

# Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes

## Functional dependency and associated factor in elderly living with relatives

Elzo Pereira Pinto Junior<sup>1</sup>, Isnanda Tarciara da Silva<sup>1</sup>,  
Alba Benemérta Alves Vilela<sup>1</sup>, Cezar Augusto Casotti<sup>1</sup>,  
Francisco José Maia Pinto<sup>2</sup>, Marcelo Gurgel Carlos da Silva<sup>2</sup>

### Resumo

**Introdução:** O envelhecimento populacional traz inúmeros desafios, incluindo o suporte familiar aos idosos com incapacidade funcional. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, com abordagem analítica, que objetivou estimar a prevalência e os fatores associados à dependência funcional dos idosos corresidentes. O estudo foi do tipo censo, realizado com 191 idosos que moravam com a família e eram assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Realizaram-se entrevistas domiciliares, e a avaliação funcional foi feita com o uso do índice de Katz e do índice de Barthel. **Resultados:** Observou-se que 94,2% dos idosos eram independentes para as atividades básicas, e 51,3%, para as atividades instrumentais da vida diária. Em uma avaliação conjunta, 52,3% dos idosos se mostraram independentes em ambas. Na análise bivariada, a dependência funcional se associou a: sexo feminino, ter mais de 80 anos, hospitalizações, doença do coração e depressão. **Conclusão:** Conclui-se que a avaliação da saúde do idoso deve levar em conta diversos fatores, incluindo aqueles ligados aos aspectos familiares e *status* funcional.

**Palavras-chave:** envelhecimento; saúde do idoso; estudos transversais; atividades cotidianas; relações familiares.

### Abstract

**Introduction:** Population aging brings many challenges, including family support for the elderly with disabilities. **Methods:** A cross-sectional study with analytical approach, which aimed to estimate the prevalence and factors associated with functional dependence of the elderly living with relatives was performed. The study was the type census, conducted with 191 elderly people who lived with the family and were assisted by the Family Health Strategy. Household interviews were conducted and functional evaluation was made using the Katz Index and the Barthel Index. **Results:** It was observed that 94.2% of the elderly were independent to basic activities and 51.3% independent in instrumental activities of daily living. A joint evaluation, 52.3% of the elderly were independent in both. In the bivariate analysis, the functional dependence was associated with female sex, age higher than 80 years, hospitalizations, heart disease and depression. **Conclusion:** We concluded that the assessment of health of the elderly must take into account many factors, including those related to family issues and functional status.

**Keywords:** ageing; health of the elderly; cross-sectional studies; activities of daily living; family relations.

<sup>1</sup>Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) - Jequié (BA), Brasil.

<sup>2</sup>Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UEC) - Fortaleza (CE), Brasil.

Trabalho realizado na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Jequié (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Elzo Pereira Pinto Junior – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Rua José Moreira Sobrinho, s/n – Jequezinho – CEP: 45206-190 – Jequié (BA), Brasil – Email: elzojr@hotmail.com

Fonte de financiamento: PIBIC/UESB – CNPq.

Conflito de interesses: nada a declarar.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade mundial, apesar de apresentar seu ritmo e estágio de transição demográfica atrelados ao grau de desenvolvimento das nações<sup>1</sup>. O Brasil experimenta o fenômeno de estreitamento da base e alargamento do ápice de sua pirâmide etária, com tendência a apresentar-se em uma distribuição cada vez mais cilíndrica<sup>2</sup>.

As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que, em 2025, existirá aproximadamente 1,2 bilhão de pessoas acima de 60 anos no mundo e que até 2050 esse número se elevará para 2 bilhões. Nesse cenário, o Brasil será o sexto país mundial em número de idosos, com cerca de 33,4 milhões no ano de 2025<sup>3</sup>. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelaram que, em 2010, entre os 190 milhões de brasileiros, 18 milhões eram idosos<sup>4</sup>, dos quais mais de 5 milhões só na região Nordeste<sup>4</sup>. Esses números evidenciam a tendência de crescimento da população idosa, que, de acordo com Veras<sup>5</sup>, tornam o Brasil um “jovem país de cabelos brancos”.

Segundo Camarano<sup>6</sup>, “o envelhecimento da população implica uma maior exposição da população a doenças degenerativas com conseqüente perda de autonomia e independência”. Sob a ótica da saúde pública, a preocupação com a incapacidade se deve ao intenso ritmo de envelhecimento da população brasileira, aliado ao baixo nível socioeconômico desses idosos e à alta prevalência de doenças crônicas com potencialidade para torná-los dependentes<sup>7</sup>.

A determinação das condições de saúde da população idosa deve considerar o estado de saúde não apenas como a ausência de doença, mas sempre levar em conta um nível satisfatório de independência funcional. Dessa forma, pensa-se como paradigma de saúde do idoso a ideia de funcionalidade<sup>8</sup>, que passa a ser um dos mais importantes atributos do envelhecimento humano, pois, segundo Perracini e Fló<sup>9</sup>, “trata da interação entre as capacidades física e psicognitiva para a realização de atividades no cotidiano”.

A manutenção da capacidade funcional deve, em conjunto com a necessidade de autonomia, cuidado e participação social, nortear o bojo das discussões no que tange à elaboração das políticas públicas voltadas para a pessoa idosa<sup>10</sup>. Sendo assim, os órgãos de saúde devem ter como metas na assistência à saúde do idoso manter e recuperar a autonomia, prevenir e diminuir a mortalidade por causas previsíveis e promover atenção curativa, visto que é impossível desacelerar o processo de envelhecimento<sup>11</sup>.

Além das alterações no campo da saúde pública e da dinâmica dos serviços de saúde, o envelhecimento populacional implica também em mudanças familiares; afinal, as famílias também envelhecem, e uma prova disso é o crescente número de domicílios com convivência de várias gerações<sup>12</sup>. A velhice, ao

diminuir a capacidade de adaptação do organismo do idoso em relação ao meio que o cerca, conduz esse indivíduo ao aumento da dependência do ambiente familiar, cuja caracterização é de um lugar estável e seguro<sup>13</sup>.

Além da preferência do idoso pelo cuidado doméstico<sup>14</sup>, não é comum no Brasil a prática institucional do cuidado, tendo em vista que a tarefa de amparar esses indivíduos recai quase que exclusivamente sob os ombros dos familiares<sup>15</sup>. A família então busca uma nova organização entre seus membros, que, por meio da coresidência, relacionam-se de forma mútua na busca do bem-estar coletivo<sup>16</sup>.

Tendo em vista que a incorporação da avaliação funcional nas práticas de saúde no nível da atenção básica permite nortear uma intervenção mais efetiva, este estudo aponta uma nova forma de estudar o idoso, considerando sua saúde como algo mais ampliado do que a presença de comorbidades, levando em consideração suas capacidades físicas de interação com o seu meio social. Dessa forma, este estudo tem como objetivo estimar a prevalência e os fatores associados à dependência funcional dos idosos corresidentes.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem descritiva e analítica, realizado com indivíduos idosos que residiam na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em um bairro periférico do município Jequié, na Bahia, região Nordeste do Brasil. A pesquisa foi realizada no período de março a junho de 2011.

Esta pesquisa foi precedida por um estudo-piloto realizado em outra USF no mesmo município, com o intuito de testar os instrumentos selecionados para esta investigação. O estudo prévio reproduziu as estratégias e os métodos a serem utilizados na coleta de dados deste estudo, quando foram testados, de forma definitiva, os instrumentos a serem aplicados.

A versão final do instrumento de coleta de dados contou com questões provenientes de instrumentos cujo uso tem sido relatado com frequência nos levantamentos epidemiológicos em idosos, tais como o *Brazilian Old Age Schedule* (BOAS)<sup>17</sup>, o índice de Katz<sup>18</sup> e a escala de Lawton<sup>19</sup>. Além destes, foram utilizadas perguntas sobre internações hospitalares e quedas, provenientes do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

Na avaliação funcional das atividades básicas da vida diária (ABVD), os autores da pesquisa classificaram como independentes os idosos que não necessitavam de nenhum tipo de auxílio para realizar tais atividades ou aqueles que, dentre as limitações, apresentavam apenas acidentes ocasionais no controle da micção. Optou-se por essa classificação devido à associação entre a redução do controle miccional e o uso de

medicamentos anti-hipertensivos, considerando esse grupo como apto para viver em comunidade de maneira independente.

Os autores criaram uma classificação unificada das variáveis “atividades básicas da vida diária” (ABVD) e “atividades instrumentais da vida diária” (AIVD). Nesse processo, surgiu uma nova variável, avaliação funcional global, dicotomizada em dependente e independente. A partir daí, considera-se o idoso independente aquele que não requer nenhum tipo de ajuda para nenhuma das AIVD e que é caracterizado como independente nas ABVD.

Foram incluídos na pesquisa todos os indivíduos com 60 anos ou mais cadastrados na USF. Quando eles estavam acamados ou impossibilitados de responder às perguntas devido a outros problemas de saúde, o cuidador era convidado a fazê-lo. Nesses casos, as perguntas que envolviam aspectos subjetivos não foram realizadas. O critério de exclusão foi estar ausente após quatro visitas domiciliares em dias e horários alternados.

Os dados foram tabulados duas vezes no software Epidata, versão 3.1, por diferentes digitadores, a fim de realizar a validação da dupla digitação. Essa técnica tem como objetivo eliminar as imprecisões e os possíveis erros na tabulação, tornando o banco de dados mais confiável. Após a correção dos erros existentes, o arquivo gerado foi exportado para a análise estatística no programa estatístico *Stata*, versão 11.0.

As variáveis do estudo foram, em sua maioria, categóricas. Em alguns casos, as variáveis contínuas foram categorizadas a fim de tornar a compreensão do texto mais clara e possibilitar comparações com outros estudos. Foram utilizadas frequências absolutas e relativas, além de média e desvio-padrão. Ademais, optou-se por usar os testes estatísticos do qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher para avaliar independência entre as variáveis, considerando associações estatisticamente significantes para  $p$ -valor  $<0,05$ . Estimaram-se as razões de prevalência (RP) com intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o parecer nº 047/2009. Os pesquisadores se comprometeram a seguir todos os preceitos éticos que envolviam a pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Verificou-se que a média de idade dos idosos foi de  $72,7 \pm 8,3$  anos, com prevalência daqueles com idade entre 60 a 79 anos, do sexo feminino, casados, com pelo menos um filho e que sabiam ler e escrever apenas o próprio nome. Em relação ao recebimento de benefício previdenciário, apenas 37 idosos não recebiam nem aposentadoria nem pensão (Tabela 1).

Houve maior frequência de domicílios compostos por dois moradores, com mais recorrência da presença do cônjuge na

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos e características do arranjo familiar de idosos que vivem em estado de coresidência e são assistidos pela Estratégia Saúde da Família em um município da região Nordeste do Brasil, 2011

Dados sociodemográficos	N = 191	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	71	37,2
Feminino	120	62,8
<b>Faixa etária</b>		
60-69 anos	74	38,7
70-79 anos	71	37,2
80 anos ou mais	46	24,1
<b>Estado conjugal</b>		
Solteiro(a)	11	5,8
Casado(a)	97	50,8
Viúvo(a)	69	36,1
Divorciado(a)	14	7,3
<b>Teve filhos?</b>		
Sim	177	92,7
Não	14	7,3
<b>Benefício previdenciário</b>		
Aposentadoria e pensão	9	4,7
Aposentadoria ou pensão	145	75,9
Nenhum dos dois	37	19,4
<b>Número de moradores</b>		
2 moradores	69	36,1
3 moradores	54	28,3
4 ou mais moradores	68	35,6
<b>Composição dos lares</b>		
Cônjuge	100	52,4
Netos(as)	76	39,8
Filhas	65	34,0
Filhos	63	33,0
<b>Satisfação em relação ao arranjo familiar*</b>		
Satisfeito	172	96,6
Insatisfeito	6	3,4
<b>Satisfação com a vida**</b>		
Satisfeito	151	85,8
Insatisfeito	25	14,2

Fonte: Dados da pesquisa (2011). \*n=178; \*\*n=176

composição dessas residências. A maioria dos entrevistados afirmou estar satisfeita com o relacionamento que tinha com as pessoas que compunham o domicílio, apontaram a coresidência vantajosa tanto para o idoso quanto para a família e estavam contentes com os aspectos gerais de sua vida. Evidenciou-se ainda a ajuda mútua entre os indivíduos idosos e suas famílias, tendo em vista que, em 94,9% dos lares, os residentes se valiam dessa estratégia de convívio (Tabela 1).

No tocante aos aspectos relacionados à saúde e funcionalidade, observou-se um elevado nível de independência funcional nos idosos estudados, considerando que 94,2% foram classificados

como independentes para as ABVD, e 51,3%, completamente independentes para a realização de AIVD. Na avaliação global da funcionalidade, foi observado que 52,3% dos idosos eram independentes para a realização de ABVD e AIVD (Tabela 2).

O padrão de morbidade desses indivíduos evidenciou a presença de doenças crônicas. Constatou-se ainda a tendência de comorbidades, tendo em vista que 39,3% dos idosos tinham uma ou duas doenças e que 40,3% apresentavam três ou quatro doenças, com uma média de  $2,4(\pm 1,5)$  morbidades.

**Tabela 2.** Condições de saúde em idosos corresidentes que são assistidos pela Estratégia Saúde da Família em um município da Região Nordeste do Brasil, 2011

Condições de saúde	N = 191	%
<b>Avaliação funcional para ABVD</b>		
Independente	180	94,2
Dependente	11	5,8
<b>Avaliação funcional para AIVD</b>		
Independente	98	51,3
Dependência moderada	70	36,6
Dependência grave	23	12,1
<b>Avaliação funcional global</b>		
Dependente	100	52,4
Independente	91	47,6
<b>Doenças autorreferidas</b>		
Nenhuma doença	24	12,6
1 ou 2 doenças	75	39,3
3 ou 4 doenças	77	40,3
5 ou mais doenças	15	7,8
<b>Internações hospitalares</b>		
Sim	30	15,7
Não	161	84,3
<b>Episódios de quedas</b>		
Sim	36	18,8
Não	155	81,2
<b>Hipertensão arterial</b>		
Sim	135	70,7
Não	56	29,3
<b>Doença de coluna</b>		
Sim	97	50,8
Não	94	49,2
<b>Artrite/reumatismo</b>		
Sim	95	49,7
Não	96	50,3
<b>Diabetes</b>		
Sim	35	18,3
Não	177	81,7
<b>Doença do coração</b>		
Sim	37	19,4
Não	154	80,6
<b>Depressão</b>		
Sim	14	7,3
Não	177	92,7

ABVD: atividades básicas da vida diária; AIVD: atividades instrumentais da vida diária. Fonte: Dados da pesquisa (2011)

A prevalência de internações hospitalares foi de 15,7%, e apenas 18,8% dos idosos referiram episódios de quedas no último ano. Dentre as doenças crônicas mais prevalentes, foram citadas a hipertensão arterial, de coluna, reumatismos, as cardiopatias e diabetes (Tabela 2).

Na análise bivariada, a dependência funcional teve associação com diversas características dos idosos corresidentes. O sexo feminino (RP=1,59; IC:1,18-2,16) apresentou-se como fator de risco para a dependência funcional, bem como ter 80 anos ou mais (RP=2,10; IC:1,60-2,75). Em relação às condições de saúde, foram observadas associações entre dependência funcional e hospitalizações (RP=1,60; IC:1,16-2,21), além de ter referido diagnóstico de doença do coração (RP=1,46; IC:1,07-1,99) e depressão (RP=1,89; IC:1,27-2,81) (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que os idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família de uma cidade da região Nordeste do Brasil são, em sua maioria, do sexo feminino, com idade inferior a 80 anos, casados ou viúvos e com pelo menos um filho. Em relação aos aspectos ligados à saúde, apresentaram um perfil de independência para realização de ABVD e AIVD, apesar de serem acometidos por doenças crônicas. As baixas taxas de hospitalização, associadas ao número reduzido de episódio de quedas, são fatores que podem estar contribuindo para a manutenção da funcionalidade dos idosos.

Além disso, o bom convívio com a família e a satisfação em relações aos aspectos gerais da vida, em conjunto com a baixa ocorrência de depressão, são fatores psicológicos que também devem ser considerados como importantes na aquisição/manutenção de uma boa capacidade funcional, tendo em vista o impacto na saúde física desses idosos. Em relação à análise dos fatores associados à incapacidade funcional, foi possível notar que ser do sexo feminino, ter 80 anos ou mais, estar insatisfeito com a vida, ter sido hospitalizado no último ano e ser portador de doença cardíaca ou depressão são características que aumentam as chances de o idoso ter algum nível de dependência funcional.

O convívio do idoso em comunidade pode ser descrito de duas maneiras: morar sozinho ou viver em coresidência. A alta prevalência de coresidência entre os idosos estudados também foi observada em estudos realizados em outras cidades da região Nordeste, como em Iguatu, no Ceará (80%)<sup>20</sup>, e em uma cidade do interior do Rio Grande do Norte (83,5%)<sup>21</sup>.

Ainda no Nordeste, um inquérito populacional realizado na cidade de Fortaleza, no Ceará, constatou que, em média, apenas 6,3% dos idosos residiam sozinhos e que esse número era maior nas áreas centrais, quando comparado a áreas periféricas<sup>22</sup>. Já em um município do interior de São Paulo, o convívio com familiares foi de 58,5%<sup>23</sup>. Esses dados dão força à constatação de Coelho e Ramos<sup>22</sup>, quando dizem que os idosos que moram sozinhos

**Tabela 3.** Razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC95%) para status funcional em idosos corresidentes assistidos pela Estratégia Saúde da Família, 2011

Variável	Avaliação funcional global		RP	IC95%	Valor de p-
	Dependente	Independente			
<b>Sexo</b>					<b>0,002</b>
Masculino	27 (27,0%)	44 (48,4%)	1,00	-	
Feminino	73 (73,0%)	47 (51,6%)	1,59	1,18-2,16	
<b>Faixa etária</b>					<b>&lt;0,001</b>
60-79 anos	60 (60,0%)	85 (93,4%)	1,00	-	
>80 anos	40 (40,0%)	6 (6,6%)	2,10	1,60-2,75	
<b>Hospitalizações</b>					<b>0,004</b>
Não	77 (77,0%)	84 (92,3%)	1,0	-	
Sim	23 (23,0%)	7 (7,7%)	1,60	1,16-2,21	
<b>Episódios de quedas</b>					0,056
Não	76 (76,0%)	79 (86,8%)	1,0	-	
Sim	24 (24,0%)	12 (13,2%)	1,36	0,99-1,86	
<b>Hipertensão arterial</b>					0,291
Não	26 (26,0%)	30 (33,0%)	1,0	-	
Sim	74 (74,0%)	61 (67,0%)	1,18	0,87-1,61	
<b>Doença de coluna</b>					0,072
Não	43 (43,0%)	51 (56,0%)	1,0	-	
Sim	57 (57,0%)	40 (44,0%)	1,28	0,98-1,69	
<b>Artrite/reumatismo</b>					0,217
Não	46 (46,0%)	50 (54,9%)	1,0	-	
Sim	54 (54,0%)	41 (45,1%)	1,18	0,90-1,56	
<b>Diabetes</b>					0,316
Não	79 (79,0%)	77 (84,6%)	1,0	-	
Sim	21 (21,0%)	14 (15,4%)	1,18	0,85-1,65	
<b>Doença do coração</b>					<b>0,015</b>
Não	74 (74,0%)	80 (87,8%)	1,0	-	
Sim	26 (26,0%)	11 (12,1%)	1,46	1,07-1,99	
<b>Depressão</b>					<b>0,002<sup>1</sup></b>
Não	87 (87,0%)	90 (98,9%)	1,0	-	
Sim	13 (13,0%)	1 (1,1%)	1,89	1,27-2,81	

<sup>1</sup>Valor referente ao teste exato de Fisher. Em todas as outras variáveis, foi realizado o teste qui-quadrado de Pearson. Fonte: Dados da Pesquisa (2011)

apresentam melhor nível socioeconômico em comparação àqueles mais pobres, cuja tendência é de viverem em arranjos multigeracionais. Ao considerar o estudo realizado em um município do Estado mais rico do país, houve uma prevalência menor de coresidência se comparado a municípios de regiões mais pobres.

A feminização da velhice é um fator característico do envelhecimento populacional brasileiro e tem sido um evento crescente no Brasil<sup>24</sup>. Diversos estudos apontam esse fenômeno, o que corrobora os dados encontrados nesta pesquisa. O percentual de idosos na população analisada é semelhante ao encontrado em Belo Horizonte, em Minas Gerais, que foi de 60,5%<sup>25</sup>. Também no Estado mineiro, na cidade de Ubá, um estudo transversal de base populacional constatou essa tendência, com 59,7% dos idosos entrevistados sendo do sexo feminino<sup>26</sup>.

Esse maior percentual de mulheres nos estudos envolvendo anciãos é atribuído à sua maior longevidade, o que é consequência

de uma menor exposição a fatores de riscos, menor prevalência de tabagismo e de uso de álcool, e um maior cuidado com a saúde, evidenciado pelas atitudes de enfrentamento das doenças e incapacidades, além de maior cobertura da assistência gineco-obstétrica<sup>22</sup>.

Os idosos com idade inferior a 70 anos representaram apenas 38,7% da população pesquisada neste estudo. Em uma análise das publicações nacionais, não foi encontrado um padrão na distribuição etária nessa população. Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, Del Duca et al.<sup>27</sup> encontraram 53,2% dos idosos com idade entre 60-69 anos. A média de idade da população desta investigação foi semelhante aos resultados obtidos nos inquéritos nas cidades mineiras de Ubá<sup>26</sup> (71,5 anos) e Teixeira<sup>28</sup> (71 anos).

Os estudos com idosos tendem a mostrar a predominância de dois tipos de estado conjugal: casado/união estável ou viúvo. Garcia e Saintrain<sup>29</sup> encontraram resultados semelhantes em Ibicitinga, no Ceará, onde constataram que 67,7% dos idosos

eram casados, e 22,9%, viúvos, compatível com outros estudos realizados na região Nordeste do Brasil<sup>20</sup>.

Nesta pesquisa, a maioria dos idosos afirmou ter filhos, o que confirma a lógica de que idosos viúvos ou casados costumam ter prole. Farinasso<sup>30</sup> encontrou um número médio de filhos de 5,71, muito próximo dos 5,58 filhos por idoso encontrados neste estudo. O fato de ter filhos talvez represente o grande seguro social dos anciãos, tendo em vista que recai sobre os familiares mais jovens a tarefa do cuidar na velhice, já que a legislação brasileira, seja no Estatuto do Idoso ou na Política Nacional do Idoso, delega à família a responsabilidade do cuidado.

O benefício da prestação continuada é um direito recente dos indivíduos da terceira idade e muitas vezes representa a única fonte de renda de sua família. Tanto nesta investigação quanto nos estudos de Victor et al.<sup>24</sup>, observou-se um significativo número de idosos que recebiam esses benefícios, ratificado também por outras pesquisas na população brasileira<sup>28</sup>.

O idoso brasileiro tem a família como instituição social responsável pelo seu cuidado<sup>15</sup>. Nesse cenário, torna-se indispensável conhecer o lar que abriga o idoso que envelhece. O cenário desta pesquisa revela que grande parte dos lares com idosos é composta por três ou mais moradores, quantidade semelhante aos 64,8% encontrados por Maciel e Guerra<sup>21</sup> e aos 59,8% relatados por Nunes et al.<sup>31</sup>. A percepção dos idosos quanto à vantagem da corresidência mostrou que o convívio com a família é vantajoso para a maioria deles.

Além disso, o fato de compor lares multigeracionais parece não interferir no grau de satisfação com a vida. Tal constatação é compatível com o encontrado em uma pesquisa envolvendo idosos em Botucatu, no Estado de São Paulo, onde a maioria dos idosos se declarou satisfeita com a vida<sup>32</sup>. Além da satisfação com os aspectos gerais das suas vidas, quase a totalidade dos idosos pesquisados se declarou contente com o relacionamento com as outras pessoas que compunham os seus domicílios, fato também evidenciado por Srinivasan et al.<sup>33</sup>, em cujo estudo o índice de satisfação dos anciãos em relação a esse quesito foi de 98,4%. De modo geral, a corresidência em lares multigeracionais oferece benefícios tanto para os idosos quanto para os mais jovens, sendo essa relação influenciada pelo contexto socioeconômico<sup>34</sup>.

A avaliação funcional dos idosos participantes desta pesquisa mostrou um elevado nível de independência para ABVD. Esses resultados mostram-se semelhantes aos encontrados por Giacomini et al.<sup>7</sup>, já que 16% dos idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte apresentavam algum grau de incapacidade para realizar atividades básicas, assim como os 13,2% citados por Maciel e Guerra<sup>21</sup>. Em uma comparação com estudos internacionais, observou-se que no KNHANES, sigla para o Inquérito Sul-Coreano de Saúde e Nutrição, a prevalência de independência para ABVD foi de 13,3% entre os homens e de 20,8% entre as mulheres<sup>35</sup>. Em um estudo chinês,

cujas avaliações funcionais foram realizadas com base no relato de dependência/independência para realização de seis ABVD, a prevalência de independência para executar tais atividades mostrou-se um pouco maior (24,5%)<sup>36</sup>, semelhante aos 26,8% encontrados no Rio Grande do Sul<sup>27</sup>.

Além das ABVD, a presente pesquisa avaliou também as tarefas instrumentais. Em um estudo em Santa Cruz, no Rio Grande do Norte, onde os pesquisadores também utilizaram o índice de Lawton, foi observado que 47,4% eram totalmente independentes<sup>21</sup>, resultado muito próximo do encontrado nesta pesquisa. Também por meio da escala de Lawton, Nunes et al.<sup>31</sup> mostraram que apenas 39,4% dos idosos eram totalmente independentes. No estudo Saúde Bem-Estar e Envelhecimento, foi relatado que 80,7% dos idosos não apresentavam nenhuma dificuldade para desempenhar atividades básicas e 73,2% realizavam AIVD de forma independente<sup>37</sup>.

Segundo Paixão e Reichenheim<sup>38</sup>, “o estado funcional é a dimensão-base para a avaliação geriátrica”. Dessa forma, os instrumentos de avaliação funcional devem sempre nortear a pesquisa na temática da saúde do idoso, ainda que não se tenha consenso sobre qual o melhor instrumento a ser utilizado nem seus pontos de corte.

Além da investigação da funcionalidade, o perfil de morbidade dos idosos também é de grande valia para o conhecimento dos aspectos relacionados às suas condições de vida. Uma considerável parcela da população idosa é acometida por mais de uma doença crônica não transmissível (DCNT), panorama evidenciado neste estudo. Em uma análise da PNAD de 1998, Romero<sup>39</sup> revelou que apenas 19,5% dos idosos brasileiros não apresentavam nenhuma doença crônica e que as comorbidades estavam presentes em 56,4% dessa mesma população. Barros et al.<sup>40</sup> apontaram que a prevalência de pelo menos uma doença crônica atinge valores superiores a 70% na população idosa, resultado muito próximo dos 70,9% encontrados por Nunes et al.<sup>31</sup> e dos 65,2% referidos no estudo de Campolina et al.<sup>41</sup>.

As pesquisas que objetivam conhecer o perfil de morbidade da população idosa têm revelado a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como a doença crônica que acomete uma importante parcela desse grupo etário. Em Ubá, o percentual de idosos acometidos foi de 62,7%<sup>26</sup>, semelhante ao encontrado em Fortaleza, (68,6%)<sup>24</sup> e aos 72,3% encontrados por em Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo<sup>23</sup>. Além da HAS, figuram ainda como importantes doenças crônicas que acometem o idoso o diabetes, os reumatismos e os problemas na coluna.

Outras características importantes da população estudada foram as baixas taxas de internações hospitalares (15,7%) e os poucos relatos de episódios de quedas (18,8%), que estavam em concordância com estudos nacionais<sup>42</sup> e internacionais<sup>33</sup>. Em relação às quedas, as pesquisas consultadas apresentaram índices maiores do que os encontrados na população deste

estudo. Perracini e Ramos<sup>43</sup> reportaram a ocorrência de quedas em 32,7% dos idosos residentes em comunidade e pertencentes a uma coorte no município de São Paulo, dado semelhante aos 34,8% reportados por Siqueira et al.<sup>44</sup> em uma pesquisa envolvendo mais de 4 mil idosos em 41 municípios. Os baixos índices de hospitalização e o reduzido percentual de idosos que sofreram episódios de quedas podem ser os responsáveis pela preservação das capacidades funcionais dos indivíduos que compuseram este estudo, apesar das consideráveis taxas de comorbidades encontradas nessa população.

A análise bivariada constatou que a dependência funcional para realização de ABVD e AIVD teve associação com diversos fatores importantes da vida do idoso.

A exemplo do que aconteceu neste estudo, Freitas et al.<sup>45</sup> encontraram associação entre dependência funcional e faixa etária maior de 80 anos e hospitalizações no último ano. Em um estudo de base populacional realizado na Holanda, o desfecho de déficit funcional foi fortemente associado a desordens psiquiátricas e doenças cardíacas<sup>46</sup>. Esse perfil também é compartilhado pelos indivíduos deste estudo, tendo em vista que a depressão e a doença cardíaca também se comportaram como fatores de risco, aumentando as chances de que seus portadores desenvolvam dependência funcional.

A associação com o sexo feminino encontrada nesta pesquisa foi corroborada por Strobl et al.<sup>47</sup>, em um estudo de grande porte realizado com idosos na Alemanha, e por Oliveira e Mattos<sup>48</sup>.

Esses achados reafirmam que a velhice, por ser um fenômeno com um forte componente da feminização, conduz as mulheres idosas a maiores chances de dependência funcional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da saúde e da funcionalidade do idoso envolve aspectos amplos que se interligam em uma intrincada rede, cuja família é peça central e muitas vezes o fator determinante de um envelhecimento bem-sucedido. A descrição do perfil epidemiológico de uma população idosa que vive em comunidade deve levar em conta os vários aspectos relacionados à sua vida. A saúde desse grupo populacional necessita ser entendida como um processo multifatorial, por isso é imprescindível conhecer diversas de suas características.

Este estudo mostra que a avaliação dos aspectos relacionados à saúde do idoso deve levar em conta não somente o perfil de morbidade dos anciãos. Tendo em vista que a saúde é um processo dinâmico e multifatorial, para entender o envelhecimento é essencial avaliar todos os fatores que o influenciam, principalmente aqueles ligados aos aspectos familiares, já que é na família que o idoso envelhece. A longevidade alcançada pelos avanços biomédicos deve levar em conta a necessidade de tornar o idoso detentor de suas capacidades funcionais para realizar o autocuidado e viver independente em comunidade e, com isso, garantir autonomia, bem-estar e funcionalidade no fim da vida.

## REFERÊNCIAS

- Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):700-1. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>.
- Oliveira LAP. Primeiros resultados do Censo Demográfico 2010. *Rev Bras Estud Popul*. 2011;28(1):3-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982011000100001>.
- World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: WHO; 2001.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2013 [citado em 2013 fev 20]. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)
- Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54. PMID:19377752. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300020>.
- Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa. *Sinais Sociais*. 2008;3(7):10-39.
- Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;28(9):1260-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600007>.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):793-8. PMID:12806481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>.
- Perracini MR, Fló CM. *Funcionalidade e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- Del Duca GF, Thumé E, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidar domiciliar a idosos. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):113-20. PMID:21049173. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000047>.
- Marchon RM, Cordeiro RC, Nakano MM. Capacidade funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(2):178-89.
- Camarano AA, editor. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
- Jede M, Spuldaro M. Cuidado ao idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. *RBCEH*. 2009;6(3):413-21. <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2009.040>.
- Camarano AA, editor. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010.
- Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):773-81. PMID:12806476. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009>.
- Camarano AA. Relações familiares, trabalho e renda entre idosos. In: Barros Jr JC, editor. *Empreendedorismo, trabalho e qualidade de vida na terceira idade*. São Paulo: Edicon; 2009. p. 81-96.

17. Veras R, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS. Rio de Janeiro: UERJ/UNATI; 2008.
18. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Fo ST, Buskman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):103-12. PMID:18209838. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>.
19. Freitas EV, Miranda RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: Freitas EV, editor. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 900-909.
20. Silva HO, Carvalho MJAD, Lima FEL, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Igatu, Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(1):123-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000100013>.
21. Maciel ACC, Guerra R. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):178-89. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000200006>.
22. Coelho Fo JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica*. 1999;33(5):445-53. PMID:10576746. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101999000500003>.
23. Rodrigues RAP, Scudeller PG, Pedrazzi EC, Schiavetto FV, Lange C. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):643-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400017>.
24. Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil sociodemográfico e clínico de idoso atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(1):49-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000100008>.
25. Tannure MC, Alves M, Sena RR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Rev Bras Enfem*. 2010;63(5):817-22.
26. Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. Influências das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(5):376-82.
27. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saude Publica*. 2009;43(5):796-805. PMID:19768234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020090005000057>.
28. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Influência de fatores socio-sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2011;16(6):2907-17. PMID:21709987. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600028>.
29. Garcia ESS, Saintrain MVL. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(1):18-23.
30. Farinasso ALC. Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
31. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade Funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Cien Saude Colet*. 2010;15(6):2887-98. PMID:20922297. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600026>.
32. Joia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):131-8. PMID:17273644. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000100018>.
33. Srinivasan K, Vaz M, Thomas T. Prevalence of health related disability among community dwelling urban elderly from middle socioeconomic strata in Bangalore, India. *Indian J Med Res*. 2010;131(4):515-21. PMID:20424302.
34. Camarano AA, El Ghaouri SK. Família com idosos: ninhos vazios? In: IPEA. *Texto para discussão 950*. Rio de Janeiro: IPEA; 2003.
35. Kim I. Age and gender differences in the relation of chronic diseases to Activity Daily Living (ADL) disability for elderly south Koreans: based on representative data. *J Prev Med Pub Health*. 2011;44(1):32-40. PMID:21483221. <http://dx.doi.org/10.3961/jpmph.2011.44.1.32>.
36. Sereny MD, Gu D. Living arrangement concordance and its association with self-rated health among institutionalized and community-residing older adults in China. *J Cross Cult Gerontol*. 2011;26(3):239-59. PMID:21484315. <http://dx.doi.org/10.1007/s10823-011-9145-y>.
37. Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO, editoras. *SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p. 183-200.
38. Paixão Jr CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):7-19. PMID:15692633. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100002>.
39. Romero DE. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Cien Saude Colet*. 2002;7(4):777-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400013>.
40. Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cien Saude Colet*. 2006;11(4):911-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400014>.
41. Campolina AG, Dini OS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Cien Saude Colet*. 2011;16(6):2919-25. PMID:21709988. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600029>.
42. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2781-8. PMID:17952270. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100025>.
43. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saude Publica*. 2002;36(6):709-16. PMID:12488937. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000700008>.
44. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira D, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):749-56. PMID:17923896. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500009>.
45. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis Jr WM, Rocha SV, Brito TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):933-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000600017>.
46. Laan W, Bleijenberg N, Drubbel I, Numans ME, Wit NJ, Schuurmans MJ. Factors associated with increasing functional decline in multimorbid



- independently living older people. *Maturitas*. 2013;75(3):276-81. PMID:23664316. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.04.005>.
47. Strobl R, Muller M, Emeny R, Peters A, Grill E. Distribution and determinants of functioning and disability in aged adults – results from German KORA-Age study. *BMC Public Health*. 2013;13(137):137. PMID:23410010. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-137>.
48. Oliveira PH, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(3):395-406. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000300005>.

Recebido em: Mar. 14, 2016  
Aprovado em: Nov. 23, 2016