



Incapacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária em idosos com doenças reumáticas

Disability relating to instrumental activities of daily living in the elderly with rheumatic diseases

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco¹
Priscila de Paula Marques¹
Flávia Silva Arbex Borim¹
Sarina Francescato Torres¹
Anita Liberalesso Neri¹

Resumo

Objetivo: caracterizar o perfil sociodemográfico de idosos com artrite/reumatismo em relação ao sexo, bem como estimar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional para a realização de atividades instrumentais da vida diária (AIVD). **Método:** estudo transversal de base populacional com amostra de 1.136 idosos (≥ 65 anos), procedentes de sete municípios brasileiros. A capacidade funcional foi avaliada pelo autorrelato dos idosos quanto à execução das AIVD, pela Escala de Lawton. Diferenças entre os sexos, segundo variáveis sociodemográficas, foram verificadas pelo teste qui-quadrado ($p < 0,05$). Estimou-se a prevalência de incapacidade para a realização das AIVD e as associações independentes foram verificadas por meio de regressão logística múltipla. **Resultados:** a média de idade foi 72,4 anos, 79,1% eram mulheres e 45,9% dos idosos com artrite/reumatismo apresentaram dependência para a realização das AIVD. Observaram-se diferenças entre os sexos em relação à faixa etária, estado conjugal, renda e arranjo domiciliar ($p < 0,05$). Maior prevalência de incapacidade foi observada entre os mais idosos, naqueles sem escolaridade, com pior renda, nos que viviam em arranjos multigeracionais e com fragilidade. Na avaliação da realização de atividades específicas, os idosos com artrite/reumatismo apresentaram maior dificuldade quanto ao uso de medicação (OR: 1,90; IC95%: 1,19 - 3,06), mesmo após ajuste por sexo e idade. **Conclusão:** foram encontradas associações entre incapacidade funcional com variáveis sociodemográficas e fragilidade. A independência para a realização de atividades cotidianas como as avaliadas neste estudo torna-se uma das condições primordiais para o bem-estar dos idosos na velhice, mesmo que sob condições de fragilidade ou doenças crônicas.

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento. Atividades Cotidianas. Doenças Reumáticas. Estudos Transversais.

Abstract

Objective: to characterize the sociodemographic profile of elderly persons with arthritis/rheumatism in relation to gender, as well as to estimate the prevalence and factors associated with functional disability for the performance of instrumental activities of daily living (IADL). **Method:** a cross-sectional population-based study with a sample of 1,136 elderly persons (≥ 65 years old) from seven Brazilian municipal regions was carried

Keywords: Elderly. Aging. Activities of Daily Living. Rheumatic Diseases. Cross-Sectional Studies.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de pós-graduação em Gerontologia. Campinas, São Paulo, Brasil.

out. Functional capacity was assessed by the self-reports of the elderly in terms of the performance of IADL, using the Lawton Scale. Differences between the genders, according to sociodemographic variables, were verified by the chi-squared test ($p < 0.05$). The prevalence of inability to perform IADL was calculated and the independent associations were verified through multiple logistic regression. *Results:* the mean age was 72.4 years, 79.1% of the sample were women, and 45.9% of the elderly with arthritis/rheumatism were dependent for the performance of IADL. Differences were observed between the genders in relation to age, marital status, income and household arrangements ($p < 0.05$). A higher prevalence of disability was observed among older elderly persons, those with no schooling and lower incomes, who lived in multigenerational households and who were frail. In the evaluation of the performance of specific activities, elderly persons with arthritis/rheumatism had greater difficulty taking medication (OR: 1,90; CI 95%: 1.19 - 3.06), after adjusting for gender and age. *Conclusion:* associations were found between functional disability and sociodemographic variables and frailty. Independence in daily activities such as those evaluated in this study is one of the primary conditions for the well-being of the elderly, even in conditions of frailty or chronic diseases.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico observado nas últimas décadas no país, atrelado às alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares, traduzem-se em novas necessidades que implicam reestruturação de políticas sociais e de saúde¹. Com o avanço da idade, observa-se maior ocorrência de doenças crônicas^{2,3} e maior frequência de incapacidade funcional, caracterizada pela restrição de habilidades físicas e mentais necessárias para manutenção de independência e autonomia na realização de atividades básicas diárias e nas de maior complexidade⁴.

O desempenho das atividades de vida diária depende do estado geral da saúde e das funções motoras, as quais apresentam maior comprometimento a depender de quadros agudos, morbidades, declínio cognitivo ou multimorbidade, comuns entre os idosos⁵. As doenças reumáticas destacam-se como aquelas com maior impacto nos anos de vida com incapacidade⁶.

As doenças reumáticas são definidas como problemas de saúde que acometem os tecidos conjuntivos, levando a danos na pele, coração, estruturas articulares e periarticulares. Incluem cerca de cem doenças, normalmente de caráter crônico, que cursam com dor, rigidez articular e incapacidade física, com algumas pesquisas evidenciando elevada prevalência em idosos^{2,7,8}. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) relativos ao ano de 2008, apontam prevalências de 21,3%, 26,3% e

31,5% entre idosos nas faixas etárias de 60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais anos, respectivamente². Fatores como o sexo feminino, idade avançada, sedentarismo, excesso de peso, baixo nível socioeconômico, tabagismo, entre outros, associam-se ao desenvolvimento das doenças reumáticas⁹⁻¹¹.

Na literatura nacional são escassos os estudos de base populacional que avaliam a capacidade funcional em idosos com doenças crônicas específicas. O presente estudo teve por objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos com artrite ou reumatismo em relação ao sexo; estimar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional para a realização de atividades instrumentais da vida diária e comparar a dependência para a realização de cada uma das atividades instrumentais da vida diária entre esses idosos e os não acometidos por essas doenças.

MÉTODOS

Este estudo utilizou dados de estudo sobre fragilidade em idosos realizado em 2008/2009 (Rede FIBRA - *Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros*). Trata-se de estudo transversal de base populacional com amostra de 3.478 idosos recrutados na comunidade, onde 1.136 (≥ 65 anos) relataram diagnóstico médico de artrite ou reumatismo. Eram domiciliados na área urbana de seis cidades selecionadas por conveniência: Campinas (São Paulo), Belém (Pará), Parnaíba (Piauí), Campinas Grande (Paraíba), Poços de Caldas (Minas Gerais), Ivoti

(Rio Grande do Sul) e do subdistrito de Ermelino Matarazzo, na cidade de São Paulo.

Em cada localidade, foi feito sorteio simples de uma quantidade representativa dos setores censitários urbanos. Para cada um foram estimadas as cotas de homens e de mulheres de 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 e 80 anos e mais, suficientes para representar os respectivos universos.

Os setores censitários foram visitados e seus moradores foram contatados nos domicílios por equipe de entrevistadores treinados¹², até obter as amostras desejadas, mais 50% para cobrir as perdas por ocasião das entrevistas que foram realizadas a posteriori, em locais públicos previamente anunciados.

Os idosos eram convidados a conhecer os objetivos, o conteúdo, as condições e os cuidados éticos da pesquisa. Concorrendo em participar, recebiam um cartão impresso com data, horário e local para uma entrevista.

Nesta fase, excluíram-se os idosos com déficit de memória, atenção, orientação espacial, temporal e de comunicação, sugestivos de déficit cognitivo observados pela equipe de recrutadores; comprometimento grave da motricidade, da fala ou da afetividade, associados à doença de Parkinson avançada; os que apresentavam incapacidade permanente ou temporária para andar (exceto os que faziam uso de dispositivo de auxílio à marcha); aqueles com perda localizada de força e afasia decorrentes de seqüela de acidente vascular encefálico (AVE), com déficit auditivo ou visual grave e também em estágio terminal¹².

Os idosos que compareceram aos locais agendados, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

As informações foram obtidas de questionário previamente testado e aplicado por entrevistadores treinados. No início da entrevista, todos os idosos foram submetidos ao Mini-Exame do estado Mental^{13,14} para triar e excluir os idosos com déficit cognitivo sugestivo de demência, (nota de corte: 17 para os analfabetos, 22 para idosos com um a quatro anos de escolaridade, 24 para idosos entre cinco e oito anos de escolaridade e 26 para escolaridade entre

nove anos ou mais). Por esse critério, foram excluídos 883 idosos, permanecendo na amostra 2.593.

Os idosos com doença reumática foram identificados por meio da seguinte questão: "*Algum médico já disse que você tem artrite ou reumatismo?*" (sim ou não). A capacidade funcional foi avaliada através da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton¹⁵ quanto à ajuda necessária (nenhuma, parcial e total) para a execução das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Idosos que mencionaram necessidade de ajuda parcial ou total para realização de uma ou mais atividades foram classificados como dependentes.

Para a análise das variáveis associadas à capacidade funcional, foram selecionadas as seguintes variáveis independentes:

- *Sociodemográficas*: sexo (masculino e feminino), faixas etárias (65 a 69; 70 a 74; 75 a 79; ≥ 80 anos), estado conjugal (casado/solteiro/divorciado/viúvo), escolaridade (0, 1 a 4, ≥ 5 anos de estudo), renda familiar em salários mínimos (SM) à época da pesquisa (< 1 SM; ≤ 1 SM ≤ 3 ; SM > 3) e arranjos de moradia (vive só, só com cônjuge, com descendentes, cônjuge/descendência/outros parentes e externos/arranjos mistos).
- *Expectativa de cuidado*: obtida pela pergunta "*Caso precise de ajuda para realizar qualquer uma dessas atividades (Atividades Instrumentais de Vida Diária/Atividades Básicas de Vida Diária) o(a) senhor(a) tem com quem contar?*" A partir das respostas: sozinho, só cônjuge, cônjuge e filhos, filhos e netos, outros parentes/amigos/profissional, a variável foi categorizada em "não" (sozinho) ou "sim" (demais respostas).
- *Percepção de autocuidado*: avaliada por um item escalar com cinco intensidades (muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim), a partir da pergunta: "*Como o(a) senhor(a) avalia o cuidado que dedica à sua saúde?*".
- *Indicadores de fragilidade*: consideraram-se os cinco critérios propostos por Fried et al.¹⁶ (perda de peso não intencional no último ano, fadiga, força de preensão manual, velocidade da marcha e atividade física), por meio dos quais os idosos foram classificados como frágeis (positivos para

três ou mais critérios), pré-frágeis (positivos para um ou dois critérios) e não frágeis (para nenhum critério).

- *Autoavaliação de saúde*: obtida por meio da pergunta “Em geral, você diria que sua saúde é?”, cujas respostas foram categorizadas em: muito boa/boa, regular/ruim/ muito ruim.

Inicialmente foi verificada a distribuição sociodemográfica dos idosos com artrite ou reumatismo por meio de frequências relativas percentuais, segundo o sexo e verificada a diferença entre os grupos. As comparações foram realizadas pelo teste qui-quadrado com nível de significância de 5%. Em seguida, estimaram-se a prevalência de incapacidade para a realização de atividades instrumentais específicas, segundo presença de artrite ou reumatismo, e as razões de chance (OR) ajustadas por sexo e idade e respectivos intervalos de confiança de 95%.

Para identificar os fatores associados à incapacidade funcional na realização de AIVD nos idosos com a doença, foram estimadas as razões de chances brutas e ajustadas por sexo e idade e respectivos intervalos de confiança de 95%. Na análise de regressão logística múltipla foram inseridas no modelo todas as variáveis que apresentaram associação significativa com a capacidade funcional na análise simples ($p < 0,20$). Pelo método *backward selection*, no modelo final, permaneceram aquelas que apresentaram um valor de $p < 0,05$. Na análise desses dados foi utilizado o programa Stata 14.0.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, aprovado sob o parecer nº. 208/2007 de 22/05/2007 (CAAE 0151.1.146.000-07), novamente aprovado pelo Parecer CEP de 10/12/2014 (CAAE 39547014.0.1001.5404).

RESULTADOS

Dos 1.136 idosos que referiram artrite ou reumatismo 79,1% eram mulheres. A média de idade

foi 72,4 anos ($\pm 5,6$) com idade máxima de 96 anos. Cerca de 45,9% (IC95%: 41,9 - 49,8) dos idosos com artrite ou reumatismo apresentaram dependência para a realização de atividades instrumentais de vida diária.

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas dos idosos com artrite ou reumatismo de acordo com o sexo. Observa-se que 28,7% dos homens e 31,5% das mulheres tinham idade ≥ 75 anos à época da pesquisa. No que se refere ao estado civil, 63,0% das mulheres eram solteiras/divorciadas/viúvas. A escolaridade da maioria dos idosos era ≤ 4 anos de estudo e a renda familiar mensal ≤ 3 salários mínimos. Quanto ao arranjo domiciliar, 6,4% dos homens e 16,7% das mulheres viviam sozinhas ($p < 0,001$).

Os fatores associados à incapacidade funcional para as AIVD em idosos com artrite ou reumatismo são apresentados na Tabela 2. Maior prevalência de incapacidade foi observada entre os idosos sem escolaridade, naqueles com renda inferior a um salário mínimo em relação aos que referiram renda ≥ 3 salários mínimos à época da pesquisa, nos que viviam com filhos ou com cônjuge/filhos e outros arranjos de moradia, e nos idosos classificados como pré-frágeis e frágeis. Quanto à autoavaliação da saúde, 54,0% dos idosos com artrite ou reumatismo consideravam sua saúde como regular/ruim ou muito ruim e a prevalência de incapacidade foi maior neste subgrupo (OR=1,67; IC95%: 1,18-2,36).

Na análise múltipla de regressão dos fatores associados à incapacidade funcional na realização das AIVD observou-se maior incapacidade funcional naqueles com menor escolaridade e renda, nos que viviam com cônjuge/descendentes ou inseridos em outros arranjos de moradia, e nos que apresentaram algum grau de fragilidade (Tabela 3).

A comparação da dependência dos idosos para a realização de cada uma das atividades instrumentais da vida diária, segundo presença de artrite ou reumatismo é apresentada na Tabela 4. Observaram-se diferenças entre os grupos quanto ao uso de medicação (OR: 1,90; IC95%: 1,19 - 3,06), após ajuste por sexo e idade.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos com artrite ou reumatismo.

Variáveis	Total n (%)	Homens n (%)	Mulheres n (%)	<i>p</i>
Faixa etária (em anos)				0,009
65-69	421 (37,1)	84 (35,4)	337 (37,5)	
70-74	364 (32,0)	85 (35,9)	279 (31,0)	
75-79	219 (19,3)	31 (13,1)	188 (20,9)	
80 e mais	132 (11,6)	37 (15,6)	95 (10,6)	
Estado conjugal				<0,001
Casado/União estável	511 (45,0)	179 (75,5)	332 (37,0)	
Solteiro/divorciado/viúvo	624 (55,0)	58 (24,5)	566 (63,0)	
Escolaridade (em anos)				0,477
Nunca estudou	277 (20,0)	46 (19,4)	181 (20,2)	
1 - 4	552 (48,6)	109 (46,0)	443 (49,3)	
≥5	356 (31,4)	82 (34,6)	274 (30,5)	
Renda familiar mensal				0,017
<1 SM*	252 (22,2)	43 (18,2)	209 (23,3)	
≤1 SM <3	498 (44,0)	97 (41,1)	401 (44,7)	
≥3 SM <5	224 (19,8)	49 (20,8)	175 (19,5)	
≥5SM	159 (14,0)	47 (19,9)	112 (12,5)	
Arranjo domiciliar				<0,001
Sozinho	164 (14,6)	15 (6,4)	149 (16,7)	
Com cônjuge	219 (19,4)	75 (31,9)	144 (16,2)	
Com filhos	320 (28,4)	20 (8,5)	300 (33,7)	
Com cônjuge e filhos	253 (22,5)	100 (42,5)	153 (17,2)	
Outros parentes e externos/outros	170 (15,1)	25 (10,6)	145 (16,3)	

Fonte: FIBRA 2008-2009.

*Salário mínimo.

Tabela 2. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) nos idosos com artrite/ reumatismo.

Variáveis	Incapacidade funcional	OR Bruto	IC95%	OR Ajustado	IC95%
Sexo					
Masculino	41,5	1,00		1,00	
Feminino	47,1	1,25	0,85-1,85	1,30	0,88 - 1,93
Faixas etárias					
65-69	37,4	1,00		1,00	
70-74	47,4	1,50	1,02 - 2,22	1,53	1,03 - 2,26
75-79	50,0	1,67	1,07 - 2,61	1,65	1,06 - 2,58
≥80 anos	62,7	2,81	1,60 - 4,93	2,89	1,64 - 5,10
Situação conjugal					
Casado/União estável	42,1	1,00		1,00	
Solteiro/divorciado/viúvo	48,7	1,30	0,94 - 1,80	1,10	0,77 - 1,56
Escolaridade (em anos)					
Nunca estudou	67,5	1,00		1,00	
1 - 4	43,2	0,37	0,23 - 0,57	0,38	0,24 - 0,59
≥5	36,7	0,28	0,17 - 0,45	0,31	0,19 - 0,50

continua

Continuação da Tabela 2

Variáveis	Incapacidade funcional	OR Bruto	IC95%	OR Ajustado	IC95%
Renda familiar mensal					
<1 SM*	50,3	1,00		1,00	
1 ≤ SM <3	51,4	1,04	0,70 - 1,56	1,04	0,69 - 1,57
≥3 SM	34,2	0,51	0,33 - 0,80	0,53	0,33 - 0,83
Arranjo domiciliar					
Sozinho	34,6	1,00		1,00	
Com cônjuge	35,0	1,02	0,55 - 1,89	1,24	0,65 - 2,36
Com filhos	53,6	2,18	1,26 - 3,78	2,33	1,33 - 4,09
Com cônjuge e filhos/outros	48,0	1,74	1,03 - 2,96	2,03	1,18 - 3,52
Expectativa de cuidado					
Não	52,1	1,00		1,00	
Sim	45,9	0,78	0,43 - 1,41	0,82	0,45 - 1,50
Percepção de autocuidado					
Muito bom/bom	45,3	1,00		1,00	
Regular/ruim/muito ruim	46,7	1,06	0,77 - 1,45	1,09	0,79 - 1,51
Fragilidade					
Não frágil	36,1	1,00		1,00	
Pré-frágil	50,0	1,77	1,25 - 2,50	1,70	1,20 - 2,41
Frágil	64,3	3,18	1,73 - 5,84	2,94	1,59 - 5,43
Número de doenças crônicas					
Nenhuma ou uma	43,0	1,00		1,00	
Duas ou mais	47,9	1,22	0,88 - 1,69	1,19	0,85 - 1,65
Auto avaliação da saúde					
Muito boa/boa	41,9	1,00		1,00	
Regular/ruim/muito ruim	54,0	1,63	1,16 - 2,29	1,67	1,18 - 2,36

Fonte: FIBRA 2008-2009.

*Salário mínimo.

Tabela 3. Análise de regressão múltipla da incapacidade funcional para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) dos idosos com artrite ou reumatismo. FIBRA, 2008-2009.

Variáveis	OR ajustado (IC 95%)	p	Erro-padrão
Faixas etárias			
65-69	1,00		
70-74	1,52 (1,01 - 2,29)	0,048	0,319
75-79	1,35 (0,84 - 2,17)	0,219	0,327
≥80 anos	2,50 (1,37 - 4,55)	0,003	0,765
Escolaridade (em anos)			
Nunca estudou	1,00		
1 - 4	0,42 (0,26 - 0,67)	<0,001	0,100
≥5	0,37 (0,22 - 0,62)	<0,001	0,097

continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis	OR ajustado (IC 95%)	p	Erro-padrão
Renda familiar mensal			
<1 SM*	1,00		
1 ≤ SM <3	0,91 (0,59 - 1,42)	0,693	0,206
≥3 SM	0,59 (0,36 - 0,96)	0,036	0,148
Arranjo domiciliar			
Sozinho	1,00		
Com cônjuge	1,31 (0,67 - 2,56)	0,425	0,448
Com filhos	2,47 (1,38 - 4,41)	0,002	0,732
Com cônjuge e filhos/outros	2,24 (1,26 - 3,95)	0,006	0,650
Fragilidade			
Não frágil	1,00		
Pré-frágil	1,58 (1,10 - 2,28)	0,014	0,294
Frágil	2,49 (1,30 - 4,76)	0,006	0,824

Fonte: FIBRA 2008-2009.

*Salário mínimo.

Tabela 4. Dependência para as atividades instrumentais de vida diária dos idosos, segundo presença de artrite ou reumatismo.

Atividades Instrumentais	Artrite ou Reumatismo		p	OR ajustado	IC (95%)
	Sim	Não			
	n (%)	n (%)			
Usar o telefone	99 (45,6)	118 (54,4)	0,979	0,95	0,70 - 1,28
Usar meio de transporte	74 (45,7)	88 (54,3)	0,941	0,80	0,57 - 1,13
Fazer compras	122 (52,4)	111 (47,6)	0,019	1,13	0,84 - 1,52
Arrumar a casa	149 (48,4)	159 (51,6)	0,244	1,09	0,83 - 1,42
Preparar a comida	68 (38,9)	107 (61,1)	0,061	1,15	0,80 - 1,63
Cuidar do dinheiro	90 (49,5)	92 (55,5)	0,244	1,02	0,74 - 1,42
Tomar remédios	50 (61,0)	32 (39,0)	0,004	1,90	1,19 - 3,06

Fonte: FIBRA 2008-2009.

DISCUSSÃO

Observaram-se desigualdades na prevalência de incapacidade para realização de AIVD nos idosos com doenças reumáticas. Maior ocorrência de incapacidade foi verificada naqueles com piores condições socioeconômicas e com fragilidade (que pontuaram para um ou mais critérios). Não foram observadas associações entre incapacidade funcional e sexo, situação conjugal, expectativa de cuidado, percepção do autocuidado e morbidades.

Observou-se que, a partir dos 70 anos de idade, a doença é mais prevalente nas mulheres que vivem sozinhas. Sabe-se que mulheres idosas são mais numerosas que os homens e que o déficit de homens idosos se acentua com o passar dos anos¹⁷. A predominância de mulheres nas idades mais avançadas decorre de inúmeros fatores, entre eles, a tendência das mulheres em se cuidar mais e buscar assistência médica e/ou apoio social¹⁷. Diferenças de gênero na saúde dos idosos revelam que as mulheres idosas apresentam maior carga de declínio

funcional¹⁸. Particularmente em relação às doenças reumáticas, estudos apontam maior prevalência de osteoartrite e de artrite reumatóide em mulheres^{8,11}.

A prevalência de incapacidade para realização de atividades instrumentais da vida diária nos idosos com artrite ou reumatismo foi de 46,0% no presente estudo, ou seja, quase metade dos idosos apresentaram restrição de sua independência na realização de atividades cotidianas relativas às habilidades de mobilidade ou de atividades para manutenção do ambiente⁴. São escassos na literatura dados sobre a prevalência de incapacidade funcional para a realização de AIVD no subgrupo de idosos estudados. As doenças inflamatórias crônicas das articulações provocam impacto importante na vida dos indivíduos acometidos, deteriorando a capacidade física e a qualidade de vida de seu portador, o qual torna-se incapaz de realizar tarefas cotidianas¹⁹. Estudo demonstrou a associação das comorbidades com a limitação da mobilidade e a incapacidade funcional em pacientes com doença reumática²⁰.

Neste estudo verificou-se maior prevalência de incapacidade funcional para a realização de atividades instrumentais da vida diária nos idosos com menor escolaridade e renda, e naqueles que viviam com cônjuge e descendentes e em outros arranjos de moradia. De modo geral as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) afetam mais populações de baixa escolaridade e renda^{2,21}, que são mais vulneráveis e mais expostas aos riscos e ao menor acesso aos serviços de saúde^{2,22,23}.

Estudo com indivíduos portadores de doenças reumáticas aponta associação entre o nível socioeconômico mais baixo e maior prevalência de incapacidade funcional²⁴. O acúmulo sucessivo de carências sociais ao longo do ciclo de vida, refletidas em arranjos de moradia multigeracionais prejudicam a adesão a práticas de promoção à saúde e de prevenção das doenças, com reflexos negativos sobre o controle da doença e sobre a independência funcional, no envelhecimento. Iniquidades quanto à distribuição de renda e baixa proteção econômica aos idosos, entre outros fatores, tornam cada vez mais crítica a situação de desigualdade deste segmento populacional no País.

A fragilidade é considerada uma síndrome clínica, associada ao envelhecimento fisiológico normal,

descrita como um estado clínico de aumento da vulnerabilidade expresso em diminuição das respostas compensatórias e da possibilidade de manutenção da homeostase frente a estressores¹⁶. A maior prevalência de incapacidade na realização de atividades cotidianas em idosos pré-frágeis ou frágeis verificada neste estudo, pode estar relacionada com a elevada prevalência de dor na população idosa com artrite^{25,26} e associada com a síndrome de fragilidade que predispõe os idosos à redução da massa muscular e a um estado inflamatório crônico¹⁶.

Na avaliação da prevalência de incapacidade funcional para a realização de atividades instrumentais específicas, foram consideradas as diferenças na composição etária e segundo o sexo dos idosos, já que o declínio funcional é um processo progressivo²⁷ associado tanto ao crescimento da carga de morbidade, quanto aos diferenciais expressivos no que se refere à saúde de homens e mulheres que envelhecem. Entre os idosos com artrite ou reumatismo, considerando tais ajustes, observou-se maior prevalência de incapacidade para o uso de medicação. A declaração indicativa de dificuldade ou de necessidade de ajuda para o uso de medicamentos deve ser considerada, tanto pelos profissionais de saúde, quanto pelos familiares desses idosos, para auxílio à maior adesão à terapia medicamentosa. Também a baixa escolaridade dos idosos deve ser considerada nas orientações médicas.

Entre as limitações do presente estudo deve-se considerar a utilização de informação autorreferida e a impossibilidade de estabelecer relação causal em estudos de delineamento transversal. Ressalta-se que uma população mais envelhecida apresenta maior probabilidade de desenvolver morbidades e incapacidades do que aquela oriunda de localidades cuja concentração de idosos se situa numa faixa etária mais jovem²⁷, independente da condição de saúde avaliada. No entanto, o presente estudo considerou idosos residentes em área urbana de sete municípios localizados nas regiões Sul, Sudeste e Norte do país com diferentes perfis demográficos. Estudos das atividades básicas e avançadas de vida diárias podem melhor esclarecer o impacto das doenças reumáticas. Abordagens qualitativas podem contribuir para melhor compreensão das dificuldades observadas para o uso de medicamentos.

A independência para a realização de atividades cotidianas, como as avaliadas neste estudo, é uma das condições primordiais para o bem-estar dos idosos na velhice, mesmo que sob condições de fragilidade ou doenças crônicas. Ressalta-se a necessidade de uma abordagem individual e social para criar melhores condições de vida na velhice, caracterizada pela autonomia e qualidade de vida, assim como intervenções para o envelhecimento saudável, com um serviço acessível e com foco na população mais vulnerável²⁸.

CONCLUSÃO

No presente estudo, observaram-se diferenças dos idosos com artrite ou reumatismo de acordo com o sexo, em relação ao perfil sociodemográfico. Também foram verificadas associações entre incapacidade funcional para as atividades instrumentais da vida diária com variáveis sociodemográficas e fragilidade. Na avaliação da dependência para as atividades segundo a presença da doença, houve diferença entre os grupos quanto ao uso de medicação.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS; 2015.
2. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, Cesar CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(9):3755-68.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
4. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RDS, et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):933-9.
5. Costa Filho AM. Contribuição das doenças crônicas na prevalência da incapacidade para as atividades básicas (ABVD) e instrumentais (AIVD) de vida diária entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013) [Dissertação na Internet]. Belo Horizonte: FIOCRUZ; 2016 [acesso em 18 nov. 2018]. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17921>
6. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1217-29.
7. Gafvels C, Hagerstrom M, Nordmark B, Wandell P. What predicts negative effects of rheumatoid arthritis?: follow-up two years after diagnosis. *Springer Plus*. 2014;3(118):1-10.
8. Torres SF. Doenças reumáticas em idosos da comunidade e variáveis associadas: dados do Estudo Fibrá [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2016.
9. Blay SL, Fillenbaum GG, Andreoli SB, Gastal FL. Prevalence and concomitants of arthritis in the elderly in Rio Grande do Sul, Brazil. *PLoS One*. 2012;7(9):1-7.
10. Brown EM, Garneau KL, Tsao H, Solomon DH. DMARD non-use in low-income, elderly rheumatoid arthritis patients: results of 86 structured interviews. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):30-7.
11. Costa JO, Almeida AM, Guerra Junior AA, Cherchiglia ML, Andrade EIG, Acurcio FdA. Treatment of rheumatoid arthritis in the Brazilian Unified National Health System: expenditures on infliximab compared to synthetic disease-modifying anti-rheumatic drugs, 2003-2006. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(2):283-95.
12. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(4):778-92.
13. Melo DM, Barbosa AJG. Use of the Mini-Mental State Examination in research on the elderly in Brazil: a systematic review. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2015 [acesso em 20 nov. 2017];20(12):3865-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203865
14. Brucki SMD, Nitrin I R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.
15. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
16. Fried L, Tangen C, Walston J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):146-56.

17. Santos DV, Moreira MAA, Cervený C. Velhice: considerações sobre o envelhecimento: imagens no espelho. *Nova Perspect Sist.* 2014;23(48):80-94.
18. Campos ACV, Almeida MHM, Campos GV, Bogutchi TF. Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(3):545-59.
19. Santana FS, Nascimento DC, Freitas JPM, Miranda RF, Muniz LF, Santos Neto L, Mota LMH, et al. Avaliação da capacidade funcional em pacientes com artrite reumatoide: implicações para a recomendação de exercícios físicos. *Rev Bras Reumatol.* 2014;54(5):378-85.
20. Marques WV, Cruz VA, Rego J, Silva NA. Influência das comorbidades na capacidade funcional de pacientes com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2016;56(1):14-21.
21. World Health Organization. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012 [Internet]. Geneva: WHO; 2013? [acesso em 03 nov. 2014]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
22. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2017;51 Supl 1:1-4.
23. Gavasso WC, Beltrame V. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(3):399-409.
24. Callhoff J, Luque Ramos A, Zink A, Hoffmann F, Albrecht K. The Association of low income with functional status and disease burden in German patients with rheumatoid arthritis: results of a cross-sectional questionnaire survey based on claims data. *J Rheumatol.* 2017;44(6):766-72.
25. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FA. Pain measurement in the elderly: a review. *Rev Latinoam Enferm.* 2006;14(2):271-6.
26. World Health Organization. Chronic diseases and health promotion: Chronic rheumatic conditions [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [acesso em 05 jan. 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>
27. Parayba MI, Crespo CD. Diferenciais sociodemográficos na incapacidade funcional dos idosos no Brasil: uma análise das informações do censo demográfico [Internet]. In: 16º Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 29 de set. - 03 de out. 2008; Caxambu. Caxambu : ABEP; 2008 [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/1765/1725>
28. Tesch-Römer C, Hans-Werner Wahl. Toward a more comprehensive concept of successful aging: disability and care needs. *J Gerontol Ser B Psicol Sci Soc Sci.* 2017;72(2):310-8.

Recebido: 04/05/2018

Revisado: 11/08/2018

Aprovado: 17/08/2018