INCAPACIDADE FUNCIONAL PARA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA DE IDOSOS: ESTUDO POPULACIONAL¹

Dayana Clênia Castro*
 Daniella Pires Nunes**
 Valéria Pagotto***
 Lilian Varanda Pereira****
 Maria Márcia Bachion*****
 Adélia Yaeko Kyosen Nakatani*****

RESUMO

Este estudo objetiva identificar os fatores associados à incapacidade funcional para atividades básicas de vida diária em idosos. Trata-se de estudo transversal, populacional, com amostra probabilística, realizado na cidade de Goiânia, Brasil. Os idosos foram entrevistados no domicílio. As atividades básicas da vida diária (ABVD) foram avaliadas pelo Índice de Katz. Considerou-se incapacidade funcional a dificuldade para realizar pelo menos uma ABVD. As variáveis independentes incluíram as condições socioeconômicas e demográficas, condições de saúde e hábitos de vida. Para análise, foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou Fisher e regressão logística múltipla (valor de $p < 0,05$). Os fatores associados à incapacidade funcional foram a idade = 80 anos (OR:2,49;1,14-7,14), viuvez (OR:2,89;1,25-6,75), história de acidente vascular encefálico (OR:2,85;1,14-7,13), hospitalização (2,07;1,02-4,21), declínio cognitivo (OR:2,07;1,45-6,06) e sedentarismo (OR:2,64;1,03-6,75). A prevalência de incapacidade foi de 9,7%. Vestir, continência e banho foram as atividades mais comprometidas. Identificar os fatores que influenciam a capacidade funcional em idosos permite visualizar as áreas com possibilidade de prevenção e de promoção de saúde. A baixa prevalência de incapacidade para ABVD aponta independência mesmo em condições de maior vulnerabilidade.

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento. Atividades cotidianas.

INTRODUÇÃO

Diversos fatores biológicos, socioeconômicos, ambientais e culturais são apontados como determinantes do processo de envelhecimento⁽¹⁾. Assim, a capacidade funcional pode ser considerada tanto determinante como resultante das condições de saúde dos idosos.

Apesar do processo de envelhecimento não estar associado à perda de independência e autonomia, pode haver maior risco de limitações, demandando dos profissionais de saúde apropriação de referenciais e métodos de avaliação específicos para medida da capacidade funcional⁽²⁾.

Pesquisas têm sido realizadas para avaliar a capacidade funcional de idosos com a finalidade de

conhecer melhor o processo de envelhecimento, identificar situações que necessitam de intervenção ou cuidados e produzir informações que possam subsidiar a elaboração de políticas públicas, levando em conta tanto a população idosa como um todo quanto os segmentos mais vulneráveis^(1,3-5). Além disso, há interesse em identificar os fatores que podem influenciar na capacidade funcional⁽⁵⁻⁶⁾.

As atividades de vida diária (ABVD) incluem o vestir-se, banhar-se, comer, transferir-se da cadeira para cama e vice-versa, ir ao banheiro e controlar o esfíncter anal e vesical⁽²⁾. Para a avaliação dessas atividades, diversos instrumentos foram disponibilizados, como o Índice de Katz, recomendado pelo Ministério da Saúde no Brasil para a avaliação funcional do idoso⁽⁷⁾. Esse instrumento tem sido utilizado em

¹ Artigo de Pesquisa. Financiamento: Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG)

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF, Brasil. E-mail: dayanaclenia@hotmail.com

** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Tocantins. Palmas, TO, Brasil. E-mail: dpiresnunes@yahoo.com.br

*** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Secretaria Municipal de Saúde. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: valeriapagotto@gmail.com

**** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: lilianvaranda7@gmail.com

***** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: mbachion@gmail.com

***** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Aposentado pela Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: adeliafen@gmail.com

estudos nacionais⁽⁸⁻⁹⁾ e internacionais⁽¹⁰⁻¹¹⁾, na prática clínica, para a avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e para prever o prognóstico em doentes crônicos.

A capacidade funcional para realizar ABVD tem sido considerada um indicador de situação de saúde da população idosa^(2,10) e sua avaliação está incluída no Multidimensional Assessment Schedule (SVaMA), pelo qual se determina o Multidimensional Prognostic Index (MPI) para mortalidade⁽¹²⁾.

A prevalência de incapacidade funcional varia conforme o país e suas regiões, sendo a faixa etária fator considerado para definir o idoso. Em estudos internacionais, como o desenvolvido no Sudeste da Ásia (Singapura), identificou-se a prevalência de incapacidade funcional para ABVD de 6,6%⁽¹³⁾ e, no Canadá, de 15,4%⁽¹⁴⁾. Incapacidade funcional foi definida como qualquer dificuldade para desempenhar uma atividade dentro da extensão considerada normal para os seres humanos⁽¹⁴⁾. Pesquisa realizada na Itália, com 90.000 idosos (65 anos ou mais) atendidos por profissionais de saúde na comunidade ou em instituições para idosos, verificou que o percentual de dependência para as atividades de vida diária variou de 2,9%, em pacientes com 65–74 anos, até 36,2%, naqueles com 85 ou mais⁽⁵⁾.

No Brasil, evidenciaram-se elevados índices de incapacidade para ABVD na população idosa^(4,9). Estudos de abrangência nacional, como o Epidemiologia do idoso (Epidoso), identificaram a prevalência de incapacidade de 17,8%⁽¹⁵⁾ e o Saúde, bem-estar e envelhecimento (SABE) de 19,3%⁽⁴⁾. No nordeste, a prevalência foi de 13,1% e, no Sul, de 26,8%⁽⁹⁾. Na região Centro-Oeste, estudo realizado em áreas de abrangência da estratégia saúde da família apontaram prevalências de incapacidade funcional para ABVD de 34,8%⁽⁴⁾ e 42,1%⁽¹⁶⁾.

Os principais fatores associados à incapacidade funcional incluem a baixa escolaridade, aumento da idade, hospitalização, acidente vascular encefálico, autopercepção de saúde ruim, presença de multimorbidade, déficit visual e sintomas depressivos ou problemas mentais, polifarmácia e peso abaixo ou acima do normal^(6,10,12,17).

Em função do aumento da expectativa de vida da população e do perfil epidemiológico

entre os idosos, a avaliação das limitações funcionais é fundamental na prática dos serviços de saúde, uma vez que a incapacidade gera ônus para a comunidade de forma geral, incluindo aumento na procura por serviços de saúde, redução da qualidade de vida, aumento nos custos dos cuidados, além de maior mortalidade^(7,14).

Tendo em vista as disparidades econômicas, sociais e culturais de cada região do país, bem como a dinamicidade das condições de vida das pessoas ao longo do tempo, é útil realizar inquéritos epidemiológicos periodicamente para a detecção precoce e planejamento de intervenções direcionadas à prevenção e recuperação da saúde dos idosos, promoção da autonomia e independência por maior tempo possível. Conhecer os fatores que influenciam na realização das ABVD pode favorecer a qualidade da assistência oferecida a essa população.

Assim, questiona-se: quais as condições associadas à incapacidade nas ABVD e qual a força de associação dessas condições com incapacidade entre os idosos que vivem na comunidade? Espera-se que este estudo traga elucidaciones importantes para as políticas de saúde e agregue informações sobre as condições de vida dos idosos, além de evidenciar aspectos que devem ser priorizados na avaliação e intervenção de enfermagem a esse grupo populacional.

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores associados à incapacidade funcional para ABVD entre idosos.

MÉTODOS

Esta investigação é um estudo transversal, de base populacional, que integra a pesquisa “Situação de Saúde da população idosa do município de Goiânia-Goiás”, realizada pela Rede de Vigilância a Saúde do Idoso (REVISI).

O cálculo amostral foi realizado considerando a população de idosos de Goiânia (7% da população - 1.249.645, no ano base 2007), a partir de nível de confiança de 95%, nível de significância de 5%, frequência esperada de 30% (menor frequência esperada entre as variáveis investigadas no projeto matriz), precisão absoluta de 5%, efeitos do desenho (DEFF) de 1.8 e acréscimo de 11% para possíveis perdas. A

amostra representativa da população de idosos residentes na zona urbana de Goiânia foi de 934 idosos.

A área geográfica do estudo foi definida a partir dos setores censitários estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para a delimitação desses setores, foi utilizado o mapa urbano básico digital de Goiânia, fornecido pela instituição responsável pela construção da malha digital da cidade (COMDATA). Identificou-se 1.068 setores censitários no município e, desses, 912 estritamente urbanos, sendo, assim, utilizados para a localização dos idosos. A média de indivíduos por setor era de 980 pessoas. Considerando 7% de idosos na população de Goiânia, estimou-se 16,3 idosos por setor censitário. Dividindo-se o total da amostra (n=934) pelo número de idosos estimados por setor censitário (17,0), calculou-se que seriam necessários 55 setores para a coleta dos dados. Foi sorteado um setor a mais (56) por meio de tabela de números aleatórios criada em sistema eletrônico de randomização.

Nesses setores, foram sorteados o quarteirão e a esquina para o início da coleta. A partir da esquina sorteada, a primeira residência foi visitada e, caso não houvesse idoso, o pesquisador deslocaria-se para o próximo domicílio até identificar um idoso. Na ocorrência de mais de um idoso residindo no domicílio, todos foram entrevistados. Quando o número de domicílios residenciais do setor não era suficiente para completar a amostra, outro setor censitário já estava sorteado, *a priori*, e o entrevistador prosseguia até aproximar ou completar o total estimado de idosos.

Dos 934 idosos entrevistados, foram excluídos 6 (seis) indivíduos por não terem respondido completamente todos os itens do instrumento de pesquisa, totalizando 928 participantes. Após realização da entrevista, averiguou-se se a amostra do projeto seria representativa para o desfecho deste estudo, no tocante à incapacidade funcional. Para tal, o cálculo foi realizado por meio do software OpenEpi®, versão 2.3.1 (2010), para estudo transversal com amostra por conglomerados, considerando a média da frequência de mobilidade física em idosos de Goiânia de aproximadamente 26,0%, precisão absoluta de

2,6%, efeito de desenho de 1.8. Foi estimada uma amostra de 842 indivíduos para um poder de 80%, certificando que a amostra era representativa para o desfecho em estudo.

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2009 a abril de 2010, por entrevistadores previamente treinados para a aplicação do questionário. O questionário era composto por 12 seções: perfil social; dados sobre o cuidador; saúde geral do idoso e antecedentes familiares; verificação da pressão arterial, registro do peso e altura referidos; hábitos de vida; avaliação da dor; sintomas respiratórios; avaliação funcional; qualidade de vida; fragilidade; quedas; acesso a serviços de saúde; e Mini Exame do Estado Mental.

A variável dependente deste estudo foi a incapacidade para realizar ABVD. A incapacidade foi avaliada por meio do Índice de Katz⁽⁷⁾, que encampa as atividades transferir-se da cama para cadeira e vice-versa, ir ao banheiro, continência, vestir, tomar banho e alimentar-se. Considerou-se incapacidade para desempenhar ABVD quando houve dependência parcial ou total para a realização de pelo menos uma das atividades investigadas. As variáveis independentes foram: *condições socioeconômicas e demográficas* (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda do idoso e morar sozinho), *condições de saúde* (autopercepção de saúde, doenças autorreferidas, déficit visual, déficit auditivo, dor, declínio cognitivo, quedas e hospitalização nos últimos 12 meses) e *hábitos de vida* (tabagismo, consumo de bebida alcoólica e autorrelato de prática de atividade física).

O declínio cognitivo foi avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental. Tendo em vista a relação entre cognição e escolaridade, a pontuação foi estratificada segundo os níveis de escolaridade. Considerou-se ponto de corte para declínio cognitivo: <19 pontos para analfabetos; <23 pontos para nível primário; <24 para ensino médio, <28 para ensino superior⁽⁷⁾. Os dados foram digitados no programa Excel® for Windows 2003-2007 e analisados no software Stata®, versão 11.0. Para a análise das proporções, utilizou-se o teste Qui Quadrado ou Fisher, adotando-se

nível de significância de 5%. Análise de regressão logística múltipla foi realizada para verificar os fatores associados à incapacidade. Foram incluídas no modelo as variáveis com valor $p < 0,20$ e mantidas aquelas que apresentaram associação significativa ($p < 0,05$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo nº 050/2009, em atendimento às diretrizes éticas nacionais e internacionais para pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 928 idosos participantes, a idade variou entre 60 e 99 anos (média=71,4 anos; $dp=8,30$). Houve predominância de idosos do sexo feminino (62,2%), na faixa etária de 60 a 69 anos (48,3%), estado civil casado (49,6%), com escolaridade fundamental completa/incompleta (47,6%), renda menor ou igual a um salário mínimo (42,5%) e não residir sozinho (87,3%).

As características demográficas e socioeconômicas dos idosos deste estudo seguem a tendência nacional, apresentada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística nos últimos censos populacionais⁽¹⁵⁾.

A prevalência de incapacidade funcional para ABVD foi de 9,7%, pouco superior aos achados de estudos realizados na América Latina (7,3%)⁽¹⁰⁾ e Singapura, (6,6%)⁽¹³⁾. A média da idade da população pode influenciar nos resultados em cada cenário de investigação. Pesquisa realizada na Itália estimou prevalência de dependência para as atividades de vida diária de 2,9% entre pessoas com 65–74 anos, até 36,2% entre aqueles com 85 anos ou mais⁽⁵⁾.

Comparando-se aos estudos realizados no Brasil, a prevalência de incapacidade foi inferior à do Rio Grande do Sul (26,8%)⁽⁸⁾ e Minas Gerais (16,0%)⁽¹⁸⁾. Essas diferenças podem ser atribuídas aos fatores intrínsecos e extrínsecos associados à incapacidade, que variam em decorrência de condições genéticas e das características sociais e demográficas de cada cenário histórico e geográfico.

Adicionado a isso, nem sempre os instrumentos utilizados para avaliação das ABVD são os mesmos e a amostra dos estudos muitas vezes restringe-se a pessoas de pequenas regiões de uma área geográfica específica, prejudicando a generalização dos dados.

As proporções de incapacidade entre as ABVD foram: 6,7% para vestir-se, 6,3% para continência, 5,7% para banho, 4,7% para usar o banheiro, 4,7% para transferência e 4,4% para alimentação.

Esse achado corrobora a literatura, observando-se que as atividades mais comprometidas nos idosos são principalmente continência, vestir-se e tomar banho⁽⁹⁾.

O vestir-se e banhar-se são atividades que exigem força nos membros superiores e inferiores, flexibilidade, coordenação motora fina e equilíbrio. Essas funções podem estar comprometidas nos longevos (80 anos ou mais) e naqueles que apresentam determinados agravos à saúde. Queixas sobre o desempenho nessas ABVD podem representar a fase inicial do processo de incapacidade.

Conforme apresentado na Tabela 1, a frequência de dificuldade nas ABVD aumentou com a idade, como evidenciado em outro estudo⁽⁵⁾.

Quanto ao estado civil, identificou-se que os viúvos apresentaram maior proporção de comprometimento funcional (16,4%) que os casados (6,3%). Quanto menor a escolaridade, maior era a proporção de incapacidade, principalmente entre os analfabetos (17,9%). A renda não foi associada à incapacidade para as ABVD (Tabela 2).

Verificou-se maior comprometimento funcional entre os idosos que referiram doenças como o acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, câncer, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, déficit auditivo e visual, hospitalização, queda, autopercepção de saúde ruim ou péssima e declínio cognitivo (Tabela 3).

Entre os hábitos de vida, observou-se que idosos que não realizavam atividade física (13,0%) e não consumiam bebida alcoólica (11,7%) apresentaram maior prevalência de incapacidade (Tabela 4).

Tabela 1. Distribuição das ABVD segundo a faixa etária, Brasil, DEZ 2009 - ABR 2010

Atividades	Não tem dificuldade			Tem dificuldade			P*
	60-69			70-79			
	n (%)	n (%)	=80 n (%)	n (%)	n (%)	=80 n (%)	
Comer	440 (98,2)	293 (95,1)	154 (89,5)	8 (1,8)	15 (4,9)	18 (10,5)	0,001
Vestir-se	435 (97,1)	289 (94,1)	141 (82,0)	13(2,9)	18 (5,9)	31 (18,0)	0,001
Banhar-se	439 (98,0)	292 (94,8)	144 (83,7)	9 (2,0)	16 (5,2)	28 (16,3)	0,001
Ir ao banheiro	440 (98,2)	294 (95,5)	150 (87,2)	8 (1,8)	14 (4,5)	22 (12,8)	0,001
Transferência da cama para a cadeira	441 (98,4)	292 (94,8)	151 (87,8)	7 (1,6)	16 (5,2)	21 (12,2)	0,001
Incontinência	434 (96,9)	289 (93,8)	147 (85,5)	14(3,1)	19 (6,2)	25 (14,5)	0,001

* Qui-quadrado de Tendência.

Tabela 2. Distribuição das características socioeconômicas e demográficas segundo a incapacidade funcional para ABVD em idosos, Brasil, DEZ 2009 - ABR 2010

Variáveis	Incapacidade para ABVD		OR _b (IC95%)	p*
	Sim n(%)	Não n(%)		
Sexo				
Masculino	35 (10,0)	316 (90,0)	1,00	
Feminino	55 (9,5)	522 (90,5)	0,95 (0,61-1,48)	0,826
Faixa etária				
60 a 69	21 (4,7)	427 (95,3)	1,00	
70 a 79	30 (9,7)	278 (90,3)	2,19 (1,23-3,91)	0,008
80 e mais	39 (22,7)	133 (77,3)	5,96 (3,38-10,49)	0,001
Estado civil				
Casado	29 (6,3)	429 (93,7)	1,00	
Viúvo	49 (16,4)	249 (83,6)	2,91 (1,79-4,72)	0,001**
Solteiro	4 (4,8)	80 (95,2)	0,74 (0,25-2,16)	0,581**
Separado	7 (8,4)	76 (91,6)	1,36 (0,58-3,22)	0,481**
Escolaridade				
Analfabeto	34 (17,9)	156 (82,1)	3,75 (1,41-9,93)	0,008
Fundamental completo/incompleto	37 (8,4)	403 (91,6)	1,58 (0,59-5,29)	0,352
Ensino médio completo/incompleto	13 (6,4)	190 (93,6)	1,18 (0,41-3,40)	0,764
Superior completo/incompleto	5 (5,5)	86 (94,5)	1,00	
Renda				
≤ 1 salário ou sem renda	42 (8,3)	468 (91,7)	0,85 (0,43-1,67)	0,642
> 1 a 3 salários	27 (12,2)	194 (87,8)	1,31 (0,64-2,68)	0,461
> 3 salários	12 (9,6)	113 (90,4)	1,00	
Mora sozinho				
Não	79 (9,8)	726 (90,2)	1,00	
Sim	11 (9,4)	106 (90,6)	0,95 (0,49-1,85)	0,888

Teste: Qui Quadrado e Qui Quadrado para tendência. Nota: Dados numéricos arredondados. IC95%: Intervalo de 95% de confiança; OR_b: Odds ratio bruto

No modelo de regressão múltipla, os fatores associados à incapacidade para ABVD foram viuvez, ter referido acidente vascular encefálico, não realizar atividade física, possuir 80 anos ou mais, ter sido hospitalizado nos últimos 12 meses e possuir declínio cognitivo. O modelo final foi

ajustado por sexo e dor, considerado adequado e com capacidade preditiva de 82,2% (Tabela 5).

Quanto aos fatores associados, observou-se aumento da probabilidade de incapacidade funcional com o avanço da idade, achados esperados e encontrados em outros estudos^(11, 19). No Nordeste, estudo apontou que a cada ano de

idade há aumento em uma vez sobre a chance do idoso apresentar incapacidade funcional. Alterações próprias do processo de envelhecimento repercutem na função física, intelectual e social dos indivíduos, podendo representar maior perda funcional no idoso⁽⁶⁾.

Quanto ao estado civil, evidenciou-se que ser viúvo foi associado à dependência funcional. Uma hipótese para justificar esse achado é a de que a viuvez pode levar ao isolamento social e ao desenvolvimento de sintomas depressivos pela perda de um ente muito próximo, apresentando, assim, impacto negativo sobre a condição de saúde

geral do idoso⁽¹⁸⁾. Estudo populacional realizado no México apontou que o estado civil viúvo (43,1%) predominou entre idosos que possuíam incapacidade para ABVD⁽¹⁰⁾.

O acidente vascular encefálico (AVE) foi uma condição de saúde fortemente associada à incapacidade funcional neste estudo, como em estudo realizado em São Paulo, SP, onde os indivíduos que tinham história desse acometimento apresentaram chance 7,82 vezes maior de ter alguma dependência para a realização de ABVD quando comparados aos idosos que não possuíam essa comorbidade⁽¹⁹⁾.

Tabela 3. Distribuição das condições de saúde segundo a presença de incapacidade funcional para ABVD em idosos, Brasil, DEZ 2009 - ABR 2010

Variáveis	Incapacidade para ABVD		OR _b (IC95%)		p*
	Sim n(%)	Não n(%)	Sim	Não	
Autopercepção de saúde					
Ótima/Boa	20 (5,2)	364 (94,8)		1,00	
Regular	21 (5,6)	355 (94,4)	1,08 (0,57-2,02)		0,818
Ruim/Péssima	14 (15,6)	76 (84,4)	3,35 (1,62-6,93)		0,001
Hipertensão (Sim)	49 (8,9)	503 (91,1)	0,81 (0,52-1,25)		0,350
Diabetes (Sim)	30 (17,1)	145 (82,9)	2,39 (1,49-3,83)		0,001
Osteoporose (Sim)	26 (11,4)	202 (88,6)	1,28 (0,79-2,06)		0,323
Câncer (Sim)	14 (20,0)	56 (80,0)	2,60 (1,38-4,88)		0,003
Acidente Vascular Encefálico (Sim)	22 (36,1)	39 (63,9)	6,60 (3,69-11,76)		0,001
Infarto Agudo do Miocárdio (Sim)	12 (21,0)	45 (79,0)	2,73 (1,38-5,37)		0,003
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Sim)	22 (15,6)	119 (84,4)	1,94 (1,15-3,26)		0,012
Doença osteomuscular (Sim)	22 (11,3)	173 (88,7)	1,25 (0,75-2,08)		0,394
Déficit visual (Sim)	67 (8,4)	728 (91,6)	0,47 (0,27-0,79)		0,005
Déficit auditivo (Sim)	33 (13,2)	217 (86,8)	1,71 (1,08-2,71)		0,022
Dor (Sim)	58 (10,8)	481 (89,2)	1,60 (0,98-2,58)		0,058
Queda	51 (16,0)	268 (84,0)	2,81 (1,80-4,38)		0,001
Hospitalização (Sim)	39 (19,0)	166 (81,0)	3,15 (1,98-5,01)		0,001
Declínio cognitivo (Sim)	22 (12,2)	158 (87,8)	3,34 (1,81-6,15)		0,001

Nota: Dados numéricos arredondados. IC95%: Intervalo de 95% de confiança; OR_b: *Odds ratio bruto*. *Teste Qui Quadrado.

Tabela 4. Distribuição dos hábitos de vida segundo a incapacidade funcional para ABVD em idosos, Brasil, DEZ 2009 - ABR 2010.

Variáveis	Incapacidade para ABVD		OR _b (IC95%)		p*
	Sim n(%)	Não n(%)	Sim	Não	
Tabagismo*					
Sim	4 (4,5)	85 (95,5)	0,42 (0,11-1,19)		0,102
Ex-fumante	34 (10,2)	298 (89,8)	1,02 (0,64-1,60)		0,947
Atividade Física (Não)	82 (13,0)	549 (87,0)	5,30 (2,52-11,11)		<0,001
Bebida alcoólica (sim)**	4 (2,1)	184 (97,9)	0,16 (0,05-0,45)		<0,001**

Nota: Dados numéricos arredondados. IC95%: Intervalo de 95% de confiança; OR_b: *Odds ratio bruto*. *Teste Qui Quadrado; **Teste Exato de Fisher.

Tabela 5. Fatores associados à incapacidade para ABVD em idosos, Brasil, DEZ 2009 - ABR 2010.

Variáveis	OR _{ai}	IC (95%)	p _{ai}
Sexo			
Masculino	1,00		
Feminino	0,64	0,29 – 1,41	0,267
Faixa etária			
60 a 69 anos	1,00		
70 a 79 anos	1,03	0,42 – 2,54	0,938
80 ou mais anos	2,49	1,14 – 7,14	0,046
Estado civil			
Casado	1,00		
Viúvo	2,89	1,25 – 6,75	0,014
Solteiro	0,41	0,04 – 3,50	0,421
Separado	2,40	0,70 – 8,25	0,164
Acidente Vascular Encefálico (Sim)	2,85	1,14 – 7,13	0,024
Dor (Sim)	2,15	0,95 – 4,85	0,064
Hospitalização (Sim)	2,07	1,02 – 4,21	0,043
Déficit cognitivo (Sim)	2,07	1,45 – 6,06	0,003
Atividade Física (Não)	2,64	1,03 – 6,75	0,042

Nota: Hosmer Lemeshow (p=0,508); Área sob curva ROC = 0,822. Ajustados por sexo e dor.

O AVE causa consequências como hemiplegia, hemiparesia e disfunção visual que influenciam na marcha, no equilíbrio e ainda na orientação espacial do idoso, favorecendo a dependência para a realização de ABVD⁽²⁰⁾.

Quanto à associação da incapacidade funcional nas ABVD com hospitalização nos últimos doze meses, a literatura refere que a hospitalização não é, em si, risco para a incapacidade funcional. Esse fator, porém, aponta para a exposição dos idosos a situações que podem influenciar em uma condição incapacitante, como a própria doença, os procedimentos médicos e cirúrgicos, o repouso prolongado no leito, as infecções hospitalares, os medicamentos, a desnutrição e as situações de risco advindas do próprio ambiente hospitalar⁽²¹⁾.

A incapacidade funcional para ABVD mostrou-se associada, ainda, com déficit cognitivo. Esse fato pode ser explicado pelas características do processo de envelhecimento mal sucedido, como a alteração da atenção e da memória, que levam o idoso a não conseguir completar atividades⁽¹⁰⁾. Estudo populacional realizado no Canadá, com 9.008 idosos com 65 anos ou mais, identificou que o comprometimento cognitivo está entre os cinco principais determinantes de incapacidade para ABVD⁽¹⁴⁾. Na Espanha, estudo realizado com o objetivo de investigar a influência do estado cognitivo na dependência de ABVD de 600 idosos com 65 anos ou mais mostrou que os participantes com problemas cognitivos estavam mais propensos a apresentar dependência

funcional nas ABVD, principalmente nas atividades banhar-se e usar o banheiro⁽¹¹⁾. Esses achados sugerem que o declínio cognitivo pode ser um preditor independente para a dependência funcional⁽¹¹⁾.

Os idosos com declínio cognitivo podem apresentar comprometimento no raciocínio, na memória, percepção, atenção, capacidade de conhecer e reconhecer, linguagem e personalidade. Se o declínio progride, agrava-se a dependência e as incapacidades limitam o idoso inicialmente, impedindo-o por fim, de realizar as mais simples tarefas da vida diária⁽¹⁵⁾.

Quanto à realização de atividade física, a literatura apontou a prática regular como fator importante para a prevenção de incapacidade funcional, pois seus efeitos melhoram a função muscular, a amplitude de movimento, o equilíbrio e a coordenação motora, além de prevenir ou retardar o desenvolvimento de condições crônicas. Além disso, a atividade física pode promover a interação social, impedindo o desenvolvimento de sintomas depressivos⁽⁸⁾.

Diferentes ações podem contribuir para a manutenção da independência funcional entre os idosos e promover a melhoria da qualidade de vida dessa população, como a manutenção do idoso junto à sua família e na sociedade, de forma ativa e construtiva. A identificação dos fatores associados à incapacidade funcional na presente investigação é uma fonte de dados importante para a realização de medidas de prevenção da dependência.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar os fatores associados à incapacidade funcional para realização das ABVD, como ser viúvo, possuir 80 anos e mais, ter vida sedentária, possuir declínio cognitivo, ter sofrido acidente vascular encefálico e ter sido hospitalizado nos últimos 12 meses. A investigação desses fatores contribuiu para a detecção de situações de risco, identificação de áreas de disfunção e necessidades, monitoramento do declínio funcional, orientação de planos de cuidados adequados às demandas de atenção, além de indicar a necessidade de utilização de serviços de saúde especializados.

O investimento na promoção da saúde para o autocuidado, em todas as faixas etárias, a ampliação da rede de saúde formal e informal para suporte ao idoso na comunidade, o estímulo à realização de atividades que envolvam

interação social, lazer, educação e atividades físicas, além de educação em saúde, podem contribuir na prevenção de incapacidade funcional, mantendo-se a independência de idosos nas ABVD.

A limitação maior do estudo foi a investigação concomitante de vários desfechos. No entanto, trata-se de estudo de base populacional, cujas evidências são relevantes para a atenção integral à saúde dos idosos.

AGRADECIMENTOS

Os autores manifestam seu agradecimento à Dra Ruth Losada de Menezes, pelas contribuições na elaboração do projeto da pesquisa matriz, definição da metodologia, discussão dos dados e preparação da versão preliminar do manuscrito, e à Dra Ivania Vera, pela contribuição na discussão dos dados e preparação da versão preliminar do artigo.

FUNCTIONAL DISABILITY FOR BASIC ACTIVITIES OF DAILY LIVES OF THE ELDERLY: A POPULATION STUDY

ABSTRACT

The aim of the study was to identify factors associated with functional disability for basic activities of daily living in older adults. This is a cross-sectional, population-based study with a probabilistic sample, performed in Goiania, Brazil. The older adults were interviewed in their homes. The basic activities of daily living (BADL) were evaluated using the Katz Index. Difficulty in performing at least one BADL was considered to be a functional disability. The independent variables included socioeconomic, demographic, health and lifestyle conditions. The Chi-square or Fisher's tests and multiple logistic regression were used for the analysis (p value <0.05). The factors associated with functional disability were being aged = 80 years (OR: 2.49, 1.14 to 7.14), widowed (OR: 2.89; 1.25-6.75), history of stroke (OR: 2.85; 1.14 to 7.13), hospitalization (2.07; 1.02 to 4.21), cognitive impairment (OR: 2.07; 1.45 to 6.06) and physical inactivity (OR 2.64, 1.03-6.75). The prevalence of disability was 9.7%. Dressing, continence and bathing were the areas most compromised. The identification of factors influencing functional capacity in older adults allows to visualize areas with existing possibilities for prevention and health promotion. The low prevalence of disability for BADL indicates independence, even in conditions of greater vulnerability.

Keywords: Older adult. Aging. Daily activities.

INCAPACIDAD FUNCIONAL PARA ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE ANCIANOS: ESTUDIO POBLACIONAL

RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar los factores asociados a la discapacidad funcional para actividades básicas de la vida diaria en ancianos. Se trata de un estudio transversal, poblacional, con muestreo probabilístico, realizado en Goiânia, Brasil. Los ancianos fueron entrevistados en sus domicilios. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) fueron analizadas por el Índice de Katz. Se consideró discapacidad funcional la dificultad para realizar por lo menos una ABVD. Las variables independientes incluyeron las condiciones socioeconómicas y demográficas; condiciones de salud y hábitos de vida. Para el análisis, fueron usadas las pruebas Chi-cuadrado o Fisher y regresión logística múltiple (valor de $p < 0,05$). Los factores asociados a la discapacidad funcional fueron de edad ≥ 80 años (OR: 2,49; 1,14-7,14), viudez (OR: 2,89; 1,25-6,75), historia de accidente vascular encefálico (OR: 2,85; 1,14-7,13), hospitalización (2,07; 1,02-4,21), deterioro cognitivo (OR: 2,07; 1,45-6,06) y sedentarismo (OR: 2,64; 1,03-6,75). La prevalencia de la discapacidad fue de 9,7%. Las actividades más comprometidas fueron vestirse, continencia y bañarse. La identificación de los factores que influyeron la capacidad funcional en ancianos permite visualizar las áreas con posibilidad de prevención y de promoción de salud. La baja prevalencia de discapacidad para ABVD señala independencia incluso en condiciones de mayor vulnerabilidad.

Palabras clave: Anciano. Envejecimiento. Actividades diarias.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira EM, Silva HS, Lopes A, Cachioni M, Falcão DVS, Batistoni SST, Neri AL et al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. *Psico USF*. 2005 jan-apr; 20(1):109-120.
2. Santos NO dos, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Paskulin LMG, Leite MT, Budó M de LD. The perceptions of workers in a long-term care institution for older adults regarding the family. *Texto Context Enferm*. [online]. 2014; 23(4):971-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400971&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Reis LA dos, Reis LA dos, Torres GDV. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. *Ciênc Cuid Saúde* [online]. 2015; 14(1):847. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19585>
4. Alexandre TS, Corona LP, Nunes DP, Santos JLF, Duarte YAO, Lebrão ML. Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(3):379-389.
5. Guerriero F, Orlando V, Tari DU, Di Giorgio A, Cittadini A, Trifirò G, Menditto E. How healthy is community-dwelling elderly population? Results from Southern Italy. *Transl Med UniSa*. 2016; 13:59-64.
6. Danielewicz AL, Barbosa AR, Del Duca GF. Nutritional status, physical performance and functional capacity in an elderly population in southern Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2014; 60(3):242-248.
7. Saúde BM da. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília(DF); 2010.
8. Duca F Del, Hallal C, Paulo S. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saude Publica*. 2011; 45(1):113-20.
9. Del Duca GF, Silva MC da, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(5):796-805.
10. Manrique-espinoza B, C D, Salinas-rodríguez A, C M, Moreno-tamayo KM, C M, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Publica Mex*. 2013; 55Suppl 2:S323-31.
11. Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, Rochette S, Lorenzo T, Maseda A. Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. *Arch Gerontol Geriatr*. [online]. 2012; 54(1):197-201. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21397345>
12. Piloto A, Gallina P, Fontana A, Sancarlo D, Bazzano S, Copetti M, Maggi S, et al. Development and Validation of a Multidimensional Prognostic Index for Mortality Based on a Standardized Multidimensional Assessment Schedule (MPI-SVaMA) in Community-Dwelling Older Subjects. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Apr; 14(4):287-92. doi: 10.1016/j.jamda.2013.01.005.
13. Ng T-P, Niti M, Chiam P-C, Kua E-H. Prevalence and correlates of functional disability in multiethnic elderly Singaporeans. *J Am Geriatr Soc*. [online]. 2006 Jan; 54(1):21-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16420194>
14. Griffith L, Raina P, Wu H, Zhu B, Stathokostas L. Population attributable risk for functional disability associated with chronic conditions in Canadian older adults. *Age Ageing* [online]. 2010 Nov 1; 39(6):738-45. Disponível em: <http://www.ageing.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/ageing/afq105>
15. Estatística. BIB de G e. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*; 2012.
16. Albuquerque AG, Oliveira GSM De, Silva VDL, Nascimento CB Do. Capacidade funcional e linguagem de idosos não-participantes e participantes de grupos de intervenção multidisciplinar na atenção primária à saúde. *Rev CEFAC*. 2012; 14(5):952-62.
17. Torres, JL; Dias, RGC; Ferreira, FR; Macinko, J; Lima-Costa, MF. Functional performance and social relations among the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a population-based epidemiological study. *Cad Saúde Pública*, 2014; 30(5):1018-1028.
18. Assis VG, Marta SN, Conti MHS De, Gatti MAN, Simeão SFDAP, Vitta A De. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. [online]. 2014 Mar; 17(1):153-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100153&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
19. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Brazilian J Phys Ther*. [online]. 2010 Aug; 14(4):322-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000400009&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
20. Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO. Cuidador familiar de idosos: a busca pelo apoio social formal e informal. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(1):018-025.
21. Menezes C, Oliveira VRC de, Menezes RL de. Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos. *Rev Mov*. 2010; 3(2):76-84.

Endereço para correspondência: Dayana Clênia Castro. Rua 31 Sul, Lt 09, Ed. Mozart, Ap. 1502, CEP: 71929-720. Águas Claras, Distrito Federal, Brasil. E-mail: dayanaclenia@hotmail.com

Data de recebimento: 31/05/2015

Data de aprovação: 02/02/2016