

Funcionalidade global e fatores associados em idosos acompanhados pela Atenção Domiciliar da Atenção Básica*


Mariane Lurdes Predebon¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1085-3034>


Gilmara Ramos²

 <https://orcid.org/0000-0003-0198-3320>


Fernanda Lais Fengler Dal Pizzol³

 <https://orcid.org/0000-0002-6790-0121>

Naiana Oliveira dos Santos⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-5439-2607>

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin^{5,6}

 <https://orcid.org/0000-0003-1444-4086>

Idiane Rosset^{5,7}

 <https://orcid.org/0000-0003-3651-652X>

Objetivo: analisar a associação da funcionalidade global aos principais sistemas funcionais e às variáveis sociodemográficas de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica.

Método: estudo transversal com 124 idosos realizado por meio de entrevistas domiciliares. A funcionalidade foi avaliada pelas Atividades Básicas de Vida Diária (Barthel) e pelas Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton e Brody); os principais sistemas funcionais foram avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental, pelo teste *Timed Up and Go*, pela Escala de Depressão Geriátrica (15 itens), além de questionário com variáveis sociodemográficas. Aplicaram-se análises bivariada e multivariada (Regressão de Poisson). **Resultados:** 46% dos idosos possuíam dependência moderada/elevada/total para as atividades básicas e apresentaram mediana de 12 nas atividades instrumentais. Na análise multivariada, houve associação entre dependência moderada/elevada/total nas atividades básicas com declínio cognitivo ($p=0,021$) e em acamado/cadeirante ($p=0,014$). Na dependência das atividades instrumentais houve associação com idade ≥ 80 anos ($p=0,006$), estado conjugal solteiro/divorciado ($p=0,013$), declínio cognitivo ($p=0,001$), acamado/cadeirante ($p=0,020$) e *Timed Up and Go* ≥ 20 segundos ($p=0,048$). **Conclusão:** o declínio da cognição e da mobilidade esteve associado à pior funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais. Os achados ressaltam a necessidade do acompanhamento da Atenção Domiciliar para esses indivíduos e servem como norteadores de ações de saúde.

Descritores: Enfermagem Geriátrica; Envelhecimento; Atividades Cotidianas; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Enfermagem Domiciliar; Atenção Primária à Saúde.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Funcionalidade global e fatores associados em idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica", apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Apoio Financeiro do Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE/HCPA), Processo 160580, Brasil.

¹ Unimed Porto Alegre, Provimento de Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Hospital Moinhos de Ventos, Unidade de Internação, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ University of Alberta, Faculty of Nursing, Edmonton, Alberta, Canadá.

⁴ Universidade Franciscana, Departamento de Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.





⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁶ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Coordenação do Grupo de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁷ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Enfermagem em Atenção Primária em Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar este artigo

Predebon ML, Ramos G, Dal Pizzol FLF, Santos NO, Paskulin LMG, Rosset I. Global functionality and associated factors in the older adults followed by Home Care in Primary Health Care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3476.

[Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5026.3476>

Introdução

A Atenção Domiciliar (AD) possui potencial estratégico diante do cenário de rápido envelhecimento populacional e do aumento de doenças crônicas que repercutem na funcionalidade dos indivíduos. No Sistema Único de Saúde (SUS), a AD está organizada em três modalidades: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), que é destinada aos usuários que requerem cuidados com menor frequência e complexidade, sendo de responsabilidade da Atenção Básica; Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3), as quais constituem o programa Melhor em Casa, sendo de responsabilidade de serviços especializados denominados Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)⁽¹⁾.

A AD1 ainda é insuficientemente estruturada quanto à sistematização do cuidado prestado, além de ser pouco abordada em publicações científicas, quando comparada à AD2 e à AD3. Entretanto, a AD1 possui importante papel para evitar agravamentos e complicações de saúde de indivíduos que possuem dificuldade para se deslocar até um serviço de saúde⁽¹⁾. Embora não seja direcionada somente aos idosos, observa-se, na prática, que grande parte dos usuários possui mais de 60 anos, principalmente em locais com população mais envelhecida.

Os idosos inseridos na AD1 possuem algum comprometimento de saúde e, com frequência, limitações em suas capacidades funcionais. Nesse sentido, a avaliação da funcionalidade global e de fatores associados torna-se essencial para a identificação de alterações, implementação de intervenções e estabelecimento de metas terapêuticas individualizadas⁽²⁾.

A funcionalidade global é um conceito abrangente que compreende a capacidade de o indivíduo gerir a própria vida e cuidar de si mesmo. Trata-se da base do conceito de saúde do idoso e é ancorada aos principais sistemas funcionais de cognição, comunicação, humor e mobilidade⁽²⁾. Estudos conduzidos, no Brasil, Estados Unidos e Inglaterra, com idosos em geral, identificaram como fatores associados ao declínio da capacidade funcional⁽³⁻⁵⁾: não ser alfabetizado, ter maior idade (acima de 70 anos), possuir doenças crônicas, déficit cognitivo e não ter suporte social, evidenciando, dessa forma, uma complexa rede de fatores multidimensionais relacionada com a funcionalidade.

A Enfermagem Gerontológica na comunidade pode atuar em diversas frentes, como no suporte psicológico, nutricional e físico aos idosos, podendo se voltar especialmente às ações de funcionalidade global e de atividades da vida diária⁽⁶⁻⁸⁾. Nesse sentido, um estudo de intervenção realizado na Nova Zelândia por enfermeiras especialistas em Gerontologia avaliou a funcionalidade global de idosos da comunidade por meio do índice de Barthel e da escala de atividades instrumentais de Lawton e Brody. Os autores identificaram aumento estatisticamente

significativo para a intervenção em relação ao grupo controle ($p=0,03$) no que tange à realização de fisioterapia como forma de reabilitação⁽⁹⁾. Nessa perspectiva, faz-se necessário relacionar a funcionalidade global com os fatores associados de idosos acompanhados pela AD1, pois esse conhecimento pode viabilizar o planejamento e a implementação de intervenções específicas de Enfermagem Gerontológica que contribuam para prevenir agravos, postergar ou reabilitar incapacidades detectadas, além de subsidiar a gestão do cuidado. Ademais, a avaliação da funcionalidade global pode ser utilizada para extrair indicadores de saúde e traçar planos de cuidados de idosos acompanhados pela AD1.

A AD1 possui grande proximidade com os indivíduos acompanhados por ser de responsabilidade da Atenção Básica, uma vez que esta mantém o vínculo, a integralidade e a continuidade do cuidado aos seus usuários, o que permite intervir precocemente e monitorar condições de saúde⁽¹⁰⁾. No entanto, há muito ainda a ser explorado, principalmente no que diz respeito à Enfermagem Gerontológica e sua sistematização. Faz-se necessário ampliar os conhecimentos e as tecnologias seguindo o ritmo da transição demográfica e epidemiológica, o que requer serviços e equipes de saúde preparados para atender uma população idosa em crescimento acelerado, já que pode ter um percentual significativo de idosos dependentes de cuidados e, conseqüentemente, de assistência domiciliar, especialmente, prestada pelo SUS.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi analisar a associação da funcionalidade global aos principais sistemas funcionais e às variáveis sociodemográficas de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica. O presente estudo contribui para a discussão sobre novas práticas de saúde, especialmente as voltadas à Enfermagem Gerontológica e sobre políticas de saúde dirigidas ao cuidado do idoso vinculado à AD1.

Método

Delineamento do Estudo, Cenário, Período e População

Estudo transversal analítico, conduzido no Distrito Sanitário (DS) Centro do município de Porto Alegre (RS), Brasil, no período de outubro de 2018 a abril de 2019. Dentre as capitais brasileiras, Porto Alegre é a capital com maior proporção de idosos e o DS Centro, além de ser o DS mais populoso do município, também possui a maior proporção de idosos ($n= 60.371$), representando aproximadamente 28,5% da população idosa do município⁽¹¹⁾. O DS Centro é composto de três serviços de Atenção Básica que acompanham 227 usuários na AD1. Deste total, 225 são idosos, como foi mostrado nas listas fornecidas por profissionais de saúde dos respectivos serviços.

Definição da Amostra e Critérios de Seleção

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o programa WinPepi, versão 11.65. Com base em um estudo realizado na mesma cidade⁽¹²⁾, considerando nível de significância de 5%, poder estatístico de 80%, proporção de maior dependência funcional estimada em 40% e uma razão de prevalência mínima de 1,7 para estimar fatores associados aos instrumentos que avaliam a capacidade funcional, o resultado foi de 112 idosos. No entanto, optou-se por incluir a totalidade da população idosa vinculada à AD1 dos três serviços e, aplicando-se os critérios de inclusão e de exclusão, totalizou-se uma amostra com 124 idosos.

Os critérios de inclusão foram: idosos, com ≥ 60 anos, vinculados à AD1 do DS Centro do município de Porto Alegre. Os critérios de exclusão foram: idosos não localizados após três tentativas de contato telefônico, em turnos e dias diferentes, e que não estivessem no domicílio na tentativa de uma visita domiciliar; sem capacidade de comunicação verbal ou escrita; com diagnóstico médico prévio de demência avançada e idosos institucionalizados. Tais condições foram informadas pela equipe de saúde com base no prontuário do usuário, ou pelo cuidador por ocasião do contato telefônico ou da visita domiciliar.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas estruturadas, no domicílio dos participantes, conduzidas por enfermeiras e discentes da graduação de Enfermagem, previamente capacitados. Inicialmente foi realizada a identificação dos usuários vinculados à AD1 do DS Centro do município de Porto Alegre por meio das listas com dados de contato fornecidos pela equipe de saúde. Para aqueles indivíduos que preencheram os critérios de inclusão, foi realizado contato telefônico para agendamento de entrevista no domicílio e, caso não fosse possível o contato telefônico, haveria uma tentativa de visita domiciliar. Nessa primeira abordagem foram confirmados os critérios de elegibilidade e, dessa forma, 101 idosos foram excluídos.

Variáveis do Estudo e Instrumentos Utilizados para a Coleta das Informações

Utilizou-se um questionário de dados sociodemográficos contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado conjugal, renda familiar, moradia só ou com acompanhante, morbidades e tempo de acompanhamento na AD1. Além disso, foi investigada a presença ou não de cuidador, considerando cuidador a pessoa responsável por auxiliar ou realizar os cuidados físicos, emocionais e/ou financeiros, podendo ser cuidador

informal (familiar ou amigo não remunerado) ou cuidador formal (contratado para cuidar de forma remunerada)⁽¹³⁾. Convém lembrar que esses dados foram autorreferidos.

A funcionalidade global foi mensurada pela capacidade funcional para desempenhar Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária pelo Índice de Barthel e pela Escala de Lawton e Brody, respectivamente. O Índice de Barthel, versão validada para uso no Brasil⁽¹⁴⁾, avalia a funcionalidade em dez Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), variando a pontuação de 0 a 100. Considera-se dependente total àquele que apresenta pontuação inferior a 20; de 20 a 35, dependente elevado; de 40 a 55, dependente moderado; de 60 a 99, dependente mínimo e 100, independente⁽¹⁴⁾. Utilizou-se, ainda, a versão da Escala de Lawton e Brody reconhecida pelo Ministério da Saúde⁽¹⁵⁾, amplamente empregada para avaliação funcional da idoso na Atenção Básica e na prática clínica. Essa escala avalia nove Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), sendo atribuído para cada atividade de um a três pontos ("Sem ajuda" – três pontos; "Com ajuda parcial" – dois pontos; "Não consegue" – um ponto). Quanto maior for o escore total, maior é a independência do idoso⁽¹⁵⁾. O autor da escala original e a versão que consta no material do Ministério da Saúde⁽¹⁵⁾ não propõem ponto de corte. Assim, devido à distribuição encontrada no presente estudo ser assimétrica, para as análises estatísticas, optou-se por classificar a pontuação em duas categorias, de acordo com a mediana encontrada (=12). São elas: (a) idosos com maior nível de dependência para atividades instrumentais (pontuação inferior a 12) e (b) idosos com menor nível de dependência para atividades instrumentais (pontuação igual ou maior a 12).

Os principais sistemas funcionais avaliados foram: cognição; comunicação; mobilidade; e humor. A cognição foi mensurada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), versão adaptada para uso no Brasil⁽¹⁶⁾. O escore total varia de 0 a 30 pontos, e o ponto de corte estabelecido para declínio cognitivo é calculado de acordo com a escolaridade: 13 pontos para analfabetos; 18 para baixa e média escolaridade (1 a 8 anos incompletos); e 26 para alta escolaridade (8 ou mais anos)⁽¹⁶⁾. Para avaliar a comunicação foram utilizadas as questões de 6 a 11 do MEEM⁽¹⁶⁾, as quais incluem itens de repetição de frase e cumprimentos de ordem que dependem da audição do idoso, além de escrita e desenho. A pontuação dessas questões varia de 0 a 9 pontos, quanto maior a pontuação, melhor a comunicação. As questões que avaliaram a comunicação não foram incluídas na análise multivariada por serem, também, questões da escala da cognição com forte correlação entre essas variáveis.

A Escala de Depressão Geriátrica (15 itens), versão reduzida e validada para uso no Brasil, foi utilizada na avaliação do humor⁽¹⁷⁾. A pontuação total varia de 0 a 15

pontos. Entre 0 e 5 considera-se ausência de sintomas depressivos, de 6 a 10, sintomas depressivos leves e de 11 a 15, sintomas depressivos severos^(15,17).

O teste *Timed Up and Go* (TUG), versão brasileira, foi utilizado para avaliar a mobilidade⁽¹⁸⁾. Esse instrumento foi aplicado de acordo com o preconizado pelos autores do instrumento original. Assim, orientou-se que o idoso se sentasse em uma cadeira com braços e levantasse após a ordem "pode iniciar"; caminhasse para a frente até uma marca estabelecida no piso, em sua velocidade habitual; em seguida, girasse o corpo de volta e caminhasse até que pudesse se sentar na mesma cadeira⁽¹⁹⁾. Os pontos de corte para esse instrumento foram baseados no estudo original (<10 segundos; 10 a 19 segundos; 20 a 29 segundos; ≥30 segundos)⁽¹⁹⁾, porém, tendo em vista que este estudo foi composto de sujeitos que, em geral, possuem limitações de locomoção (critério de inclusão na AD1), optou-se por classificar o TUG em duas categorias: boa mobilidade (tempo menor que 20 segundos) e alteração da mobilidade (tempo igual ou maior a 20 segundos). Destaca-se que o instrumento não foi utilizado como critério de exclusão, apenas empregado na avaliação de mobilidade dos indivíduos que conseguiram realizar o teste. Portanto, o TUG não foi aplicado para acamados e cadeirantes, os quais foram assim classificados na categoria mobilidade.

Tratamento e Análise dos Dados

Os dados coletados foram duplamente digitados em planilha do programa Excel® e, posteriormente, transportados para SPSS 21.0. Para avaliar os fatores associados à funcionalidade global, aplicaram-se análises bivariada e multivariada de Regressão de Poisson, analisados de forma dicotômica, sendo apresentado o desfecho de maior risco: "dependência moderada/elevada/total" nas ABVD e pontuação <12 nas AIVD. O critério para a entrada da variável no modelo multivariado foi de que ela apresentasse um valor $p < 0,10$ na análise bivariada. A medida de efeito utilizada foi a Razão de Prevalências (RP), em conjunto com o intervalo de 95% de confiança. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (n.º 2.740.678) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (n.º 2.900.696).

Resultados

Houve predomínio do sexo feminino (75,8%), com idade média de 82,8 anos ($\pm 9,2$). A Tabela 1 apresenta

as características sociodemográficas e o tempo de acompanhamento na AD1 da amostra. Destaca-se que, aproximadamente, metade da amostra, 48,4%, era acompanhada há mais de três anos pela AD1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e tempo de acompanhamento dos idosos na AD1. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

Variáveis	n=124 (%)
Sexo*	
Feminino	94 (75,8)
Masculino	30 (24,2)
Faixa etária*	
60 – 69	15 (12,1)
70 – 79	25 (20,2)
80 – 89	54 (43,5)
90 – 99	30 (24,2)
Estado conjugal*	
Casado	33 (26,6)
Solteiro/Divorciado	32 (25,8)
Viúvo	59 (47,6)
Nível de escolaridade*	
0 – 4 anos	56 (45,2)
5 – 8 anos	37 (29,8)
> 8 anos	31 (25,0)
Renda familiar**	
Até 2 s.m.	43 (34,7)
3-5 s.m.	58 (46,8)
> 5 s.m.	23 (18,5)
Fonte de renda**	
Aposentadoria	99 (79,8)
Benefício Previdenciário	36 (29,0)
Ajuda da família	27 (21,8)
Tempo de acompanhamento na AD1*	
<1 ano	20 (16,1)
≥1 a 3 anos	44 (35,5)
≥3 a 5 anos	31 (25,0)
≥5 anos	29 (23,4)

*Variáveis categóricas (%); *s.m.= Salário mínimo de 2018 R\$ 954,00; †O idoso podia ter mais de uma fonte de renda

No que diz respeito aos cuidadores, 77 idosos (62,1%) possuíam cuidador, dos quais 59 (76,6%) eram do tipo informal (familiares ou amigos). Além disso, 84% dos

idosos residiam com companhia, convivendo com até oito pessoas no mesmo domicílio. A mediana de morbidades foi 3 (2-4). Em relação à funcionalidade global, de acordo com os dados apresentados na Tabela 2, apenas 15 (12,1%) eram independentes para as ABVD e 52 (41,9%) possuíam dependência mínima nas ABVD. Enquanto que nas AIVD, a mediana encontrada foi de 12, sendo que da amostra de 124 idosos, 73 (58,9%) apresentaram menor nível de dependência para as AIVD. Quanto aos principais sistemas funcionais, 61 idosos (49,2%) possuíam declínio cognitivo, apresentaram média de 7,1 na comunicação, próximo ao limite superior avaliado, 61 (49,2%) expressaram ter sintomas depressivos (leves ou severos), dos quais 11,3% eram severos, 49 (39,5%) eram acamados/cadeirantes e, dos que deambulavam (n=75), mais da metade (64%) apresentou TUG \geq 20 segundos.

Tabela 2 – Funcionalidade global e os principais sistemas funcionais – cognição, comunicação, humor e mobilidade dos idosos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

Variáveis	n=124 (%)
ABVD - Barthel*	
Independente	15 (12,1)
Dependência mínima	52 (41,9)
Dependência moderada	15 (12,1)
Dependência elevada	19 (15,3)
Dependência total	23 (18,6)
AIVD - Lawton e Brody [†]	12 (10 - 21) [‡]
AIVD- Lawton e Brody<12 [‡]	51(41,1)
AIVD- Lawton e Brody \geq 12 [‡]	73(58,9)

(continua na próxima coluna...)

Variáveis	n=124 (%)
COGNIÇÃO – declínio cognitivo*	
Sem	63 (50,8)
Com	61 (49,2)
COMUNICAÇÃO [†]	7,1 \pm 2,0
HUMOR – sintomas depressivos*	
Sem	63 (50,8)
Leves	47 (37,9)
Severos	14 (11,3)
MOBILIDADE*	
TUG< 20 segundos (n=27)	27 (21,8)
TUG \geq 20 segundos (n=48)	48 (38,7)
Acamado/cadeirante	49 (39,5)

*Variáveis categóricas (%); [†]Variáveis contínuas [média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartilico (P25-P75)]; [‡]Pontuação inferior a 12: idosos com maior nível de dependência para atividades instrumentais; pontuação igual ou maior a 12: idosos com menor nível de dependência para atividades instrumentais

A Tabela 3 apresenta a análise bivariada de fatores associados à dependência moderada/elevada/total nas ABVD e com pontuação inferior a 12 nas AIVD. Salienta-se que as variáveis que apresentaram $p < 0,10$ na análise bivariada (Tabela 3) foram para o modelo multivariado. Nessa perspectiva da análise bivariada, destaca-se o sistema funcional comunicação, o qual elucidou que para cada ponto a mais na sua avaliação diminui em 16% o risco de dependência moderada/elevada/total nas ABVD e 18% de maior dependência nas AIVD.

Tabela 3 – Análise bivariada da associação de alteração da funcionalidade global aos principais sistemas funcionais e variáveis sociodemográficas dos idosos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

Variáveis (n=124)	ABVD			AIVD		
	Dependência* n=57 (%) [§]	RP [†] (IC 95%)	P	<12 [‡] n=64(%) [§]	RP [†] (IC 95%)	P
Sexo						
Masculino (n=30)	12 (40,0)	1,00		12 (40,0)	1,00	
Feminino (n=94)	45 (47,9)	1,20 (0,74 a 1,95)	0,469	52 (55,3)	1,38 (0,86 a 2,22)	0,180
Faixa etária						
< 80 anos (n=40)	14 (35,0)	1,00		13 (32,5)	1,00	
\geq 80 anos (n=84)	43 (51,2)	1,46 (0,91 a 2,34)	0,114	51 (60,7)	1,87 (1,16 a 3,02)	0,010
Escolaridade						
0 a 4 anos (n=56)	27 (48,2)	0,83 (0,55 a 1,24)	0,367	33 (58,9)	1,02 (0,70 a 1,47)	0,938

(continua na próxima página...)

Variáveis (n=124)	ABVD			AIVD		
	Dependência* n=57 (%) [§]	RP [†] (IC 95%)	P	<12 [‡] n=64(%) [§]	RP [†] (IC 95%)	p
5 a 8 anos (n=37)	12 (32,4)	0,56 (0,32 a 0,97)	0,039	13 (35,1)	0,61 (0,36 a 1,03)	0,063
> 8 anos (n=31)	18 (58,1)	1,00		18 (58,1)	1,00	
Mora sozinho						
Sim (n=20)	2 (10,0)	0,19 (0,05 a 0,71)	0,014	2 (10,0)	0,17 (0,05 a 0,63)	0,008
Não (n=104)	55 (52,9)	1,00		62 (59,6)	1,00	
Estado conjugal						
Casado (n=33)	12 (36,4)	1,00		13 (39,4)	1,00	
Solteiro/Divorciado (n=32)	14 (43,8)	1,20 (0,66 a 2,19)	0,545	15 (46,9)	1,19 (0,68 a 2,09)	0,544
Viúvo (n=59)	31 (52,5)	1,45 (0,87 a 2,41)	0,159	36 (61,0)	1,55 (0,97 a 2,48)	0,068
Renda familiar						
1 a 2 s.m. (n=43)	16 (37,2)	0,54 (0,33 a 0,86)	0,010	18 (41,9)	0,54 (0,35 a 0,81)	0,003
3 a 5 s.m. (n=58)	25 (43,1)	0,62 (0,42 a 0,93)	0,019	28 (48,3)	0,62 (0,44 a 0,87)	0,006
> 5 s.m. (n=23)	16 (69,6)	1,00		18 (70,3)	1,00	
Declínio cognitivo						
Sem (n=63)	16 (25,4)	1,00		15 (23,8)	1,00	
Com (n=61)	41 (67,2)	2,65 (1,67 a 4,18)	<0,001	49 (80,3)	3,37 (2,13 a 5,34)	<0,001
Comunicação	-	0,84 (0,79 a 0,90)	<0,001	-	0,82 (0,78 a 0,87)	<0,001
Sintomas depressivos						
Sem (n=63)	22 (34,9)	1,00		24 (38,1)	1,00	
Leves (n=47)	26 (55,3)	1,58 (1,04 a 2,42)	0,033	27 (57,4)	1,51 (1,01 a 2,25)	0,044
Severos (n=14)	9 (64,3)	1,84 (1,10 a 3,08)	0,020	13 (92,9)	2,44 (1,72 a 3,45)	<0,001
Mobilidade						
<20 segundos (n=27)	1 (3,7)	1,00		1 (3,7)	1,00	
≥20 segundos (n=48)	18 (37,5)	10,1 (1,43 a 71,7)	0,020	24 (50,0)	13,5 (1,93 a 94,3)	0,009
Acamado/cadeirante (n=49)	38 (77,6)	20,9 (3,04 a 144)	0,002	39 (79,6)	21,5(3,12 a 147)	0,002

*Dependência moderada, elevada e total no Índice de Barthel; [†]RP = Razão de Prevalência; [‡]Pontuação inferior a 12 na escala de Lawton e Brody (idosos com maior nível de dependência para atividades instrumentais); [§]Porcentagem referente à amostra total (n=124). ^{||}S.m. = Salário mínimo de 2018 R\$ 954,00

Na Tabela 4 são apresentados os resultados da análise multivariada de fatores associados à alteração da funcionalidade global. Foi consolidada a associação estatisticamente significativa de dependência moderada/elevada/total nas ABVD com declínio cognitivo (p=0,021) e restrição total de mobilidade (acamados e cadeirantes)

(p=0,014). Enquanto que, nas AIVD, manteve-se a associação da pontuação inferior a 12 com faixa etária maior ou igual a 80 anos (p=0,006), estado conjugal solteiro/divorciado (p=0,013), presença de declínio cognitivo (p<0,001), mobilidade acima de 20 segundos no TUG (p=0,048) e acamado/cadeirante (p=0,020).

Tabela 4 – Análise multivariada da associação de alteração da funcionalidade global aos principais sistemas funcionais e variáveis sociodemográficas dos idosos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

Variáveis	ABVD*		AIVD†	
	RP‡ (IC 95%)	P	RP‡ (IC 95%)	P
Faixa etária				
< 80 anos (n=40)	-	-	1,00	
≥ 80 anos (n=84)	-	-	1,58 (1,14 a 2,18)	0,006
Escolaridade				
0 a 4 anos (n=56)	0,88 (0,59 a 1,29)	0,498	1,02 (0,74 a 1,41)	0,903
5 a 8 anos (n=37)	0,72 (0,45 a 1,17)	0,190	0,74 (0,51 a 1,07)	0,112
> 8 anos (n=31)	1,00		1,00	
Mora sozinho				
Sim (n=20)	0,40 (0,15 a 1,06)	0,066	0,38 (0,13 a 1,12)	0,078
Não (n=104)	1,00		1,00	
Estado conjugal				
Casado (n=33)	-	-	1,00	
Solteiro/Divorciado (n=32)	-	-	1,58 (1,10 a 2,26)	0,013
Viúvo (n=59)	-	-	1,31 (0,90 a 1,90)	0,157
Renda familiar§				
1 a 2 s.m. (n=43)	0,78 (0,53 a 1,15)	0,209	0,73 (0,53 a 1,01)	0,060
3 a 5 s.m. (n=58)	0,76 (0,54 a 1,08)	0,125	0,88 (0,67 a 1,15)	0,336
> 5 s.m. (n=23)	1,00		1,00	
Declínio cognitivo				
Sem (n=63)	1,00		1,00	
Com (n=61)	1,66 (1,08 a 2,54)	0,021	2,23 (1,54 a 3,23)	<0,001
Sintomas depressivos				
Sem (n=63)	1,00		1,00	
Leves (n=47)	1,41 (0,95 a 2,09)	0,089	1,26 (0,91 a 1,75)	0,160
Severos (n=14)	1,04 (0,70 a 1,56)	0,833	1,25 (0,96 a 1,63)	0,093
Mobilidade				
<20 segundos (n=27)	1,00		1,00	
≥20 segundos (n=48)	6,10 (0,87 a 42,7)	0,069	6,77 (1,01 a 45,3)	0,048
Acamado/cadeirante (n=49)	11,5 (1,66 a 80,5)	0,014	9,56 (1,43 a 64,2)	0,020

*Dependência moderada, elevada e total no Índice de Barthel; †Pontuação menor que 12 na escala de Lawton e Brody; ‡RP = Razão de Prevalência; §s.m. = Salário mínimo de 2018 R\$ 954,00

Discussão

Foram observadas associações entre dependência moderada/elevada/total nas ABVD ao declínio cognitivo e

restrição de mobilidade nos idosos em acompanhamento da AD1. Enquanto nas AIVD houve associação entre maior dependência à idade ≥80 anos, estado conjugal solteiro/divorciado, declínio cognitivo, restrição de mobilidade e

TUG \geq 20 segundos. Percebe-se que o declínio da cognição e da mobilidade esteve associado à pior funcionalidade nas ABVD e AIVD, evidenciando a necessidade de preservação desses sistemas para a manutenção da independência no desempenho de suas atividades.

A maior parte da amostra era do sexo feminino, semelhante a outros estudos realizados no Brasil, nos Estados Unidos e na China, com idosos em cuidado domiciliar⁽²⁰⁻²²⁾. Quanto à idade, mais da metade da amostra possuía idade igual ou maior a 80 anos, sendo superior à faixa etária encontrada em outro estudo com idosos em cuidado domiciliar de comunidades de baixo nível econômico do mesmo município⁽²⁰⁾ e similar a um estudo transversal conduzido nos Estados Unidos com idosos em atendimento domiciliar⁽²³⁾. É possível que pessoas em situação socioeconômica menos favorável, associada a outros fatores como doenças crônicas, situações clínicas, propensão a quedas e capacidade limitada para desempenhar exercícios físicos desenvolvam dependência para o desempenho de atividades e tenham necessidade de cuidados no domicílio mais precocemente⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Aproximadamente, metade da amostra (48,4%) era acompanhada há mais de três anos pela AD1. Quanto maior o tempo de acompanhamento, maior é o vínculo entre profissional e usuário, o que pode incentivar o cuidado da manutenção da sua funcionalidade. Estudos japoneses e europeus ressaltam a crescente necessidade de AD com ênfase na qualidade de vida dos idosos, indicando que, para alcançar esse propósito, é necessário intervir na funcionalidade, além de investir em ações voltadas ao engajamento social, ao desenvolvimento cognitivo e à saúde mental⁽²⁵⁻²⁷⁾. Ainda, estudo de revisão sistemática e meta-análise de estudos prospectivos de coorte destaca que a avaliação precoce da fragilidade pode prevenir efetivamente a ocorrência de deficiência induzida pela fragilidade em idosos⁽⁶⁾. Salienta-se que dos participantes do presente estudo, 67 idosos (54%) eram independentes ou possuíam dependência mínima para as ABVD, e 73 (58,9%) apresentaram menor nível de dependência para as AIVD, assinalando a importância da intervenção precoce dos profissionais de saúde na população de idosos da AD1.

No que tange à necessidade de ter um cuidador, de residir com companhia e em relação ao número de morbidades, observou-se que mais da metade dos idosos possuía cuidador, sendo do tipo informal, residiam com companhia e com mediana de três morbidades. A necessidade de possuir um cuidador com o avançar da idade é um evento que vem sendo discutido em estudos nacionais e internacionais^(13,28-29). Mais especificamente, o cuidado informal é a principal forma de cuidado com o idoso em muitos países⁽³⁰⁾, sendo visto como um pilar

fundamental para a garantia e manutenção da assistência domiciliar ao idoso fragilizado^(28,31). Dessa forma, de acordo com uma revisão sistemática que teve como objetivo identificar as preferências e as necessidades em relação à organização do cuidado informal em 44 estudos de 17 países diferentes, devem-se considerar aspectos demográficos, financeiros e culturais de cada realidade, pois esses podem influenciar as preferências e as necessidades dos cuidadores informais⁽²⁸⁾. Sendo assim, é imprescindível fortalecer a rede de apoio, especialmente a AD1, a fim de auxiliar tanto o cuidador informal, quanto o idoso com limitações funcionais no domicílio^(13,29).

Quanto à funcionalidade global, mais de um terço da amostra possuía dependência mínima para as ABVD e maior dependência para as AIVD (com baixa mediana), perfil este esperado para o acompanhamento AD1⁽²⁾, embora não se soubesse o percentual desses dados referente a essa população específica. No envelhecimento natural, o indivíduo reduz primeiro sua capacidade para as atividades mais complexas, aumentando gradativamente a necessidade de suporte familiar e social nas demais tarefas⁽⁴⁾. Recentemente esses idosos recebiam o cuidado apenas no serviço de saúde, para o qual precisavam deslocar-se, muitas vezes arcando com despesas para o transporte, enquanto outros só acessavam tais serviços por meio das emergências. Nesse sentido, a AD1 contribui para promover o acesso à saúde. Para tanto, as intervenções prestadas devem ser direcionadas para a prevenção de agravos, tratamento, palição e reabilitação, considerando-se a avaliação do contexto socioeconômico, individualmente⁽²⁾.

Em relação ao sistema funcional cognição, o percentual de declínio cognitivo em estudos que utilizaram o MEEM mostrou-se maior que o encontrado em estudo transversal com idosos comunitários de sete cidades brasileiras, no qual 65,1% dos participantes tinham menos de 75 anos de idade, e apenas 24,8% possuíam declínio cognitivo⁽³²⁾ e, também, maior que em estudo de coorte americano com idosos com idade média basal de $90,3 \pm 6,3$, em que somente 25% destes idosos apresentavam déficit cognitivo⁽³³⁾. Os referidos dados salientam as limitações específicas presentes em idosos que recebem AD. Ainda, um estudo da Coreia do Sul realizado com idosos da comunidade aponta que o declínio cognitivo é um fator que pode influenciar a determinação de fragilidade de idosos⁽³⁴⁾.

Um estudo da África do Sul com grupos focais conduzido com idosos residentes na comunidade em três áreas (alta, média e baixa renda) assinala que a comunicação é fundamental para que o idoso entenda a sua condição de saúde e apresente adesão ao plano de cuidados apresentado⁽³⁵⁾. A esse respeito, quanto ao sistema funcional comunicação, a média foi próxima ao

limite superior avaliado, demonstrando que a amostra possuía uma boa comunicação por meio de linguagem, escrita, desenho e audição. Outro estudo com população idosa que utiliza a internet no Reino Unido e na Austrália mostra que a tecnologia digital pode facilitar a vida dos idosos, visto que permite superar barreiras físicas para o acesso aos serviços, entretanto, os idosos mais velhos ainda apresentam dificuldades em lidar com novas tecnologias⁽³⁶⁾. Como exemplo de contribuição da tecnologia ao idoso, cita-se a necessidade de ações de inclusão e de orientação para o uso de aplicativos de comunicação como *WhatsApp*, aplicativos desenvolvidos para gerar lembretes (como lembrar-se de tomar água, por exemplo), e aplicativos para estimulá-los (como os de jogos de memória ou de prática de ioga). No entanto, é necessária uma orientação ao idoso e seu cuidador, que por vezes também é idoso, para o uso dessas tecnologias, em especial a robótica, que pode estar qualificando e facilitando a assistência prestada. Além disso, um estudo canadense que propôs uma avaliação remota para moradores mais velhos da comunidade durante a pandemia do COVID-19 aponta que, em casos nos quais os idosos possuem dificuldades em utilizar a tecnologia, eles podem ser assessorados por outra pessoa, como um profissional da saúde ou um cuidador⁽³⁷⁾.

Referente ao sistema funcional humor, aproximadamente metade da amostra possuía sintomas depressivos leves ou severos, o que indicou a necessidade de abordagens de escuta ativa, com foco psicossocial para esses indivíduos. Esta proporção de idosos com sintomas depressivos foi superior à encontrada em outros estudos nacionais com idosos da comunidade que usaram o mesmo instrumento de avaliação⁽³⁸⁻³⁹⁾. Esse achado pode estar relacionado com a limitação para sair do domicílio que é uma característica frequente em usuários da AD1. A presença de sintomas depressivos pode repercutir em desinteresse em realizar as atividades de vida diária⁽⁴⁰⁾. Além disso, um estudo transversal canadense com indivíduos com distúrbios musculoesqueléticos relacionados com o trabalho sugere que a fadiga contribui para a incapacidade e que reduções significativas na fadiga podem ser alcançadas por meio de intervenções psicossociais que promovam a reintegração do indivíduo, reduzindo, por consequência, a gravidade dos sintomas depressivos⁽⁴¹⁾. Nesse sentido, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam atentos a essas situações, promovendo atividades que visem reduzir os sintomas depressivos, sem negligenciar o processo natural do envelhecimento.

A mobilidade foi o sistema funcional em que a amostra apresentou grande limitação, pois mais de um terço era acamado/cadeirante e, dos que tinham capacidade para deambular, mais da metade apresentou tempo igual

ou superior a 20 segundos no TUG. Dificuldades na mobilidade, demonstradas no presente estudo no tempo maior para o desempenho do TUG, servem de alerta para ações preventivas sobretudo porque aumentam a propensão de quedas⁽¹⁸⁾. É possível que essa alteração da mobilidade e suas repercussões na participação social possam estar relacionadas com os sintomas depressivos presentes em quase metade da amostra.

Em relação aos fatores associados à funcionalidade global, as características sociodemográficas não apresentaram associação estatisticamente significativa na análise multivariada com dependência moderada/elevada/total nas ABVD, o que difere de outros estudos nacionais com idosos, em geral, que utilizaram o Índice de Katz⁽³⁻⁴⁾. Entretanto, com pontuação inferior a 12 nas AIVD, foi encontrada associação significativa na faixa etária igual ou superior a 80 anos ($p=0,006$) e o estado conjugal de solteiro/divorciado ($p=0,013$), indicando que, com o avançar da idade, perde-se a capacidade de desempenho de atividades mais complexas. Esse achado vai ao encontro de estudo transversal com 313 idosos de Portugal, o qual mostrou longevos sem grande preocupação com as atividades de autocuidado, pois sentem que não vale a pena viver, apresentando, pois, maior dependência funcional⁽⁴²⁾.

Na análise multivariada houve associação significativa de maior dependência funcional nas ABVD e AIVD com os sistemas funcionais cognição e mobilidade. Esse achado pode estar relacionado com as doenças neurodegenerativas e sua maior prevalência em idades mais avançadas. O declínio cognitivo apresentou associação semelhante aos outros estudos brasileiros com idosos, em geral, que utilizaram o MEEM^(3,38). Estudo transversal realizado em quatro locais do Canadá e da América Latina com 1.071 participantes residentes na comunidade (com idades entre 64-75 anos) ressalta a necessidade de intervenções voltadas ao desempenho cognitivo e físico de idosos, para prevenção de incapacidades⁽⁴³⁾. Os idosos com declínio cognitivo apresentaram no presente estudo cerca de 1,7 vezes a probabilidade em quem não tem declínio cognitivo de ter dependência moderada/elevada/total nas ABVD, e 2,2 vezes de apresentar maior dependência nas AIVD, evidenciando a grande interferência da cognição no desempenho das atividades. A razão de prevalência foi maior nas atividades mais complexas (AIVD), pois, como demonstrado em outros estudos, para realizá-las há uma exigência de maior capacidade cognitiva^(4,43).

Quanto à alteração da mobilidade, ser acamado/cadeirante apresentou associação à maior dependência nas ABVD e AIVD. A associação encontrada ressalta a necessidade de plano de cuidados individualizado direcionado para as implicações de alteração ou restrição de mobilidade no desempenho das atividades, visando

ações reabilitadoras e/ou preventivas de complicações, como lesões por pressões e síndrome de imobilidade⁽²⁾. Ademais, tempo maior ou igual a 20 segundos no TUG apresentou associação à maior dependência nas AIVD ($p=0,048$), destacando que as atividades mais complexas, fundamentais para manter uma vida independente na comunidade, podem requerer melhor desempenho dos principais sistemas funcionais. Estudo transversal mexicano com 146 idosos que utilizou a Escala de Lawton e Brody para avaliação das AIVD e o sistema GAITRite, *software* conectado a uma passarela portátil para avaliação da mobilidade, mostrou que a velocidade de caminhar, cadência e comprimento do passo são variáveis que influenciam as AIVD⁽⁴⁴⁾.

A comunicação na análise bivariada apontou que para cada ponto a mais na sua avaliação diminui em 16% o risco de dependência moderada/elevada/total nas ABVD e 18% de maior dependência nas AIVD. Esse achado reforça a importância de os profissionais de saúde implementarem ações dirigidas à comunicação de estímulo e prevenção, abrangendo visão, audição e fala. Ensaio clínico randomizado com 150 idosos entre 65 a 98 anos de idade demonstrou que é importante incentivar os idosos a utilizar tecnologias sobretudo porque algumas já são projetadas para facilitar o uso por indivíduos longevos, como sistema de computador PRISM, desenvolvido para ser mais útil e fácil, e que pode gerar benefícios para a idoso em sua memória, seu humor, além de fortalecer a rede de apoio⁽⁴⁵⁾.

Já o sistema funcional humor não apresentou na análise multivariada associação significativa à maior dependência, diferindo de outros estudos brasileiros com amostras maiores de idosos da comunidade que utilizaram as escalas de Lawton e Brody, Katz e de Depressão Geriátrica em sua versão reduzida⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾. Contudo, salienta-se a importância de os profissionais intervirem precocemente, capacitando familiares para ficarem atentos aos sintomas indicativos de depressão e comunicarem à equipe, visando minimizar a dependência para o desempenho da capacidade funcional e impacto sobre as morbidades do idoso⁽⁴⁶⁾.

Os resultados desta pesquisa possibilitam ampliar a visibilidade quanto ao potencial da AD1 ante as novas demandas de saúde, especialmente no monitoramento do idoso com limitações funcionais. Estudos internacionais de cunho teórico e de pesquisa apontam que mais esforços são necessários para implementar e coordenar serviços de AD e, ainda, para garantir boas práticas, com vistas a um atendimento de qualidade e condições de saúde a um custo razoável para usuários com incapacidade, de maneira a promover o envelhecimento bem-sucedido⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾. Assim, considera-se que, com o acelerado envelhecimento populacional e o consequente aumento de demandas em

serviços de saúde para idosos sobretudo na assistência domiciliar, faz-se necessário que enfermeiros atuantes na Atenção Básica aprimorem conhecimentos direcionados aos cuidados em Geriatria e Gerontologia.

Na prática clínica, observa-se que uma avaliação geriátrica ampla, com adequada anamnese e abordagem dos principais sistemas funcionais, avaliados neste estudo, aliada à elaboração de um plano de cuidados centrado nessa população, considerando dar continuidade a esse cuidado, possibilitam o retardamento de problemas de saúde e o consequente aumento da qualidade de vida do idoso, além da redução de custos para o sistema de saúde e do estigma associado à incapacidade⁽⁵⁰⁾. Convém lembrar que a AD1 está presente na gestão de cuidados, identifica necessidades precocemente, fortalece os vínculos e a rede de apoio formal e informal, ampliando, assim, o acesso à saúde.

Este estudo apresenta como limitação o desenho transversal, impossibilitando inferências causais. Além disso, os resultados não podem ser generalizados, devido às características específicas de determinada região e ao fato de não ter incluído idosos sem capacidade de comunicação e/ou com demência avançada.

Sugerem-se novos estudos de intervenção, a fim de obter mais subsídios para avaliar a funcionalidade global de idosos acompanhados pela AD1 como desfecho, de modo a ampliar a discussão, com o objetivo de agregar bem-estar à longevidade e fornecer suporte e amparo aos idosos, aos familiares e/ou aos cuidadores.

Conclusão

O declínio dos sistemas funcionais de cognição e de mobilidade esteve associado à pior funcionalidade em relação às atividades básicas e instrumentais de vida diária, enquanto as variáveis sociodemográficas idade ≥ 80 anos e estado conjugal solteiro/divorciado estiveram associados à pior funcionalidade às AIVD. Os achados ressaltam a necessidade do acompanhamento da AD1 para esses indivíduos e servem como importantes norteadores para o planejamento e a implementação de intervenções de saúde dirigidas à manutenção da funcionalidade e do bem-estar da população idosa.

A gestão do cuidado e a avaliação gerontológica do idoso na AD da Atenção Básica mantêm o seu vínculo com o serviço e melhoram a ampliação de ações de manutenção e recuperação da saúde, prevenção de agravos e reinternações, bem como promoção da saúde no ambiente domiciliar. Nesse sentido, com base nos resultados provenientes deste estudo, o enfermeiro será capaz de evidenciar indicadores de saúde, além de desenvolver planos de cuidados personalizados para a idoso na Atenção Básica, no contexto domiciliar.

Agradecimentos

Agradecemos a Juana Vieira Soares pela colaboração na fase de coleta de dados.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [Acesso 12 out 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
2. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
3. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, et al. Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26:295-304. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000200007>
4. Araújo GKN, Souto RQ, Alves FAP, Sousa RCR, Ceballos AGC, Santos RC, et al. Functional capability and associated factors in the elderly living in the community. *Acta Paul Enferm*. 2019;32:312-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900043>
5. Zaninotto P, Batty GD, Stenholm S, Kawachi I, Hyde M, Goldberg M, et al. Socioeconomic Inequalities in Disability-free Life Expectancy in Older People from England and the United States: A Cross-national Population-Based Study. *J Gerontol A Biol Med Sci*. 2020;75(5):906-13. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/glz266>
6. Chang SF, Cheng CL, Lin HC. Frail Phenotype and Disability Prediction in Community-Dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *J Nurs Res*. 2019;27(3):e28. doi: <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000299>
7. Goes M, Lopes MJ, Oliveira H, Fonseca C, Marôco J. A Nursing Care Intervention Model for Elderly People to Ascertain General Profiles of Functionality and Self Care Needs. *Sci Rep*. 2020;10(1770). doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58596-1>
8. Walters K, Kharicha K, Goodman C, Handley M, Manthorpe J, Cattan M, et al. Promoting independence, health and well-being for older people: a feasibility study of computer-aided health and social risk appraisal system in primary care. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):47. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0620-6>
9. King AII, Boyd ML, Raphael DL, Jull A. The effect of a gerontology nurse specialist for high needs older people in the community on healthcare utilisation: a controlled before-after study. *BMC Geriatr*. 2018;18(22). doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0717-3>
10. Ministério da Saúde (BR). Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [Acesso 6 fev 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
11. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Dados demográficos IBGE 2010 [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2020 [Acesso 12 out 2020]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918
12. Paskulin LMG, Bierhals CCBK, Santos NO, Day CB, Machado DO, Pinheiro EM, et al. Depressive symptoms of the elderly people and caregiver's burden in home care. *Invest Educ Enferm*. 2017;35:210-20. doi: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v35n2a10>
13. Li J, Song Y. Formal and informal care. *Encycl Gerontol Popul Aging*. 2019;1-8. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_847-1
14. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. *Acta Paul Enferm*. 2010;23:218-23. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
15. Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [Acesso 12 out 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
16. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52:1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
17. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1999;57(2B):421-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
18. Dutra MC, Cabral ALL, Carvalho GA. Brazilian version of Timed Up and Go Test. *Rev Interfaces, Saúde, Hum Tecnol*. 2016;3(9):81-8. doi: <http://doi.org/10.16891/2317-434X.430>
19. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(2):142-8. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415>
20. Del Duca GF, Martinez AD, Bastos GAN. Profile of the elderly individual dependent on home care in low socioeconomic level communities in Porto Alegre in the state of Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17:1159-65. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500010>

21. Harrison KL, Leff B, Altan A, Dunning S, Patterson CR, Ritchie CS. What's Happening at Home: A Claims-based Approach to Better Understand Home Clinical Care Received by Older Adults. *Med Care*. 2020;58(4):360-7. doi: <http://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001267>
22. Hu B, Li B, Wang J, Shi C. Home and community care for older people in urban China: Receipt of services and sources of payment. *Health Soc Care Community*. 2019;00:1-11. doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.12856>
23. Zhao Y, Alderden J, Lind B, Stibrany J. Risk factors for falls in homebound community-dwelling older adults. *Public Health Nurs*. 2019;00:1-7. doi: <https://doi.org/10.1111/phn.12651>
24. Brennan DS, Keuskamp D, Balasubramanian M, Amarasena N. General health and well-being among primary care patients aged 75+ years: Associations with living conditions, oral health and dependency. *Australas J Ageing*. 2018;37(1):1-6. doi: <http://doi.org/10.1111/ajag.12475>
25. Biering P. Helpful approaches to older people experiencing mental health problems: a critical review of models of mental health care. *Eur J Ageing*. 2019;16:215-25. doi: <https://doi.org/10.1007/s10433-018-0490-3>
26. Sala G, Jopp D, Gobet F, Ogawa M, Ishioka Y, Masui Y, et al. The impact of leisure activities on older adults' cognitive function, physical function, and mental health. *PLoS One*. 2019;14(11):e0225006. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225006>
27. Arai H, Ouchi Y, Toba K, Endo T, Shimokado K, Tsubota K, et al. Japan as the front-runner of super-aged societies: perspectives from medicine and medical care in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15:673-87. doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.12450>
28. Plöthner M, Schmidt K, de Jong L, Zeidler J, Dammal K. Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):1-22. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1068-4>
29. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Informal and paid care for Brazilian older adults (National Health Survey, 2013). *Rev Saúde Pública*. 2017;51:1s-9s. doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000013>
30. World Health Organization. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2021 Feb 04]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Akgun-Citak E, Attepe-Ozden S, Vaskelyte A, van Bruchem-Visser RL, Pompili S, Kav S, et al. Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: Qualitative research in four European countries, the TRACE project. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020;87:103971. doi: <http://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103971>
32. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Methodology and social, demographic, cognitive, and frailty profiles of community-dwelling elderly from seven Brazilian cities: the FIBRA Study. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:778-92. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400015>
33. Santanasto AJ, Marron MM, Boudreau RM, Feitosa MF, Wojczynski MK, Arbeev KG, et al. Prevalence, Incidence, and Risk Factors for Overall, Physical, and Cognitive Independence Among Those From Exceptionally Long-Lived Families: The Long Life Family Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020;75(5):899-905. doi: <http://doi.org/10.1093/gerona/glz124>
34. Ko H, Jung S. Association of Social Frailty with Physical Health, Cognitive Function, Psychological Health, and Life Satisfaction in Community-Dwelling Older Koreans. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):818. doi: <http://doi.org/10.3390/ijerph18020818>
35. Kelly G, Mrengqwa L, Geffen L. "They don't care about us": older people's experiences of primary healthcare in Cape Town, South Africa. *BMC Geriatr*. 2019;19(98):1-14. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1116-0>
36. Blažič BJ, Blažič AJ. Overcoming the digital divide with a modern approach to learning digital skills for the elderly adults. *Educ Inf Technol*. 2020;25(1):259-79. doi: <https://doi.org/10.1007/s10639-019-09961-9>
37. Beauchet O, Cooper-Brown L, Ivensky V, Launay CP. Telemedicine for housebound older persons during the Covid-19 pandemic. *Maturitas*. 2020;142(1):8-10. doi: <http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.06.024>
38. Nunes WA, Dias FA, Nascimento JS, Gomes NC, Tavares DMS. Cognition, functionality and depression indicative among elderly. *Rev Rene*. 2016;17:103-11. doi: <http://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100014>
39. Tavares DMS, Gomes NC, Soares LAL, Marchiori GF. Factors associated with the functional independence of community-dwelling elderly individuals aged 80 or over. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e61527. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61527>
40. Hu B, Wang J. Unmet long-term care needs and depression: The double disadvantage of community-dwelling older people in rural China. *Health Soc Care Community*. 2018;27(1):126-38. doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.12630>
41. Yamada K, Adams H, Ellis T, Clark R, Sully C, Sullivan MJL. Reductions in Fatigue Predict Occupational Re-engagement in Individuals with Work-Related Musculoskeletal Disorders. *J Occup Rehabil*. 2020;30(1):135-45. doi: <http://doi.org/10.1007/s10926-019-09856-z>

42. Imaginário C, Rocha M, Machado P, Antunes C, Martins T. Functional capacity and self-care profiles of older people in senior care homes. *Scand J Caring Sci.* 2020;34(1):69-77. doi: <http://doi.org/10.1111/scs.12706>
43. Dansereau A, Hunter SW, Gomez F, Guralnik JM, DePaul VG, Auais M. Global cognition predicts the incidence of poor physical performance among older adults: a cross-national study. *Geriatr Gerontol Int.* 2020. doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.13864>
44. Duran-Badillo T, Salazar-González BC, Cruz-Quevedo JE, Sánchez-Alejo EJ, Gutierrez-Sanchez G, Hernández-Cortés PL. Sensory and cognitive functions, gait ability and functionality of older adults. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020;28:e3282. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3499.3282>
45. Mitzner TL, Savla J, Boot WR, Sharit J, Charness N, Czaja SJ, et al. Technology Adoption by Older Adults: Findings From the PRISM Trial. *Gerontologist.* 2019;59(1):34-44. doi: <http://doi.org/10.1093/geront/gny113>
46. Ferreira-Agreli B, Dias FA, Santos-Ferreira PCS, Gomes NC, Santos-Tavares DM. Functional disability and morbidities among the elderly people, according to socio-demographic conditions and indicative of depression. *Invest Educ Enferm.* 2017;35:48-58. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a06>
47. Aguiar BM, Silva PO, Vieira MA, Costa FM, Carneiro JA. Evaluation of functional disability and associated factors in the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22:e180163. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180163>
48. Mitra S, Brucker DL. Disability and aging: from successful aging to wellbeing through the capability and human development lens. *Disabil Health J.* 2020;13(4):100924. doi: <http://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100924>
49. Normal GJ, Wade AJ, Morris AM, Slaboda JC. Home and community-based services coordination for homebound older adults in home-based primary care. *BMC Geriatr.* 2018;18(1):241. doi: <http://doi.org/10.1186/s12877-018-0931-z>
50. Pinto AD, Shenfeld E, Lattanzio R, Aratangy T, Wang R, Nisenbaum R, et al. Routine identification of patients with disabilities in primary care: A mixed-methods study. *Disabil Health J.* 2020;13(2):100872. doi: <http://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100872>

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Mariane Lurdes Predebon, Gilmar Ramos, Idiane Rosset. **Obtenção de dados:** Mariane Lurdes Predebon, Gilmar Ramos, Idiane Rosset. **Análise e interpretação dos dados:** Mariane Lurdes Predebon, Gilmar Ramos, Fernanda Laís Fengler Dal Pizzol, Naiana Oliveira dos Santos, Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, Idiane Rosset. **Análise estatística:** Mariane Lurdes Predebon, Gilmar Ramos, Idiane Rosset. **Obtenção de financiamento:** Mariane Lurdes Predebon, Gilmar Ramos, Idiane Rosset. **Redação do manuscrito:** Mariane Lurdes Predebon, Gilmar Ramos, Fernanda Laís Fengler Dal Pizzol, Naiana Oliveira dos Santos, Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, Idiane Rosset. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Mariane Lurdes Predebon, Gilmar Ramos, Fernanda Laís Fengler Dal Pizzol, Naiana Oliveira dos Santos, Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, Idiane Rosset. **Todos os autores aprovaram a versão final do texto.** **Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 12.11.2020

Aceito: 08.04.2021

Editora Associada:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues


Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Mariane Lurdes Predebon

E-mail: predebon11@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1085-3034>