

CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS CADASTRADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RECIFE

Gleicy Karine Nascimento de Araújo (1); Rute Costa Régis de Sousa (1); Yanne Lira Sobel (2); Júlia Maria de Souza Cavalcante (3); Rafaella Queiroga Souto (4)

(Universidade Federal de Pernambuco. gleicy.kna@hotmail.com; rute_regis@hotmail.com; nanelira97@gmail.com; julia.mscavalcante@gmail.com; rafaellaqueiroga7@gmail.com)

- Introdução

A transição demográfica vem sendo evidenciada no Brasil, visto que, o número de idosos vem crescendo de forma acelerada nas últimas décadas¹. A realidade do envelhecer no país é verificada por um grande número de idosos incapacitados e fragilizados, ocasionando novos padrões de morbidade e mortalidade que refletem na utilização intermitente dos serviços de saúde, levando a cuidados por longos períodos e com alto custo¹.

A capacidade funcional pode ser definida como a habilidade em planejar e desempenhar as atividades da vida diária necessárias para uma vida independente e que permitem o autocuidado². Este fator vem sendo bastante relevante na avaliação do grau de saúde dos idosos na comunidade³.

A avaliação da capacidade funcional é uma tentativa de mensurar os níveis do desempenho do idoso na execução de atividades em distintas áreas; como nas interações sociais e nas atividades de lazer⁴. Essa avaliação é realizada com o objetivo da manutenção do estado de saúde e prevenção de doença, pretendendo a garantia da autonomia e independência pelo maior tempo possível¹.

A política nacional do idoso (PNI) que surgiu em 1994 e foi regulamentada em 1996, apresentou como objetivo assegurar os direitos dos idosos, possibilitando que durante a assistência de saúde ao idoso, a avaliação da autonomia seja uma das prioridades⁵. Posteriormente, ao surgir a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em 2006 esse objetivo foi ainda mais ampliado, haja vista que a política assume que o principal problema que pode afeta o idoso é a perda de sua capacidade funcional⁶.

A senescência não está impreterivelmente relacionada a doenças e a perda funcional, porém, a incidência das DCNTs está relacionada com a diminuição da funcionalidade⁷.

O Pacto pela Vida e a PNSPI determinam que assistência à saúde da população idosa deve ter como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde, sendo considerada uma prioridade no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disso, observa-se que o SUS investe em políticas públicas, objetivando a busca de um efetivo atendimento a pessoa idosa⁸.

A estratégia de saúde da família tem papel essencial ao propiciar a população idosa ações de promoção de saúde, detecção e intervenção precoce de doenças e reabilitação, atenuando os fatores de risco e prevenindo a perda da capacidade funcional. É importante elaborar ações que permitam o envolvimento da família nesse cuidado e assim fornecer apoio de modo mais eficiente⁴.

A diminuição da capacidade de realizar as atividades diárias está relacionada a predisposição de fragilidade, violência, institucionalização, que podem trazer consequências ao longo da vida, inclusive podendo acarretar a morte. A partir disso, a capacidade funcional é

identificada como um dos importantes marcadores de um envelhecimento saudável e ativo, visto que proporcionam diferentes impactos nas atividades diárias, podendo ocorrer a simultaneidade com potenciais doenças que variam em severidade¹. Entre os aspectos estudados na área da gerontologia, a perda da capacidade funcional recebe destaque, devido as consequências da dependência ao indivíduo e sua família⁸.

Por isso, estudos que discutem a capacidade funcional em idosos são imprescindíveis, principalmente para o entendimento de como as pessoas estão vivendo os anos adicionais ganhos com o aumento da longevidade; e, assim, subsidiar atividades e ações de saúde para que possam ser desenvolvidas em serviços de saúde¹⁰.

Diante desse contexto, o presente estudo objetivou caracterizar o perfil socioeconômico e estimar o nível da capacidade funcional.

- Metodologia

Tratou-se de um estudo quantitativo descritivo, do tipo transversal, realizado no município de Recife-PE no período de 2016 a 2017.

Participaram do estudo os idosos cadastrados na área de abrangência das três equipes da Unidade de Atenção Básica (UBS) Sítio Wanderley, localizada na micro-área III do Distrito de saúde IV do município de Recife, Pernambuco.

A amostra foi calculada com a fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, utilizando um nível de confiança de 95% e poder de erro de 5%. Baseado nesse cálculo, a amostra resultante foi constituída por 159 idosos.

Foram incluídas na pesquisa as pessoas com 60 anos ou mais cadastrados em uma UBS da microárea III do Distrito de Saúde IV de Recife, sendo excluídos aqueles que estavam em estágio terminal; portadores de graves déficits de audição ou de visão; idosos com déficit cognitivo grave. Este critério foi identificado pelo pesquisador por meio de observação ou informação proveniente dos seus responsáveis.

A coleta de dados ocorreu na residência dos idosos, após esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, orientação sobre o sigilo dos dados, disponibilidade em participar e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos idosos que concordaram participar da pesquisa.

Para a coleta de dados, foram utilizados os instrumentos: questionário socioeconômico do *Brazil Old Age Shedule* (BOAS); o índice de Katz para atividades básicas da vida diária (ABVDs); a escala de Lawton e Brody para atividades instrumentais da vida diária (AIVDs); questões adaptadas para as atividades avançadas da vida diária (AAVDs).

A caracterização sociodemográfica do grupo estudado foi feita a partir da aplicação do instrumento BOAS. Foram extraídas desse instrumento as questões referentes à idade, gênero, estado civil, grau de alfabetização, trabalho e renda.

Uma das escalas mais utilizadas para avaliar o desempenho nas atividades básicas da vida diária é a Escala de Katz. As AIVDs referem-se às atividades adaptativas do idoso ao seu meio

ambiente e necessitam de uma maior capacidade funcional para executá-las, pois são atividades mais complexas.

No que diz respeito às AAVDs, utilizou-se um conjunto de perguntas adaptadas, essas questões indagavam acerca da presença do idoso em ações educacionais, cívicas, religiosas e de lazer e apontavam como possibilidades de resposta três opções “nunca fez”, “parou de fazer” e “ainda faz”. Foram classificados como mais ativos aqueles que executavam quatro ou mais atividades, e, como menos ativos, os idosos que desenvolviam três ou menos atividades.

Os dados coletados foram tabulados e analisados no SPSS versão 21.0 e foram analisados por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo).

Este projeto é vinculado a uma pesquisa guarda-chuva intitulada “Impacto de intervenções multidimensionais em idosos cadastrados na atenção primária à saúde e seus cuidadores” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE sob nº de protocolo: 51557415.9.0000.5208, que atendeu a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sempre respeitando a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano envolvido, assegurando a confidencialidade e a privacidade dos indivíduos. Esta pesquisa não trouxe nenhum risco direto ou indireto à saúde do voluntário.

- Resultados e Discussão

Na amostra constituída por 159 participantes, observou-se que 53,5% (n=85) dos idosos apresentavam faixa etária entre 60-70, 76,7% (n=122) eram do sexo feminino, 66,0% (n=105) eram viúvos, divorciados, ou nunca casaram, 66,7% (n=106) sabiam ler e escrever, 79,2% (n=126) não trabalhavam e 71,1% (n=113) recebiam até 1 salário mínimo.

A independência nas ABVD foi predominante no grupo que apresentava a faixa etária de 60-70 anos (95,9%; n=73), nos indivíduos de sexo masculino (94,6%; n=35), casados ou em união estável (94,4%; n=51), alfabetizados (86,8%; n=92), que ainda trabalha (92,6%; n=25) e que apresentavam renda maior ou igual a 3 salários mínimos (100%; n=5). Destes fatores, apenas as variáveis de estado civil e nível de alfabetização apresentaram associação com o nível de independência em ABVD, sendo $p=0,017$ e $p=0,029$, respectivamente.

No que diz respeito a capacidade funcional nas AIVD, a maior prevalência de independência foram dos idosos com faixa etária de 60-70 anos (60,0%; n=51), casados ou em união estável (59,3%; n=32), alfabetizado (59,4%; n=63), que ainda trabalham (74,1%; n=20) e que apresentam renda maior ou igual a 3 salário mínimo (80%; n=4). Apenas as variáveis sexo e renda não apresentaram associação significativa.

Em relação as AAVD, os idosos que demonstraram ser mais ativos foram os que apresentaram entre 60-70 anos (64,7%; n=55), homens (59,5%; n=22), casados ou em união estável (64,8%; n=35), alfabetizados (59,4%; n=63), que trabalham (81,5; n=22) e que apresentam renda maior ou igual a 3 salários mínimos (80%; n=4). Sendo sexo e renda as únicas variáveis que não apresentaram associação significativa. A tabela 1, abaixo, apresenta os dados acima descritos.

Em relação ao gênero, em nosso estudo o predomínio foi do sexo feminino, corroborando com o achado de outros estudos em que 67,9% (n=91) eram mulheres⁴. Essa feminização pode ser

fundamentada pelo fato de ocorrer uma maior exposição dos homens a fatores como o tabagismo e alcoolismo que interferem no surgimento e/ou agravamento de doenças. Além disso, observa-se que há um maior rastreamento de câncer de mama, de colo de útero e outros cânceres que atingem a população feminina, aliado ao fato das mulheres apresentarem maior acesso aos serviços de saúde, o que refletiria em uma maior probabilidade de sobrevivência⁴.

No que diz respeito à capacidade funcional segundo o sexo, em nosso estudo a maioria dos homens foram classificados como independentes e mais ativos. Entre o sexo feminino prevaleceram pessoas com alguma dependência, apesar de não ter sido verificada diferença significativa sob o ponto de vista estatístico. No entanto, um determinado estudo demonstrou que houve significância para as ABVD segundo o gênero, no qual, 53,8% (n=361) dos idosos classificados como independentes eram homens². Esse achado corrobora com o encontrado na literatura em que o fato das mulheres serem mais longevas, não está diretamente relacionado com melhores condições de saúde e qualidade de vida¹¹.

No tocante às AIVD e AAVD segundo o sexo, em nosso estudo, as mulheres apresentaram maior dependência, com exceção da dependência total para as AIVD. No entanto, não houve diferença significativa, corroborando com o encontrado na literatura, sendo as mulheres mais prevalentes em todas as categorias das AIVD².

Ao analisar a faixa etária, os idosos mais jovens (entre 60 a 70 anos) foram a maioria, corroborando com os dados encontrados em uma pesquisa em que 44,40% (n=250) estavam na faixa etária de 60 e 70 anos¹². Essa faixa etária foi a que apresentou maior nível de independência em todas as classificações das atividades, havendo significância estatística entre a idade e AIVD e AAVD. Essa associação entre idade e capacidade funcional é confirmada ao observar os 250 idosos participantes de um estudo com faixa etária entre 60 e 70 anos, no qual, todos apresentaram nenhuma ou alterações leves da capacidade funcional¹². Este é um resultado relevante, pois permite a reflexão de que o idoso tem condições funcionais adequadas para manter-se de forma autônoma e independente, preservando a execução das atividades cotidianas.

Na classificação de dependência, a faixa etária de idosos muito idosos (≥ 80 anos) prevaleceu em quase todas as atividades, com exceção da variável de dependência parcial para as AIVD. Dois estudos verificaram que com o avanço da idade, aumentam as possibilidades de desenvolvimento de dificuldades de execução das atividades cotidianas, contribuindo para um decréscimo já provável da capacidade funcional^{4,13}.

Ao relacionar o fator de gênero com idade e dependência, observa-se que o sexo feminino é mais negativamente afetado dentre as possibilidades de envolvimento social devido à sua maior sobrevivência e o risco aumentado de dependência¹¹.

Em relação ao estado civil, o grupo de solteiro, viúvo ou separado predominou em nosso estudo. Este dado, difere de um estudo em que se verifica que a maioria dos idosos (53,1%; n=206) eram casados ou viviam em união estável¹². Resultado semelhante foi identificado em outro estudo¹³.

Ao analisar a variável estado civil em relação à capacidade funcional, o grupo de casados ou em união estável, apresentou maior independência em todas as categorias. Idosos sem companheiros apresentam maior probabilidade de declínio da capacidade funcional¹². A ausência de um companheiro pode refletir em impactos negativos na vida do idoso ao verificar a diminuição de

vínculos afetivos e da rede de apoio, podendo ocasionar consequências negativas para a capacidade funcional¹³.

Foi possível verificar que idosos alfabetizados predominam em nossa amostra, e ao associar alfabetização e capacidade funcional, observamos que essa classificação apresenta a realização de um maior número de atividades com independência e são mais ativos, resultado que corrobora com os dados apresentados em um estudo¹³. Esse achado permite a reflexão de a realização das atividades é influenciada não só pelas condições de saúde, como também de variáveis socioeconômicas e grau de instrução, visto que, permite ao idoso compreender melhor orientações quanto aos cuidados com a saúde¹².

No que diz respeito a variável ocupação, observou-se em nosso estudo que houve o predomínio entre os idosos que não trabalham. Ao avaliar a associação com capacidade funcional, percebe-se que os idosos que trabalham realizam as atividades de forma independente e são mais ativos, sendo essa associação estatisticamente significativa tanto para as AIVD como para as AAVD. A variável ocupação pode ser vista como protetora para a perda da capacidade funcional, pois o idoso ocupado tem menor probabilidade de apresentar dependência¹².

No tocante a variável renda, os idosos que recebiam até 1 salário mínimo foram maioria, corroborando com os achados em uma pesquisa². Não foi observada associação entre a renda e capacidade funcional. Dois estudos afirmam que a baixa condição socioeconômica acarreta repercussões negativas para o idoso como o retraimento do convívio social^{2,12}.

- Conclusões

O declínio da capacidade funcional foi mais evidente em idosos muito idosos, mulheres, solteiros, não alfabetizados, que não trabalhavam e com renda de até 1 salário. O decaimento funcional ocorreu de forma hierárquica das atividades, com a diminuição da execução das atividades mais complexas como as AAVD ocorrendo primeiro e, por conseguinte, exibindo uma maior prevalência. O presente estudo é representativo de uma microárea adscrita a atenção básica de saúde do município do Recife, e, por isto, não pode ser generalizado para toda a população do município, porém, a maior parte dos dados coincidem com o exposto pela literatura.

Os resultados expostos apontam a relevância da atuação da enfermagem como promotor da avaliação da capacidade funcional dos idosos, possibilitando que sua assistência possa ser elaborada levando em consideração os fatores que podem estar associados ao declínio da funcionalidade e limitações que interferem na qualidade de vida durante a senescência.

- Referências Bibliográficas

1. Carneiro DN, Vilela ABA, Meira SS. Avaliação do déficit cognitivo, mobilidade e atividades da vida diária entre idosos. Revista de APS. 2017; 19(2).
2. Pinto AH, Lange C, Pastore CA, de Llano PMP, Castro DP, dos Santos F. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(11), 3545-3555.
3. Poubel PB, da Costa Lemos EL, Araújo FC, Leite GG, da Silva Freitas I, de Assis Silva RM, Pires CAA. Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos atendidos em

uma unidade básica de saúde no norte do Brasil. *Journal of Health & Biological Sciences*. 2017; 5(1), 71-78.

4. Cardoso MDT, Lustosa SAS, de Souza APC, Santos AJOM. Avaliação da capacidade funcional de idosos na Unidade Básica de Saúde da Família São Geraldo, município de Volta Redonda, RJ. *Cadernos UniFOA*. 2016; 11(32), 91-98.

5. Brasil. Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Estabelece a Política Nacional do Idoso. Portal da Legislação: Leis Ordinárias. 2014.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2006 out 10; Seção 1:142.

7. da Costa RM, da Silva Paiva L, Alonso AC, Benetti FA. Avaliação do perfil de atividade de pacientes idosos frequentadores de centros de reabilitação. *Fisioterapia Brasil*. 2017; 18(2), 154-164.

8. de Carvalho Santos S, da Rocha Tonhom SF, Komatsu RS. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2017; 29, 118-127.

9. Moraes Berlezi E, Farias AM, Dallazen F, Oliveira KR, Pillatt AP, Korte Fortes C. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado?. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016; 19(4).

10. Lima PV, Valença TDC, dos Reis LA. Envelhecer com dependência funcional: construindo estratégias de. *Revista de Pesquisa em Saúde*. 2017; 17(2).

11. Moraes Berlezi E, Farias AM, Dallazen F, Oliveira KR, Pillatt AP, Korte Fortes C. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado?. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016; 19(4).

12. Carvalho Pereira L, do Livramento Fortes Figueiredo M, Feitosa Beleza CM, Leite Rangel Andrade EM, da Silva MJ, Machado Pereira AF. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2017; 70(1).

13. Nunes JD, Saes MDO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, Facchini LA. Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2017; 26(2), 295-304.