders, who were evaluated in their home environment. The variables of interest were general health and functional capacity, assessed by the adapted Katz and Lawton and Brody scales. Data analysis was carried out using descriptive and analytical statistical tools. To assess the association between variables the chi-squared test was used, accepting the hypothesis of dependency of variables with $p = 0.05$. **Results:** The mean age was 72.24 ± 9.33 years. Functional capacity assessment identified that most of the elderly persons carried out activities of daily living (ADLs) and instrumental activities of daily living (IADL) independently; with percentages of 90% and 83.7%, respectively. A statistically significant association was observed ($p=0.001$) between reports of falls and functional capacity levels. **Conclusion:** The results show that the elderly of this municipality are mostly independent in performing their daily tasks, representing successful aging.

Key words: Health Profile; Elderly; Demographic Aging; Public Health; Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa ocorre de forma acelerada no Brasil. As taxas mais altas de crescimento populacional estão entre a população idosa desde os anos de 1940, sendo que entre os anos de 1980 e 2005 foram observados crescimentos de 126,3% na população idosa e 55,3% na população total.¹ Em 2010, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),² a proporção de idosos na população brasileira era de 10,8%, sendo que a região sul foi a que apresentou maior proporção, com 12,0%, e o Rio Grande do Sul foi o estado com índice mais elevado (13,6%). Para 2050, as projeções estatísticas apontam que o Brasil será a sexta maior população de idosos no mundo, com mais de 32 milhões de pessoas, representando 16% da população brasileira.³

Outro indicador importante a ser observado no fenômeno do envelhecimento populacional é a esperança de vida ao nascer. Esse indicador também sofreu aumento no decorrer dos anos. Em 2000 a esperança de vida ao nascer era de 69,8 anos, já em 2012 as projeções alcançaram os 74,5 anos.⁴

Contudo, a análise desses indicadores requer um olhar para além dos números, uma vez que

os fatores que impulsionam o envelhecimento da população brasileira são distintos de outras experiências, em parte, pela heterogeneidade social, econômica, cultural e ambiental tão própria do Brasil. Mas, se por um lado comemora-se essa conquista, por outro, verificam-se demandas que a sociedade precisará enfrentar para que o aumento da expectativa de vida seja, de fato, uma conquista.

Corroborando esta reflexão, Veras⁵ diz que: a sociedade anseia pelo prolongamento da vida, porém a qualidade de vida deve ser agregada aos anos adicionais para que se possa considerá-los uma conquista e não um problema. Essa afirmativa está pautada no entendimento de que o envelhecimento populacional deveria estar sustentado por uma política de saúde fortemente voltada à promoção da saúde e à prevenção de doenças e não em ações curativas que estão vinculadas ao envelhecimento populacional brasileiro.

Segundo Küchemann,¹ o aumento da expectativa de vida reflete mudanças culturais, avanços tecnológicos em saúde e melhorias nas condições de vida, no entanto, surge o maior acometimento por doenças degenerativas e crônicas que, conseqüentemente, levam à perda gradativa da capacidade funcional.

A capacidade funcional pode ser conceituada como a capacidade que a pessoa tem de manter as funções físicas e mentais necessárias para conservar sua autonomia e independência. A capacidade funcional está entre as dimensões mais estudadas na gerontologia, em função do sofrimento pessoal e familiar, causados pela dependência e pelo aumento da demanda por serviços médicos e sociais. Na população idosa brasileira, a prevalência da incapacidade para realizar atividades da vida diária (AVDs) foi de 6,5% em 1998, 6,4% em 2003 e 6,9% em 2008.⁶ Esses dados sugerem que, mesmo com avanços na atenção à saúde da pessoa idosa, especialmente na atenção básica, esse fato não está refletindo na manutenção da capacidade funcional dos idosos, ou seja, as ações implementadas podem estar reduzindo internações, por exemplo, o que melhora a percepção das condições de saúde, mas, por outro lado, não há ações preventivas focadas na manutenção e restauração da capacidade funcional.

Considerando as diferenças sociodemográficas brasileiras, a relevância deste estudo está no fato da carência de dados epidemiológicos de populações idosas que residem em municípios de pequeno porte e com parte significativa da população residente na área rural. Os estudos com idosos na população brasileira são, na sua maioria, realizados com idosos residentes em grandes centros.

Neste sentido, o presente estudo pode revelar diferenças nas condições de envelhecimento em populações distantes desses centros. Ainda, destaca-se a importância deste estudo pela apropriação de informações sobre as condições de saúde desses idosos, o que permitirá, a partir deste

diagnóstico, a proposição de medidas de promoção, prevenção e de reabilitação geriátrica para que se possa prevenir a instalação de incapacidades funcionais ou restaurar quando for o caso.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo verificar as condições de saúde e a capacidade funcional de idosos residentes em município de pequeno porte e que apresenta elevada taxa de envelhecimento populacional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico, que teve como população do estudo idosos residentes no município de Independência/RS (Brasil). A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2009.

Esse município de pequeno porte está localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul e tem como base econômica a agricultura. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 a população total de Independência era de 6.618 habitantes, sendo 3.293 homens e 3.325 mulheres. Com relação ao número de idosos, o município apresentava uma população de 1.233 idosos, sendo 572 homens e 661 mulheres. Esses dados mostram que os idosos representam 18,6% da população. Destaca-se que a taxa de envelhecimento populacional é superior à taxa do Estado do Rio Grande do Sul que é de cerca de 10%. Na tabela 1 é mostrada a distribuição do número de idosos por faixa etária quanto ao sexo, população do estudo e representatividade.

Tabela 1. Distribuição dos idosos do município de Independência/RS por faixa etária, sexo, tamanho da amostra e representatividade, 2010.

Faixa etária	Homens	Mulheres	Total	População do estudo	Representatividade
60 a 64 anos	185	184	369	131	35,5%
65 a 69 anos	144	136	280	104	37,1%
70 a 74 anos	99	129	228	106	46,4%
75 a 79 anos	79	100	179	74	41,3%
≥80 anos	65	112	177	113	63,8%
Total	572	661	1233	528	42,8%

Para o estudo foram acessados em seus domicílios 528 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, representando 42,8% da população de idosos do município. Os idosos foram selecionados por conveniência.

O município de Independência tem 100% da sua população coberta pela Estratégia da Saúde da Família com duas equipes de saúde. Cada equipe com um território dividido em oito microáreas. A pesquisa contou com o apoio da Prefeitura Municipal de Independência através da Secretaria Municipal de Saúde, a qual consentiu na participação dos agentes comunitários de saúde (ACS) na coleta de dados e proporcionou as condições necessárias para atividades de capacitação e coleta de dados. Participaram da etapa de coleta de dados 16 ACS, oito de cada equipe que se responsabilizaram por suas respectivas microáreas.

A capacitação envolveu a discussão sobre envelhecimento populacional, a política da atenção básica voltada ao idoso, capacidade funcional, protocolos de avaliação e método de aplicação destes protocolos. Para fins de certificar os observadores (ACS) e prevenir erro sistemático foram sorteados 16 idosos, um por microárea, para aplicar os instrumentos de pesquisa para verificar a acurácia dos dados coletados, esses idosos foram excluídos da população do estudo.

Para obter os dados relativos às condições gerais de saúde dos idosos do estudo utilizou-se uma entrevista que explorou dados sociodemográficos (idade, gênero e escolaridade) e condições gerais de saúde (presença de comorbidades e doenças, uso de medicamentos e história de quedas).

Para a avaliação da capacidade funcional do idoso foi aplicado o Index de independência nas AVD de Katz (Escala de Katz)⁷ e a Escala de Lawton e Brody adaptada.⁸

A primeira consiste num instrumento para medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente

e assim determinar as necessárias intervenções de reabilitação podendo ser expressa através do Índice de Katz. A Escala de Katz focaliza o desempenho do idoso e o grau de assistência exigida em seis categorias básicas: banho, vestuário, ida ao banheiro, transferência, continência e alimentação. Cada tarefa recebe pontuação que varia de 0 (independente) a 3 (dependência total), sendo 1 a necessidade de ajuda de algum objeto para desempenhar a tarefa e 2 a necessidade de ajuda humana para desempenhar a tarefa.⁹

A segunda é um instrumento proposto para avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), consideradas mais complexas e cuja independência para desempenho está diretamente relacionada com a capacidade de vida comunitária independente. A Escala de Lawton preconiza a capacidade de o idoso se adaptar ao seu meio e inclui atividades variadas como usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar a roupa, cuidar do jardim, usar o transporte, subir escadas, tomar remédios, tomar conta do orçamento. Utilizou-se a versão adaptada com pontuação máxima de 21 pontos e as possibilidades em cada item são: realiza as atividades de forma independente (3 pontos), necessita ajuda parcial (2 pontos) e não consegue realizar a atividade (1 ponto).¹⁰

Para o processamento dos dados foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), empregando as ferramentas da estatística descritiva utilizaram-se medidas de tendência central e dispersão para a análise de variáveis quantitativas e frequências absoluta e relativa para as variáveis qualitativas. Para a estatística analítica foi utilizado o teste de associação para variáveis categóricas Qui-Quadrado, o qual se aceitou a hipótese de dependência das variáveis com $p \leq 0,05$.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unijuí sob o parecer Consubstanciado nº 241/2009. Todos os idosos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Participaram 528 idosos, com idade média de $72,24 \pm 9,33$ anos, idade mínima de 60 e máxima de 99 anos. 95% dos idosos tinham idades entre 71,44 e 73,04 anos. Ao comparar a média de idade segundo o gênero não se verificou diferença significativa entre os grupos ($p=0,90$). A população do estudo foi maior do gênero feminino (51,7%).

Verificou-se, ainda, que cada idoso apresentava em média $3,25 \pm 2,39$ comorbidades e doenças, o intervalo de confiança mostrou que 95% dos idosos tinham entre 3,05 e 3,46. Destaca-se que 13,4% (71) não apresentava comorbidades nem doenças, 44,4% (234) apresentava de uma a três, 31,7% (168) de quatro a seis e 10,5% (55) mais de seis.

Com relação às condições gerais de saúde destaca-se que das comorbidades e doenças a hipertensão arterial sistêmica foi a condição de maior prevalência (53,9%), seguida por tonteiras (41,9%), perda visual (39,4%) e esquecimento (38,4%). As demais tiveram prevalência inferior a 30%.

Com relação ao uso de medicamentos, verificou-se que dos 528 idosos do estudo 371 utilizavam medicamentos, o que representa 70,4% da população do estudo. Ao analisar a utilização de medicamentos por gênero observou-se que 78,3% (213) das mulheres e 62% (158) dos homens usavam medicamentos. O teste do qui-quadrado mostrou que há associação entre gênero e uso de medicamentos ($p=0,000$).

Ao inquirir sobre quedas sofridas no último ano identificou-se que 19,9% (105) dos idosos sofreram pelo menos uma queda. Destaca-se que a história de queda entre as mulheres é superior a dos homens, 25,4% (69) e 14,1% (36), respectivamente.

Na avaliação das AVDs, a partir da escala de Katz, verificou-se que 94,1% (497) dos idosos são independentes para “*banharem-se*”, 94,7% (500) “*vestem-se sozinhos*”, 97% (512) são capazes de realizar atividades relacionadas à “*higiene pessoal*”, 97% (512) desempenham movimentos de “*transferência*”,

85% (449) são “*continentes*” e 96,4% (509) são independentes para se alimentar.

Ao analisar a distribuição das frequências dos níveis de capacidade funcional para banho, vestuário, higiene pessoal, transferências, continência e alimentação, segundo o gênero, evidenciou-se que mais de 90% dos homens e das mulheres do estudo realizam as AVDs de forma independente e uma parcela inferior a 4% necessita de algum nível de assistência.

Na avaliação das AIVDs de acordo com a categorização da Escala de Lawton, observou-se que 83,7% (442) são independentes, 13,8% (73) são semidependentes e 2,5% (13) são dependentes. A análise por gênero mostra que tanto homens quanto mulheres, na sua maioria, são independentes para realizarem as AIVDs (85,1% e 82,4%, respectivamente).

Das AIVDs para o uso do telefone 62,9% (332) “*recebe e faz ligações sem assistência*”. Em relação a viagens 67,8% (358) “*viajam sozinhos*”. Quanto à capacidade de realizar compras 75,4% (398) dos entrevistados “*fazem compras se fornecido transporte*”. Em relação ao preparo das refeições 75,9% (401) “*são capazes de planejar e preparar refeições completas*”.

No que se refere à realização de tarefas domésticas, 46,4% (245) “*realizam tarefas pesadas*”. Da capacidade de cuidar da sua própria medicação 84,3% (445) “*tomam remédio sem assistência*”. E quanto à capacidade de usar o dinheiro 63,6% (336) dos entrevistados “*pagam suas contas e/ou preenchem cheques sozinhos*”.

Para avaliar a associação entre história de quedas e nível de capacidade funcional para as AIVDs foram estabelecidos dois grupos: dependentes/semidependentes e independentes. Os resultados obtidos evidenciaram que dos 105 idosos que caíram 26,7% (28) eram dependentes ou necessitavam assistência nas AIVDs e 73,3% (77) eram independentes. Observou-se associação estatisticamente significativa ($p=0,001$) ao relacionar quedas com os níveis de capacidade funcional para a realização das AIVDs.

DISCUSSÃO

Dos resultados do estudo, primeiramente salienta-se a idade média dos participantes que foi de $72,24 \pm 9,33$ anos; o valor do desvio padrão mostra que há pouca variabilidade entre as idades dos idosos, o que se confirma pelo intervalo de confiança de 95% (71,44 e 73,04 anos). Com relação ao gênero, observa-se que há mais mulheres do que homens. Contudo, ao comparar esse achado com a literatura evidenciou-se maior diferença percentual entre os gêneros, como os estudos de Barbosa et. al.¹¹ e Santos e Griep¹² que tiveram maior prevalência de mulheres, respectivamente de 63,3% e 71%.

A questão de sexo e velhice tem sido uma temática bastante discutida, especialmente porque há mais mulheres do que homens nas idades mais avançadas, como os estudos citados acima, essa condição é chamada de feminização da velhice. Há diversas pesquisas^{13,14} que abordam sobre esse assunto, desta forma, entende-se que tal fenômeno merece uma atenção especial, isto porque, não se pode interpretar que o fato das mulheres viverem mais significa que elas tenham boa qualidade de vida e condições de saúde desejáveis. Pelo menos, até então, os estudos mostram que essas variáveis não estão associadas de forma tão positiva.

Nesta linha de argumentação, destaca-se a pesquisa de Neri¹³ que afirma que no âmbito da saúde, da funcionalidade física e da saúde percebida, gênero é um fator de risco mais importante do que idade, na medida em que as mulheres idosas são mais frágeis e se percebem como mais frágeis do que os homens idosos. Conclusão subsidiária, segundo os pesquisadores, é que quando os efeitos da fragilidade física somam-se aos efeitos de variáveis sociodemográficas, tais como escolaridade menor, viver só, ter que cuidar e precisar de cuidados a qualidade de vida das mulheres tende a declinar.

Quando relacionadas questões de gênero com idade e dependência há estudos que dizem que na velhice avançada as mulheres são mais negativamente afetadas em suas possibilidades de envolvimento social por causa de sua maior

longevidade e do risco aumentado de dependência. Elas tendem a sofrer mais de isolamento e solidão. Têm autoimagem mais negativa, bem como uma visão da velhice e dos outros velhos mais negativa do que os homens idosos.¹⁵

O fenômeno da feminização da velhice é visto como um problema médico-social. Por outro lado, as taxas de doenças crônicas são maiores entre os homens idosos do que em mulheres idosas, embora esse fato deva mudar nas gerações futuras, uma vez que as mulheres contemporâneas estão expostas ao mesmo tipo de fatores de risco que os homens na atualidade.¹³

Com relação a gênero e capacidade funcional, o estudo de Virtuoso e Guerra¹⁶ chama a atenção que entre as mulheres idosas alguns fatores podem contribuir para degenerar a qualidade de vida, entre eles, a maior faixa etária quando acompanhada de limitações funcionais. Destaca-se que o status funcional interfere na realização das AVD quando associado às morbidades.¹⁷

A capacidade funcional dos idosos do presente estudo revela que mais de 90% dos idosos do município preservam a capacidade funcional para a realização das AVDs. Uma das possíveis explicações para isso é a característica dessa população, por serem idosos que têm um histórico de vida ativo. As mulheres realizando cotidianamente as tarefas do lar, cuidando dos espaços externos da casa como jardim, mas também, muitas realizando tarefas como tirar leite e tratar de animais; e os homens envolvidos em trabalhos que exigem força física. Além disso, essa é uma população que faz deslocamentos de curta e média distância a pé ou de bicicleta, comportamento condizente com as características rurais e atividade de agricultura familiar que é a principal atividade econômica do município de Independência.

Entretanto, a capacidade funcional vai muito além de realizar tarefas cotidianas, consiste em manter habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida com independência. Deste modo, capacidade funcional significa completa autonomia para que o indivíduo consiga realizar todas as suas vontades, no que diz respeito aos aspectos físicos, intelectuais, emocionais e cognitivos.¹⁸

Em tese, a idade associada a doenças incapacitantes aumentaria o risco da instalação de um quadro de dependência funcional. Por outro lado, esse ambiente que estimula um estilo de vida ativo reduz o impacto de doenças sobre a capacidade funcional.

Estudos como o de Rosa *et al.* (2003) e Kattainen *et al.* (2004) demonstram associações importantes entre doenças crônicas e incapacidade funcional dos idosos.^{19,20} Na presença de múltiplas condições crônicas a incapacidade pode resultar de uma única doença ou ser o resultado do somatório destas, que progressivamente levam à fragilização do idoso, o que gera dependência para a realização das AVDs.²¹

Dentre as condições crônicas identificadas no presente estudo, a de maior prevalência foi a HAS. Esse achado corrobora com o estudo de Focchesatto, Rockett e Perry²² que identificou presença de HAS em 64,3% dos idosos. No processo de senescência as artérias sofrem múltiplas alterações que repercutem na predisposição em aumentar a pressão arterial o que ao longo dos anos poderá ter efeitos deletérios em órgãos vitais como coração e cérebro.

Cabe destacar que a HAS é uma condição multifatorial e um dos fatores que a influenciam é a atividade física; além de ser uma condição que pode interferir na capacidade funcional. Segundo os achados de Hajar *et al.*,²³ idosos com hipertensão tiveram um risco aumentado de desenvolver incapacidade funcional nas funções avaliadas em relação aos normotensos, também, mostrou que aqueles com hipertensão, particularmente hipertensão arterial não controlada, têm um aumento significativo no risco de invalidez, independente de outros fatores de risco e comorbidades.

A inatividade física na velhice pode estar relacionada as condições de saúde do idoso ou a não adoção de um estilo de vida ativo. Considerando os idosos do presente estudo a alta prevalência de HAS possivelmente está relacionada a senescência ou doenças cardiovasculares, visto que é uma população de característica ativa.²⁴

Em estudo com populações idosas, a incapacidade funcional é um dos indicadores mais comuns usados como preditor de saúde e é utilizado especialmente para avaliar as necessidades sociais e de utilização dos serviços de saúde. Esse indicador tem sido estudado para avaliar a *performance* dos idosos nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, que são considerados determinantes e fundamentais da independência pessoal e da capacidade dos indivíduos de manter uma interação social, de papéis e de trabalho.²⁵

O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.²⁶

O estudo de Leite *et al.*²⁷ avaliou a capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes na área urbana de um município do Rio Grande do Sul/Brasil, e em relação à capacidade funcional dos idosos, a maioria dos idosos que participaram do estudo (93,8%) apresentou independência, tanto para a realização das AIVD como para as AVD, dados semelhantes a este estudo. Já o estudo de Fiedler e Peres, também com idosos do sul do Brasil diverge, pois identificou que 37,1% dos idosos apresentavam limitações na capacidade funcional.²⁸

A pesquisa de Barbosa *et al.*,²⁹ realizada com 286 idosos, com idade entre 60 a 103 anos e média de 71,2 anos, evidenciou que 6,6% dos idosos apresentavam dependência para até três; 5,6% dependentes para mais que três atividades básicas. Os idosos precisaram de ajuda, principalmente para controle da micção (9,4%), vestir-se (7,6%) e banhar-se (6,6%). Em relação às AIVD foram considerados tanto aqueles com dependência apenas em AIVD quanto os com dependência nas AIVD e ABVD e observou-se maior dependência para ir a lugares mais distantes sozinhos (24,1%), lavar e passar roupa (22,0%), usar o telefone (18,9%).

No estudo de Fialho *et al.*³⁰ com 1.624 idosos, com idades entre 60 e 97 anos, 64,2% dos idosos

eram independentes para realizar todas as AIVD e ABVD; 19,6% apresentavam alguma dificuldade para realizar pelo menos uma AIVD; e 16,2% apresentavam alguma dificuldade para realizar uma ou mais ABVD. Todos os idosos com algum grau de dificuldade para realizar uma ABVD também apresentavam algum grau de limitação para pelo menos uma AIVD.

As AVDs e AIVDs são atividades que, para os idosos, apresentam certo grau de complexidade, principalmente para aqueles idosos que já possuem algum comprometimento da saúde. No entanto, o que fica claro é que as AIVDs possuem um grau de complexidade superior às ABVDs devido, principalmente, ao seu caráter de envolvimento social. Assim, muitos idosos são capazes de realizar todas as tarefas dentro de sua própria casa, mas se for necessário fazer qualquer atividade que necessita de um contato social fora das dependências em que está habituado ele se sente impossibilitado.

À medida que aumenta a idade cronológica, as pessoas tendem a tornarem-se menos ativas e a sua capacidade funcional reduzir; após os 75 anos há grande incidência de doenças crônicas, o que contribui para o processo degenerativo e, assim, a aptidão dos idosos para a vida independente é reduzida. Estudos mostram que em torno de 25% da população idosa mundial depende de alguém para realizar suas AVDs.³¹

De acordo com Costa, Porto e Soares,³² cerca de 30 a 50% dos indivíduos muito idosos, com 85 anos ou mais, são incapazes de exercer, pelo menos, cinco das AVDs e requerem cuidado em tempo integral. Essa condição agrava-se com a presença de doenças, especialmente doenças neurológicas.

O bem estar na velhice, ou saúde num sentido mais amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, que abrangem não só aspectos biológicos, mas igualmente fatores sociais, emocionais e espirituais.³³

Estimativas para 2020 preveem um aumento de 84% a 167% no número de idosos com moderada ou grave incapacidade.³⁴ Esse risco de chance sinaliza a importância da proposição de programas

de saúde voltados à população idosa em todos os níveis de atenção, mas, especialmente, nos níveis primário e secundário que são efetivamente o espaço de atenção à saúde que pode detectar precocemente agravos das condições de saúde e prevenir a instalação de incapacidades que geram dependência.³⁵

Nesta perspectiva está a política de envelhecimento ativo que tem como meta aumentar a expectativa de vida saudável, garantindo qualidade de vida, inclusive para indivíduos que tenham alguma fragilidade, incapacidade física ou necessitem de cuidados.³⁶ No entanto, o ambiente em que o sujeito está inserido pode estimular a adoção de um estilo de vida ativa ou inibir. Trazendo esse conceito para o presente estudo, pode-se inferir que o ambiente em que os idosos do município de Independência estão inseridos é um ambiente que propicia a vida ativa.

Na análise do conjunto de informações desta pesquisa identificaram-se limitações que não interferiram na validade dos resultados apresentados, mas que perspectiva de reproduzir o estudo em outras populações pode ampliar a compreensão do fenômeno estudado. Das limitações destaca-se que a pesquisa não identificou indicadores de fragilidade dos idosos. A avaliação da fragilidade considerando os critérios de perda de peso não intencional no último ano, força de preensão manual e velocidade da marcha segundo Fried.³⁷ O fenótipo de fragilidade da população idosa apoiaria no entendimento das situações de dependência ou semidependência para a realização das AVDs; e ainda, permitiria ao serviço de saúde do município a organizar a demanda de forma hierárquica, subsidiar o planejamento da equipe de saúde e definir ações de promoção, prevenção e intervenção de forma individual ou coletiva com o objetivo de prevenir, manter ou restaurar a capacidade funcional para mantê-lo independente e autônomo, para uma velhice digna e de qualidade.

CONCLUSÕES

Os achados deste estudo mostram que os idosos do município de Independência/RS não apresentam limitações funcionais para realizar

atividades instrumentais e básicas da vida diária. No entanto, foi observada prevalência elevada de doenças e comorbidades, condição que ao longo do tempo pode interferir na capacidade funcional e levar à dependência para a realização das AVDs.

Com vistas à manutenção da capacidade funcional das populações idosas pelo maior número de anos vividos, é imprescindível

implementar estratégias e ações na Atenção Básica que estimulem o envelhecimento ativo das populações e que detectem precocemente condições que possam gerar incapacidades. Também, para enfrentar a complexidade da atenção à pessoa idosa é fundamental que sejam constituídas as redes de atenção ao idoso para garantir a atenção integral, continuada e resolutiva dos problemas de saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

- Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Estado* 2012;27(1):165-80.
- Rede Interagencial de Informações para a Saúde [Internet]. Proporção de idosos na população. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 10 julho de 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/a14.def>
- Aires M, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev Latinoam Enferm* 2010;18(1):11-7.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Gerência de estudos e análises da dinâmica demográfica- 2000 a 2012: projeção da população do Brasil e das unidades da federação, por sexo e idade para o período 2000-2030. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [acesso em 15 mar 2015]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm
- Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):548-54.
- Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc Saúde Coletiva* 2011 [acesso em 03 ago 2015];16(9):3689-96.
- Katz SMD, Amasa B, Ford MD, Roland W, Moskowitz MD, Beverly A, et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185(12):914-19.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3):179-86.
- Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Cadernos de Atenção Básica, nº 19).
- Santos RL, Virtuoso JS Júnior. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev Bras Promoç Saúde* 2008;21(4):290-6.
- Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LA. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19(8):3317-25.
- Santos MIPO, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18(3):753-61.
- Neri AL. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: *Anais do 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia*; 2001 Campinas. São Paulo: Universidade Federal de Campinas; 2001. p.6-13.
- Almeida AV, Mafra SCT, Da Silva EP, Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos (Porto Alegre)* 2015;14(1):115-31.
- Kimmel D. *Adulthood and aging*. New York: John Wiley & Sons; 1994.
- Virtuoso JS Junior, Guerra RO. Fatores associados às limitações funcionais em idosas de baixa renda. *Rev Assoc Med Bras* 2008;54(5):430-35.
- Pedrazzi EC, Rodrigues RAP, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;6(4):407-13.
- Gordilho AJ, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor da saúde na atenção integral ao idoso: envelhecimento humano. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.

19. Rosa TEC, Benicio MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003;37(1):40-8.
20. Kattainen A, Koskinen S, Reunanen A, Martelin T, Knekt P, Aromaa A. Impact of cardiovascular diseases on activity limitations and need for help among older persons. *J Clin Epidemiol* 2004;57(1):82- 8.
21. Guccione AA, Felson DT, Anderson JJ, Anthony JM, Zhang Y, Wilson PW, et al. The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham study. *Am J Public Health* 1994;84:351-8.
22. Focchesatto A, Rockett FC, Perry IDS. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas em população idosa rural do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(4):779-95.
23. Hajjar I, Lackland D, Cupples LA, Lipsitz LA. The association between concurrent and remote blood pressure and disability in older adults. *Hypertension* 2008;150(6):1026-32.
24. Scher LML, Nobre F, Lima NKC. O papel do exercício físico na pressão arterial em idosos. *Rev Bras Hipertens* 2008;15(4):228-3.
25. Arias MED, Mendoza RNM, Ortiz GG, Velazquez BIE, Meda LRM, Cueva CJ. Physical function and associated factors in community dwelling elderly people in Jalisco, Mexico. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;54(3):271-8.
26. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(8):1924-30.
27. Leite MT, Castioni D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil. *Enferm glob* 2015;14(37):1-11.
28. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2008;24(2):409-15.
29. Barbosa BR, De Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19(8):3317-25.
30. Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini, KC, De Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2014;30(3):599-610.
31. Guimarães ACA, Mazo GZ, Simas JPN, Salin MS, Schwertner DS, Soares D, et al. Idosos praticantes de atividade física: tendência a estado depressivo e capacidade funcional. *Rev Efdeportes* 2006;10:(94):1-2.
32. Costa EFA, Porto CC, Soares AT. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. *Rev UFG* 2003;5(2):1-12.
33. Lima MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):735-43.
34. Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros TL Neto. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Rev Bras Ciênc Mov* 2000;8(4):21-32.
35. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira. In: Freitas EV, Py L, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.58-71.
36. Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília. DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
37. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2001;56(3):146-56.

Recebido: 10/08/2015

Revisado: 04/04/2016

Aprovado: 08/06/2016