

Padrão do desempenho nas atividades de vida diária em idosos no município de São Paulo, nos anos 2000, 2006 e 2010

Performance pattern of activities of daily living for older adults in the city of São Paulo in 2000, 2006, and 2010

Daniella Pires Nunes^I, Tábatta Renata Pereira de Brito^{II}, Karla Cristina Giacomini^{III}, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte^{IV}, Maria Lúcia Lebrão^{V*}

RESUMO: *Introdução:* A funcionalidade no envelhecimento está associada à autonomia e independência das pessoas idosas. *Objetivo:* Identificar e hierarquizar as dificuldades referidas no desempenho das atividades de vida diária de idosos. *Método:* Estudo transversal e descritivo, de base domiciliar, que utilizou a base de dados do Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) nos anos de 2000, 2006 e 2010. A funcionalidade foi avaliada por meio do relato de dificuldade no desempenho das atividades básicas (ABVD) e instrumentais de vida diária (AIVD). A hierarquização do comprometimento funcional foi avaliada pelo escalonamento de Guttman. *Resultados:* A prevalência de dificuldade referida no desempenho de uma ou mais AIVDs foi de 35,4; 45,8 e 41,0% e para as ABVDs foi de 16,3; 13,3 e 17,5%; respectivamente nos anos de 2000, 2006 e 2010. Em dez anos de acompanhamento observa-se, entre as mulheres, variabilidade na prevalência de 42,3 a 54,6% de comprometimento nas AIVDs e de 17,0 a 20,4% nas ABVDs e, entre os homens, de 25,6 a 33,1% em AIVDs e de 8,0 a 13,7% em ABVDs. Nas três ondas, as atividades com maior relato de dificuldade foram utilizar transporte, realizar tarefas pesadas e cuidar das finanças, enquanto o ato de comer foi a menos prevalente. *Conclusão:* Houve aumento na prevalência de comprometimento funcional no período de dez anos, com maior variabilidade entre as mulheres e com o avançar da idade. Esses resultados contribuem para o planejamento dos serviços e a distribuição adequada dos recursos existentes por desvelar as necessidades e os cuidados necessários.

Palavras-chave: Idoso. Atividades cotidianas. Idoso fragilizado.

^ICurso de Enfermagem, Universidade Federal do Tocantins – Palmas (TO), Brasil.

^{II}Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alfenas – Alfenas (MG), Brasil.

^{III}Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{IV}Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^VFaculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

*in memoriam.

Autora para correspondência: Daniella Pires Nunes. Laboratório de Fundamentos de Enfermagem, Complexo Laboratorial IV, Universidade Federal do Tocantins, sala 2, Avenida NS 15, Norte, 109, Plano Diretor Norte, CEP: 77001-090, Palmas, TO, Brasil. E-mail: daniellanunes@uft.edu.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

ABSTRACT: Introduction: Functionality in aging is associated with the autonomy and independence of older people. **Objective:** To identify and hierarchize the difficulties reported by older adults in performing activities of daily living. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive, household-based study that used the Health, Well-being, and Aging Study (*Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento* - SABE) database of 2000, 2006, and 2010. We evaluated the functionality using reports on the difficulty in performing basic and instrumental activities of daily living (ADL and IADL, respectively). The Guttman scaling assessed the hierarchy of functional impairment. **Results:** The prevalence of reported difficulty in performing one or more IADLs was 35.4, 45.8, and 41.0%; while for ADLs, it was 16.3, 13.3, and 17.5%, in 2000, 2006, and 2010, respectively. In ten years of follow-up, the variability in prevalence among women ranged from 42.3 to 54.6% for IADL impairment, and 17.0 to 20.4% for ADL. For men, it varied from 25.6 to 33.1% for IADL impairment, and 8.0 to 13.7% for ADL. In the three waves, the activities with the highest reported difficulty were using transportation, performing heavy tasks, and managing finances, while feeding was the least prevalent. **Conclusion:** The prevalence of functional impairment increased in ten years, with higher variability among women and with advancing age. These results contribute to the planning of services and adequate distribution of existing resources as they reveal the needs and care required.

Keywords: Aged. Activities of daily living. Frail elderly.

INTRODUÇÃO

A capacidade funcional ou funcionalidade pode ser definida como um conjunto de competências comportamentais relacionadas à administração e ao manejo da vida diária e envolve a integridade física, o status cognitivo, as atitudes em relação a si mesmo, o estado emocional e o funcionamento da vida cotidiana, no exercício de atividades e papéis sociais¹. Na prática, a funcionalidade da pessoa idosa é, na maioria das vezes, avaliada a partir da dificuldade (referida ou observada) no desempenho das atividades básicas (ABVDs) e instrumentais de vida diária (AIVDs).

As ABVDs referem-se à capacidade de autocuidado do indivíduo, envolvendo o desempenho de atividades como banho, vestimenta, utilização de banheiro, transferência, locomoção e alimentação a partir de um prato disposto à sua frente. O desempenho nas AIVDs envolve tarefas relacionadas à participação ativa do idoso na comunidade e/ou sua capacidade para residir sozinho, envolvendo atividades como preparo de refeições, administração dos próprios medicamentos, realização de compras, administração financeira, uso de telefone, realização de tarefas domésticas leves e pesadas e utilização de meios de transporte².

A execução adequada dessas atividades envolve aspectos culturais e de aprendizagem, além de demandar habilidade locomotora organizada e funções neurológicas preservadas^{3,4}. Quanto maior a complexidade da atividade, maior a necessidade de adequação, integração e harmonia dos sistemas funcionais principais (cognição, humor, mobilidade e comunicação)⁴.

Assim, para além do controle das condições crônicas, a capacidade funcional deve ser a condição norteadora para o desenvolvimento e adequação das políticas públicas voltadas a esse grupo etário⁵.

Por sua vez, o comprometimento e a incapacidade funcional configuram-se como condições multifatoriais, que podem acometer os indivíduos de diferentes formas e variam quanto a causa, natureza, surgimento, ritmo e implicações sociais^{6,7}.

Katz et al.³, quando da concepção do instrumento original de avaliação funcional, mundialmente conhecido e utilizado, verificaram a existência de certa hierarquização na aquisição e na perda funcional relativa às ABVDs. Segundo os autores, o recondicionamento funcional em idosos seguia uma sequência semelhante àquela observada no desenvolvimento infantil. Haveria ainda alguma similaridade entre essas funções e o comportamento nas sociedades primitivas, dando a elas condições biológica e psicologicamente primárias, refletindo uma hierarquização das respostas neurológicas e locomotoras^{3,8}.

Identificar o padrão de progressão das dificuldades no desempenho de atividades pode ser fundamental para desenvolver intervenções efetivas que previnam ou atrasem o declínio funcional, além de permitir reconhecer subgrupos de indivíduos que possam se beneficiar de uma intervenção direcionada⁹. Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi identificar e hierarquizar as dificuldades referidas para o desempenho das atividades de vida diária de idosos residentes no município de São Paulo nos anos 2000, 2006 e 2010.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal que utilizou dados do Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), coletados nos anos 2000, 2006 e 2010.

O Estudo SABE teve início como um inquérito multicêntrico (2000), à época coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde com o objetivo de traçar o perfil das condições de vida e saúde das pessoas idosas (≥ 60 anos) residentes em sete centros urbanos da América Latina e Caribe (Buenos Aires na Argentina, Bridgetown em Barbados, Havana em Cuba, Cidade do México no México, Montevidéu no Uruguai, Santiago no Chile e São Paulo no Brasil). Em São Paulo, uma amostra probabilística de 2.143 pessoas idosas (coorte A_{00}), de ambos os sexos, foi selecionada, avaliada e entrevistada. Detalhes do desenho amostral do estudo inicial podem ser obtidos em Silva¹⁰.

A partir de 2006, a coorte A_{00} foi localizada e, do total inicial, 1.115 pessoas idosas foram entrevistadas e reavaliadas. A diferença observada foi composta e óbitos (30,3%), recusas (8,2%), mudanças (2,4%), institucionalizações (0,5%) e pessoas não localizadas (6,5%). Foi feito, então, novo sorteio probabilístico de indivíduos com idade entre 60 e 64 anos (faixa etária inexistente naquele momento) para compor a coorte B_{06} ($n = 298$), perfazendo um total de 1.413 pessoas idosas (≥ 60 anos), de ambos os sexos, entrevistadas nesse ano.

Em 2010, uma terceira coleta de dados foi realizada junto a 990 pessoas idosas localizadas, entrevistadas e reavaliadas, pertencentes às coortes A e B. Como em 2006, novo sorteio probabilístico de indivíduos com idade entre 60 e 64 anos foi realizado para compor a coorte C_{10} ($n = 355$), perfazendo um total de 1.345 idosos entrevistados em 2010.

Em relação ao período de nascimento dos idosos investigados, a coorte A (ano de 2000) nasceu antes da segunda Guerra Mundial; a coorte B nasceu durante a Guerra; e a coorte C (2010), no período pós-guerra imediato.

As amostras probabilísticas de cada coleta de dados foram construídas com o intuito de representar a população idosa residente no município de São Paulo, nos respectivos anos de coleta de dados e, para tanto, foram utilizados pesos amostrais relacionados à variabilidade entre o número de entrevistas em cada setor e algumas condições sociodemográficas (sexo e idade) segundo o ano considerado.

Em cada coleta de dados foram utilizadas as seguintes variáveis:

- Sociodemográficas: sexo, idade, estado civil (casado, viúvo, divorciado, separado, solteiro), anos de estudo (analfabeto; 1 a 3 anos; 4 a 7 anos; e 8 anos ou mais);
- Condições de saúde: número de doenças autorreferidas e presença de declínio cognitivo obtido a partir do Mini Exame do Estado Mental modificado¹¹ (< 13 pontos);
- Estado funcional:
 - ABVDs: comer a partir de um prato pronto, vestir-se, ir ao banheiro, tomar banho, transferir-se (realizar transferência da cama para cadeira e vice-versa) e locomover-se (atravessar um cômodo caminhando);
 - AIVDs: administrar os próprios medicamentos, utilizar telefone, realizar compras, administrar as próprias finanças, utilizar meios de transporte, preparar refeições, realizar tarefas domésticas leves e pesadas.

A hierarquização do surgimento de dificuldades referidas no desempenho das atividades foi construída a partir do escalonamento proposto por Guttman¹², onde primeiramente foi descrita a proporção de dificuldades referidas pelos idosos para as atividades, que foram ordenadas em ordem decrescente. Nesse escalonamento, cada resposta pode predizer o desempenho da atividade anterior. Quando as respostas não seguem essa lógica, são consideradas “erro”, que neste trabalho foi expresso em proporções. A validade do escalonamento é determinada pelo coeficiente de reprodutibilidade (CR), que mede o grau relativo de ajuste com que é obtida a ordem da distribuição das atividades em uma escala. Considerou-se como ideal o $CR \geq 0,9$ (90%), onde o “erro” corresponde a 10%, ou seja, somente 10% ou menos de erros foram identificados, proporção essa considerada pequena¹². Esse escalonamento foi repetido nas três coletas de dados e posteriormente comparado com os outros.

O Estudo SABE, em 2000, foi submetido e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (parecer n° 315/99) e em 2006 e 2010 foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (pareceres n° 83/06 e n° 2.044/10, respectivamente).

RESULTADOS

Foram realizadas 2.143 entrevistas em 2000, 1.413 em 2006 e 1.345 em 2010, sendo a maioria respondida pelos próprios idosos. Apenas 8,9% (2000), 7,4% (2006) e 7,8% (2010)

foram respondidas por informantes auxiliares ou substitutos. Nas três coletas de dados é possível observar a maior prevalência de mulheres, idade entre 60 e 69 anos, casados, referência de 4 a 7 anos de escolaridade e presença de duas ou mais doenças crônicas (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição (%) dos idosos segundo características sociodemográficas e condições de saúde. Município de São Paulo, 2000, 2006 e 2010.

Características	2000 (n=2.143)	2006 (n=1.413)	2010 (n=1.345)
Sexo			
Homem	41,2	40,6	40,1
Mulher	58,8	59,4	59,9
Idade (anos)			
60 a 64	32,3	30,3	31,6
65 a 69	26,8	28,3	22,6
70 a 74	18,8	17,7	17,7
75 a 79	11,2	12,4	12,8
80 a 84	6,2	6,4	8,2
85 a 89	3,3	3,2	4,8
90 ou mais	1,4	1,7	2,3
Idade (média±DP)	69,4±0,40	69,6±0,59	70,4±0,64
Estado civil			
Casado(a)	57,0	57,4	54,8
Divorciado(a)/separado(a)	8,6	7,6	10,0
Viúvo(a)	24,5	30,7	31,7
Solteiro(a)	4,9	4,3	3,5
Escolaridade (anos)			
Analfabeto	21,2	15,7	11,9
1 a 3	26,0	26,5	22,6
4 a 7	35,2	38,6	37,5
8 ou mais	17,6	19,2	28,0
Declínio cognitivo			
Não	86,8	87,8	89,6
Sim	13,2	12,2	10,4
Número de doenças			
Nenhuma	24,9	16,9	16,6
Uma	31,0	28,1	28,0
Dois ou mais	44,1	55,0	55,4

Fonte: Estudo SABE, 2000, 2006 e 2010.
DP: desvio padrão.

A prevalência de dificuldade referida no desempenho de uma ou mais AIVDs foi de 35,4% (2000), 45,8% (2006) e 41,0% (2010); e para as ABVDs foi de 16,3% (2000), 13,3% (2006) e 17,5% (2010). Em dez anos de acompanhamento observa-se, entre as mulheres, variabilidade na prevalência de 42,3 a 54,6% de comprometimento nas AIVDs e de 17,0 a 20,4% nas ABVDs e, entre os homens, de 25,6 a 33,1% em AIVDs e de 8,0 a 13,7% em ABVDs.

Em todos os períodos analisados, o avançar da idade em ambos os sexos mostrou-se associado a um pior desempenho funcional (Tabela 2).

Na Tabela 3, observa-se a proporção de dificuldades referidas para as atividades cotidianas nos anos 2000, 2006 e 2010. Nos três períodos, o declínio funcional inicia-se pelo

Tabela 2. Distribuição (%) dos idosos segundo dificuldade nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, sexo e grupo etário. Município de São Paulo, 2000, 2006 e 2010.

Dificuldade nas atividades básicas de vida diária						
Grupo etário (anos)	Mulheres			Homens		
	2000	2006	2010	2000	2006	2010
60 a 64	28,6	41,2	37,5	17,0	24,9	18,1
65 a 69	34,5	46,6	32,9	17,9	25,5	24,3
70 a 74	45,2	54,4	51,7	32,0	32,8	34,5
75 a 79	54,0	70,4	55,5	34,4	51,3	33,9
80 a 84	67,6	78,4	75,0	52,1	57,5	52,1
85 a 89	88,8	93,7	89,9	61,0	75,1	58,1
≥90	92,5	96,5	84,3	92,0	82,4	58,2
Total	18,1	17,0	20,4	13,7	8,0	13,1
Dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária						
Grupo etário (anos)	Mulheres			Homens		
	2000	2006	2010	2000	2006	2010
60 a 64	12,1	11,5	11,7	8,6	5,2	9,3
65 a 69	13,2	9,5	11,2	11,3	1,3	11,2
70 a 74	17,3	14,4	17,9	15,4	6,9	12,1
75 a 79	22,6	21,9	25,3	19,0	19,3	14,2
80 a 84	29,6	34,9	37,3	25,8	21,1	32,2
85 a 89	47,8	44,8	43,6	27,5	38,2	24,4
≥90	71,8	69,9	78,2	62,6	42,0	20,4
Total	42,3	54,6	48,8	25,6	33,1	29,3

Fonte: Estudo SABE, 2000, 2006 e 2010.

comprometimento das AIVDs, evoluindo posterior e progressivamente para as ABVDs. Os CR e as probabilidades de erro encontrados em cada ano estavam dentro dos limites estabelecidos como ideal (CR > 0,9). As proporções de dificuldade variaram entre as atividades: utilizar transportes (17,6–22,7%), realizar tarefas domésticas pesadas (17,7–28,8%), realizar compras (13,4–17,4%), administrar os próprios medicamentos (11,3–14,0%), vestir-se (9,1–12,9%), utilizar o telefone (8,2–12,4%), administrar as próprias finanças (8,4–25,0%), tomar banho (6,2–7,8%), realizar tarefas leves (5,9–13,2%), preparar refeições (5,5–7,2%), locomover-se (3,6–5,7%), transferir-se (4,6–8,8%), ir ao banheiro (4,5–8,6%) e comer (2,9–3,6%).

Tabela 3. Proporção (%) de idosos segundo dificuldade nas atividades de vida diária de idosos residentes no município de São Paulo. Estudo SABE, 2000, 2006 e 2010.

Atividades	2000 (%) (n=2.143)	Atividades	2006 (%) (n=1.413)	Atividades	2010 (%) (n=1.345)
Utilizar transporte	19,9	Realizar tarefas pesadas	28,8	Realizar tarefas pesadas	26,7
Realizar tarefas pesadas	17,7	Cuidar das finanças	25,0	Cuidar das finanças	19,6
Fazer compras	14,3	Utilizar transporte	22,7	Utilizar transporte	17,6
Tomar medicamentos	14,0	Fazer compras	17,4	Fazer compras	13,4
Vestir	12,9	Realizar tarefas leves	13,2	Tomar medicamentos	12,3
Telefonar	10,9	Telefonar	12,4	Vestir	12,2
Cuidar das finanças	8,4	Tomar medicamentos	11,3	Realizar tarefas leves	9,5
Tomar banho	6,9	Vestir-se	9,1	Ir ao banheiro	8,6
Realizar tarefas leves	5,9	Transferir-se	8,8	Telefonar	8,2
Preparar refeições	5,5	Preparar refeições	7,2	Tomar banho	7,8
Locomover-se*	4,7	Tomar banho	6,2	Transferir-se	7,2
Transferir-se**	4,6	Ir ao banheiro	5,8	Preparar refeições	6,7
Ir ao banheiro	4,5	Locomover-se	3,6	Locomover-se	5,7
Comer	3,6	Comer	2,9	Comer	2,9

Fonte: Estudo SABE, 2000, 2006 e 2010.

*Atravessar um quarto caminhando; **levantar da cama para a cadeira;

■ Atividades instrumentais de vida diária; ■ Atividades básicas de vida diária

A Figura 1 apresenta a evolução do desempenho funcional nas atividades de vida diária analisadas nas três coortes. Observa-se que houve variações no desempenho de todas as atividades. As maiores variações foram observadas no controle das finanças e na realização de tarefas leves, enquanto a menor foi medida na capacidade para comer sozinho a partir de um prato.

Em relação ao comprometimento nas ABVDs, no total, houve piora no comprometimento funcional em ambos os sexos, sendo que para as mulheres isso ocorreu em todas as atividades analisadas e entre os homens ocorreu o mesmo, exceto para as atividades comer e vestir (Tabela 4).

Na Tabela 5, observa-se a prevalência de dificuldades no desempenho funcional em AIVDs em cada período analisado, estratificada por atividade, sexo e idade. Em 10 anos de seguimento, verificou-se maior comprometimento funcional para a maioria das AIVDs nos diferentes grupos etários e, das oito atividades avaliadas, as mulheres apresentaram piora no desempenho de 50% das mesmas e os homens, em 37,5%.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a proporção de entrevistados com limitações de AIVD foi consistentemente maior do que a daqueles com limitações de ABVD, em todos os grupos etários e em ambos os sexos. Esse resultado corrobora o comprometimento das habilidades

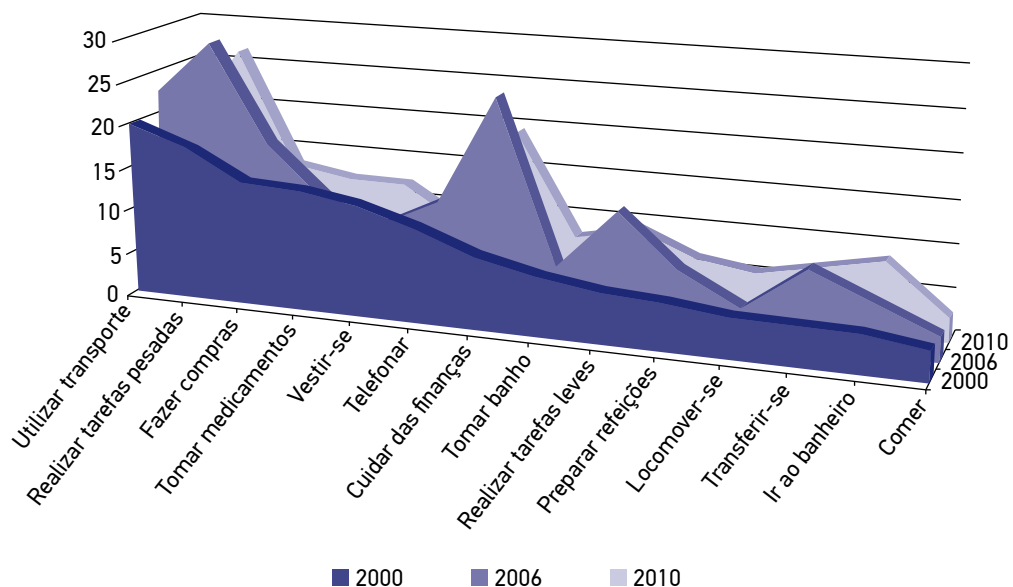


Figura 1. Evolução da dificuldade nas atividades de vida diária de idosos. Município de São Paulo. Estudo SABE, 2000, 2006 e 2010.

Tabela 4. Distribuição (%) dos idosos segundo dificuldade nas atividades básicas de vida diária, sexo e grupo etário. Município de São Paulo, 2000, 2006 e 2010.

Mulheres									
Grupo etário (anos)	Vestir-se			Tomar banho			Locomover-se		
	2000	2006	2010	2000	2006	2010	2000	2006	2010
60 a 64	10,6	6,3	10,3	3,1	2,0	3,6	2,0	0,5	2,0
65 a 69	12,0	6,6	8,0	5,5	1,9	3,8	2,4	2,1	3,0
70 a 74	15,6	8,6	9,8	8,0	6,1	3,8	3,7	3,4	3,1
75 a 79	19,4	17,7	16,3	5,9	10,9	9,1	7,8	5,0	4,6
80 a 84	18,5	23,4	28,1	18,8	21,5	25,3	12,3	16,9	15,1
85 a 89	31,2	31,2	36,8	30,6	21,8	26,6	25,4	18,1	26,3
≥90	35,1	63,6	57,8	49,0	67,4	47,5	37,6	43,8	46,9
Total	14,7	11,6	14,8	7,8	7,4	8,8	5,3	4,4	6,4
Grupo etário (anos)	Mobilizar-se			Ir ao banheiro			Comer		
	2000	2006	2010	2000	2006	2010	2000	2006	2010
60 a 64	2,9	8,5	2,5	3,3	4,3	3,8	1,7	–	1,0
65 a 69	3,1	6,0	3,3	3,7	4,2	5,9	1,1	–	1,5
70 a 74	3,6	10,1	6,2	3,1	6,3	6,3	2,5	2,8	2,0
75 a 79	5,4	11,2	9,1	7,2	8,6	9,1	4,5	5,1	2,5
80 a 84	13,2	25,0	20,7	10,2	16,2	23,5	5,8	8,0	7,9
85 a 89	17,6	25,6	28,5	17,2	14,2	25,9	15,0	17,7	16,7
≥90	33,5	51,1	53,5	30,6	48,5	44,2	24,8	39,6	18,5
Total	5,1	11,2	8,6	5,7	7,4	9,5	3,1	3,2	3,4
Homens									
Grupo etário (anos)	Vestir-se			Tomar banho			Locomover-se		
	2000	2006	2010	2000	2006	2010	2000	2006	2010
60 a 64	6,2	1,8	6,0	3,5	0,9	3,4	1,8	0,7	2,6
65 a 69	8,6	–	5,1	2,1	–	5,1	2,3	–	5,1
70 a 74	10,4	6,9	5,3	7,2	5,3	5,1	4,7	2,7	2,9
75 a 79	16,4	15,3	10,8	8,6	15,6	7,2	6,6	5,9	4,5
80 a 84	22,5	15,9	24,1	7,9	13,9	18,9	7,3	10,0	13,4
85 a 89	22,2	27,0	20,4	16,5	25,3	14,6	8,1	15,2	8,3
≥90	54,7	28,4	20,4	56,2	31,8	13,8	39,0	21,5	10,9
Total	10,5	5,3	8,3	5,5	4,6	6,2	3,8	2,5	4,5

Continua...

Tabela 4. Continuação.

Homens									
Grupo etário (anos)	Mobilizar-se			Ir ao banheiro			Comer		
	2000	2006	2010	2000	2006	2010	2000	2006	2010
60 a 64	1,4	4,3	3,2	1,8	2,5	4,5	2,5	0,9	0,6
65 a 69	2,8	1,3	3,9	0,9	–	6,3	3,4	–	1,7
70 a 74	6,6	5,3	3,1	4,8	3,9	5,6	3,4	4,0	2,4
75 a 79	4,7	11,1	6,9	6,7	5,8	8,6	6,4	6,6	5,5
80 a 84	6,3	11,0	16,5	6,6	7,8	20,7	6,8	4,8	3,6
85 a 89	10,6	20,7	10,3	10,6	23,3	13,4	12,9	13,6	3,5
≥90	29,6	28,4	10,0	43,3	25,0	10,5	41,5	10,2	3,3
Total	3,9	5,4	5,0	3,8	3,4	7,1	4,3	2,4	2,1

Fonte: Estudo SABE, 2000, 2006 e 2010.

Tabela 5. Distribuição (%) dos idosos segundo dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária, sexo e grupo etário. Município de São Paulo, 2000, 2006 e 2010.

Mulheres												
Grupo etário (anos)	Utilizar transporte			Realizar tarefas pesadas			Realizar tarefas leves			Tomar medicamentos		
	2000	2006	2010	2000	2006	2010	2000	2006	2010	2000	2006	2010
60 a 64	12,6	16,4	11,2	18,8	28,8	28,6	3,7	12,6	6,6	9,3	5,3	4,6
65 a 69	16,8	24,4	14,4	22,0	29,3	24,1	5,5	11,2	10,9	7,0	6,9	2,3
70 a 74	24,4	21,5	22,3	26,4	42,2	36,9	5,6	14,2	6,0	10,7	7,9	13,1
75 a 79	36,3	43,2	22,7	26,7	51,8	44,9	7,5	25,1	15,0	14,1	17,5	14,6
80 a 84	51,7	55,6	38,5	41,3	61,6	50,6	15,1	35,6	24,9	23,5	35,33	33,6
85 a 89	82,0	77,9	63,6	47,2	59,5	64,7	24,5	42,2	32,5	50,1	40,9	40,3
≥90	86,2	92,7	65,9	51,8	84,3	51,6	35,7	68,6	27,5	57,0	61,4	60,2
Total	25,2	29,6	22,0	25,2	39,0	35,7	7,1	18,0	12,1	12,8	12,4	13,0
Grupo etário (anos)	Telefonar			Cuidar das finanças			Fazer compras			Preparar refeições		
	2000	2006	2010	2000	2006	2010	2000	2006	2010	2000	2006	2010
60 a 64	6,2	8,3	4,6	3,6	2,3	1,1	10,7	11,1	7,4	1,6	3,0	3,4
65 a 69	7,6	6,5	4,3	5,1	6,0	6,4	9,7	16,9	10,4	2,0	2,5	5,2
70 a 74	14,5	12,4	7,6	7,9	5,4	8,2	20,4	15,3	15,5	6,1	5,9	4,1
75-79	14,0	16,2	4,7	11,4	20,8	13,3	26,6	32,9	18,0	5,8	11,7	7,3
80 a 84	23,4	27,3	21,1	22,7	34,7	23,1	34,0	50,6	35,1	15,1	28,9	16,1
85 a 89	42,7	44,8	27,8	40,0	30,9	36,8	56,2	59,8	42,5	26,1	38,3	27,3
≥90	63,6	62,9	50,2	38,2	73,4	54,6	50,0	79,5	49,2	32,7	61,1	32,9
Total	12,5	13,4	9,0	8,9	29,4	22,8	18,0	22,3	16,4	5,4	8,8	7,6

Continua...

Tabela 5. Continuação.

Homens												
Grupo etário (anos)	Utilizar transporte			Realizar tarefas pesadas			Realizar tarefas leves			Tomar medicamentos		
	2000	2006	2010	2000	2006	2010	2000	2006	2010	2000	2006	2010
60 a 64	5,4	6,1	5,8	3,0	9,7	9,6	1,9	5,3	3,9	11,7	2,4	8,3
65 a 69	6,4	4,4	5,4	4,5	9,7	9,5	1,5	3,0	5,2	11,4	8,0	4,6
70 a 74	14,6	15,7	14,5	10,5	12,1	11,8	7,4	5,5	2,4	20,5	15,0	8,5
75 a 79	19,2	25,8	12,4	10,9	22,5	17,2	5,8	9,2	7,4	15,8	11,8	19,4
80 a 84	37,8	33,5	32,0	15,7	33,9	21,3	8,5	13,1	9,7	25,0	22,7	25,1
85 a 89	46,9	50,1	20,5	19,2	38,8	29,3	15,1	25,5	15,6	41,5	34,5	27,5
≥90	85,2	59,7	42,6	47,7	46,1	61,0	34,9	29,0	21,2	63,5	55,1	36,5
Total	12,5	12,6	10,9	7,2	14,0	13,3	4,3	6,2	5,5	15,7	9,7	11,2
Grupo etário (anos)	Telefonar			Cuidar das finanças			Fazer compras			Preparar refeições		
	2000	2006	2010	2000	2006	2010	2000	2006	2010	2000	2006	2010
60 a 64	3,0	6,3	2,5	2,5	3,5	2,5	2,3	6,5	4,1	2,4	1,9	3,7
65 a 69	4,9	6,6	3,0	4,5	3,7	2,9	6,7	6,6	6,7	3,0	2,8	4,1
70 a 74	12,2	14,5	12,0	12,1	10,8	14,6	13,4	10,5	12,4	7,8	6,7	7,1
75 a 79	11,5	12,9	9,8	9,5	15,4	7,9	12,6	15,2	5,3	8,8	6,8	5,4
80 a 84	28,9	23,5	13,4	22,0	17,4	20,5	23,2	23,1	22,6	11,0	13,2	7,4
85 a 89	29,3	42,8	17,0	26,7	26,0	19,5	27,0	42,5	23,0	21,3	21,5	8,2
≥90	51,5	47,8	35,4	42,4	46,7	19,9	56,5	39,3	42,6	44,8	21,2	23,5
Total	8,7	10,8	7,0	7,6	18,6	14,8	9,0	10,3	8,9	5,7	4,8	5,4

Fonte: Estudo SABE, 2000, 2006 e 2010.

funcionais esperado durante o processo de envelhecimento: primeiramente observam-se as limitações funcionais físicas (menos graves e mais comuns), depois as atividades consideradas mais complexas (AIVDs) e posteriormente as mais básicas relacionadas ao autocuidado (ABVDs)¹³.

Uma análise possível refere-se aos efeitos de idade, período e de coorte¹⁴. Nos três períodos investigados, nota-se um gradiente positivo entre o aumento da idade e a prevalência de dificuldade no desempenho de AIVD e ABVD. Esse achado está de acordo com outro estudo, desenvolvido em países de alta, média e baixa renda¹⁵. Nos Estados Unidos, a incapacidade em AIVD, ao longo de 27 anos (1982 a 2009), vem aumentando entre as coortes mais jovens após ajustes dos efeitos tempo/idade, enquanto as ABVDs permanecem estáveis¹⁴. Os autores justificam que a tendência encontrada pode ser explicada, de um lado pelo avanço tecnológico em saúde, que está associado à maior sobrevivência das pessoas idosas mais fragilizadas; e, por outro, citam que pode haver um viés de informação relacionado à necessidade de utilização de seguro social, disponibilizado nesse país, aos mais incapacitados.

O presente estudo mostra que, da mesma forma que no estudo de Lin et al.¹⁴, as pessoas idosas em nosso meio também têm uma tendência de aumento nas incapacidades em AIVDs e de estabilidade nas ABVDs, em ambos os sexos, associadas com as coortes de nascimentos.

Segundo Christensen et al.¹⁶, dois processos opostos afetariam a saúde de coortes sucessivas. Por um lado, uma coorte posterior se beneficiaria do progresso da saúde resultante de uma prevenção mais eficaz de doenças, do melhor tratamento, além dos benefícios para a saúde de melhores padrões de vida, incluindo maior acesso à educação e a estilos de vida mais saudáveis. Tal progresso ajudaria os membros da coorte posterior a alcançar idades mais avançadas em melhores condições de saúde, o que configuraria o “sucesso do sucesso”: melhorias na saúde em idades mais precoces resultariam em uma coorte mais saudável em idades mais avançadas. Por outro lado, em razão das vidas que foram salvas, essa coorte posterior é maior do que a anterior.

Porém, esses sobreviventes adicionais poderiam ter uma saúde relativamente fraca e inclusive ter morrido, caso tivessem vivido em coortes anteriores com condições de vida menos favoráveis e com menos acesso a cuidados médicos. Esse processo configuraria o efeito do “fracasso do sucesso”, pois reduziria a saúde média da população, ao permitir que indivíduos muito frágeis atinjam idades mais avançadas. Por exemplo, ao comparar uma coorte dinamarquesa nascida em 1915 com a nascida em 1905, esses autores demonstraram que a coorte mais jovem teve melhor sobrevida e melhor desempenho nos testes cognitivos e nas ABVD do que a coorte mais velha, apesar de ter dois anos a mais no momento da avaliação. Isso sugere que mais pessoas estão envelhecendo com melhor funcionamento geral. Se esse desenvolvimento continuar, os futuros problemas funcionais e as necessidades de cuidado de pessoas muito idosas podem ser menores do que o previsto com base na carga atual de incapacidade¹⁶.

Ademais, César et al.¹⁷ apontaram que a medida de comprometimento funcional em inquéritos populacionais conseguiria captar somente perdas mais importantes da capacidade funcional, enquanto as perdas mais discretas poderiam passar despercebidas pelos entrevistados. Dessa forma, Cella et al.¹⁸ sugerem que em inquéritos que incluam indivíduos com diferentes níveis de comprometimento funcional, sejam aplicadas escalas de medidas de maior extensão, que considerem um espectro de atividades mais amplo e de dificuldade crescente envolvendo mobilidade, força, resistência e cognição.

Bleijenberg et al.¹⁹, ao investigarem uma coorte prospectiva holandesa quanto ao seu desempenho em 15 atividades, demonstraram que as atividades avançadas de vida diária, que requerem um funcionamento físico adequado como viajar, declinaram mais cedo do que as ABVDs, enquanto dificuldades em AIVDs, que demandam habilidades cognitivas como usar o telefone, administrar os próprios medicamentos e finanças, desenvolveram-se mais tardiamente do que incapacidades nas ABVDs, como tomar banho, vestir-se e transferir-se.

No presente estudo, em todas as ondas, a dificuldade na realização das atividades diretamente relacionadas com o sistema locomotor — utilizar transporte, realizar tarefas domésticas e fazer compras — foram as mais prevalentes. Deve-se considerar que a segunda doença mais prevalente entre os idosos paulistanos é a doença articular²⁰, que se relaciona diretamente

ao desempenho dessas atividades e à pior qualidade de vida, pois restringe a independência e, com o passar do tempo, pode vir a comprometer a autonomia das pessoas idosas.

A hierarquização observada no seguimento de dez anos do Estudo SABE se mantém das AIVDs para as ABVDs, apesar de alguma variabilidade observada. Nesse sentido, Bendayan et al.⁹, ao analisarem a hierarquia das taxas de declínio em seis ABVDs de amostras norte-americanas (HRS) e inglesas (Estudo ELSA), com uma diferença de dez anos, evidenciaram um padrão hierárquico de taxas de declínio semelhante em ambas as amostras. Nas duas coortes citadas, a atividade comer, como no presente estudo, foi a que apresentou a menor prevalência e a menor variação ao longo dos anos.

O declínio funcional progressivo ocasiona aumento nas demandas assistenciais, especificamente nas necessidades de cuidado. Nunes et al.²¹ propuseram, a partir da hierarquização das atividades de vida diária, uma classificação de necessidades de cuidado relacionadas às pessoas idosas estratificada em mínima, moderada e máxima, visando à adequação do planejamento e à gestão dos recursos assistenciais.

O cuidado está intimamente relacionado ao contexto socioeconômico, tanto no nível micro (famílias) quanto no macro (financiado pela sociedade ou pelo país), além das tradições, da política e da cultura²², o que reforça a necessidade premente do estabelecimento de políticas de cuidados de longa duração.

No período analisado, observa-se que as mulheres apresentam maior comprometimento funcional quando comparadas aos homens, o que pode estar relacionado à maior expectativa de vida das mesmas, às diferentes condições de saúde, sociais, culturais e econômicas, corroborado por outros estudos²³⁻²⁵.

A Organização Mundial de Saúde, na publicação sobre “Envelhecimento Ativo”, estabelece como metas fundamentais a manutenção da autonomia e independência, o controle das múltiplas doenças, a provisão de cuidados e a diminuição das iniquidades durante o envelhecimento²⁶. Diante desse contexto, no âmbito das políticas de saúde nacionais, no ano de 2006, na reedição da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, houve uma mudança de paradigma colocando a capacidade funcional como o grande divisor na avaliação das pessoas idosas que passaram a ser classificadas em independentes e vulneráveis à fragilização ou frágeis e, dessa forma, os territórios passariam a ter por base essa classificação para a reordenação e readequação dos serviços existentes.

O presente estudo tem como limitação o uso de questões autorreferidas na avaliação do desempenho para realizar as atividades cotidianas, que podem causar um viés de informação. No entanto, traz importantes considerações para as pessoas idosas e a organização das políticas públicas sociais e de saúde.

Devido ao rápido aumento da população idosa, a manutenção da autonomia e independência dessas pessoas deve ser considerada prioritária para o sistema de saúde e para a sociedade. Os resultados do presente estudo mostram que uma abordagem padrão de intervenções que enfoquem a incapacidade em idosos, quer para ABVDs e/ou AIVDs, pode não funcionar, pois o desempenho funcional varia com o avanço da idade, entre os sexos e nas diferentes coortes.

CONCLUSÃO

A prevalência de dificuldade referida pelas pessoas idosas para o desempenho de AIVDs e ABVDs aumentou no período de dez anos (2000 a 2010). Observou-se maior variabilidade na prevalência de comprometimento funcional nas AIVDs e ABVDs entre as mulheres, quando comparadas aos homens, e com o avançar da idade. Quanto à hierarquização, as atividades com maior relato de dificuldade foram utilizar transporte, realizar tarefas pesadas e cuidar das finanças, enquanto a dificuldade de comer foi a menos prevalente.

A identificação e a hierarquização das dificuldades referidas para o desempenho das atividades de vida diária das pessoas idosas auxiliam no planejamento dos serviços e na distribuição adequada dos recursos existentes por desvelar as necessidades e os cuidados necessários.

REFERÊNCIAS

1. Guariento ME, Neri AL. *Assistência Ambulatorial ao Idoso*. Campinas: Alínea; 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria MS/GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 5 dez. 2017]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_2528.pdf
3. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185(21): 914-9.
4. Moraes EN. *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
5. Pereira JK, Giacomini KC, Firmo JOA. A funcionalidade e incapacidade na velhice: ficar ou não ficar quieto. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(7): 1451-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00046014>
6. Iezzoni L. Using administrative data to study persons with disabilities. *Milbank Q*. 2002; 80: 347-79.
7. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciêns Saúde Colet*. 2008; 13(4): 1199-207. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>
8. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(2): 317-25. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>
9. Bendayan R, Cooper R, Wloch EG, Hofer SM, Piccinin AM, Muniz-Terrera G. Hierarchy and speed of loss in physical functioning: A comparison across older US and English men and women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2017; 72(8): 1117-22. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw209>
10. Silva NN. Processo de amostragem. In: Lebrão ML, Duarte YAO, eds. *O projeto SABE no Brasil: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
11. Icaza MC, Albala C. Minimental State Examination (MMSE) del Studio de dementia en Chile: Análisis estadístico. *Genebra: OPAS*; 1999. p. 1-18.
12. Guttman L. The basis of scalogram analysis. In: Stouffer SA, ed. *Measurement and prediction*. Nova York: Princeton University Press; 1950. p. 60-90.
13. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2015; 385(9967): 563-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8)
14. Lin SF, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Master RK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. *Am J Public Health*. 2012; 102(11): 2157-63. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602>
15. Beard JR, Officer A, Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016; 387(10033): 2145-54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)

16. Christensen K, Thinggaard M, Oksuzyan A, Steenstrup T, Andersen-Ranberg K, Jeune B, et al. Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. *Lancet*. 2013; 382(9903): 1507-13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60777-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60777-1)
17. César CC, Mambrini JVM, Ferreira FR, Lima-Costa MF. Capacidade funcional de idosos: análise das questões de mobilidade, atividades básicas e instrumentais da vida diária via Teoria de Resposta ao Item. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(5): 931-45. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00093214>
18. Cella D, Riley W, Stone A, Rothrock N, Reeve B, Yount S, et al. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reports health outcome item banks: 2005-2008. *J Clin Epidemiol*. 2010; 63: 1179-94. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.011>
19. Bleijenberg N, Zuithoff NPA, Smith AK, Wit NJ, Schuurmans MJ. Disability in the individual ADL, IADL, and mobility among older adults: A prospective cohort study. *J Nutr Health Aging*. 2017; 21(8): 897-903. <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0891-6>
20. Bettiol CHO, Dellaroza MSG, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos EG. Fatores preditores de dor em idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE 2006 e 2010. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(9): e00098416. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00098416>
21. Nunes DP, Brito TRP, Corona LP, Alexandre TS, Duarte YAO. Idoso e demanda de cuidador: proposta de classificação da necessidade de cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(Supl. 2). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0123>
22. Sjölund BM, Wimo A, Engström M, Von Strauss E. Incidence of ADL Disability in Older Persons, Physical Activities as a Protective Factor and the Need for Informal and Formal Care—Results from the SNAC-N Project. *PLoS One*. 2015; 10(9): e0138901. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0138901>
23. Zunzunegui MV, Alvarado BE, Béland F, Vissandjee B. Explaining health differences between men and women in later life: A cross-city comparison in Latin America and the Caribbean. *Soc Sci Med*. 2009; 68: 235-42. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.031>
24. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
25. Biritwum RB, Minicuci N, Yawson AE, Theou O, Mensah GP, Naidoo N. Prevalence of and factors associated with frailty and disability in older adults from China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa. *Maturitas*. 2016; 91: 8-18. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.05.012>
26. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

Recebido em: 19/04/2018

Versão final apresentada em: 08/05/2018

Aprovado em: 20/06/2018

