

IMPACTO DE FATORES SOCIOECONÔMICOS NA FUNCIONALIDADE DA PESSOA IDOSA  
PORTADORA DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

IMPACT OF SOCIOECONOMIC FACTORS IN THE FUNCTIONALITY OF ELDERLY  
INDIVIDUALS WITH CHRONIC CONDITIONS

IMPACTO DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN LA FUNCIONALIDAD DE LA  
PERSONA ANCIANA PORTADORA DE CONDICIONES CRÓNICAS

Andrielli Machado<sup>1</sup>

Maria Cristina Umpierrez Vieira<sup>2</sup>

Doi: 10.5902/2179769213703

**RESUMO: Objetivo:** identificar o impacto de fatores socioeconômicos na funcionalidade de idosos portadores de condições crônicas. **Método:** estudo quantitativo com 346 participantes. Foi avaliada a funcionalidade para Atividades Básicas e instrumentais da Vida Diária utilizando o índice de Katz e a escala de Lawton. Os dados socioeconômicos e de saúde foram analisados descritivamente, sua associação com a funcionalidade foi verificada utilizando os testes de Qui-quadrado e Exato de Fisher. **Resultados:** a dependência para Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária esteve associada com as variáveis sexo, renda, arranjo domiciliar e faixa etária. Escolaridade e bairro de moradia se associaram apenas com Atividades Instrumentais. A variável pluripatologia não foi significativa ao ser correlacionada com dependência funcional. **Conclusões:** os dados confirmam a necessidade de considerar os determinantes sociais da perda funcional ao programar ações de enfermagem, pois a medicalização desarticulada da promoção da saúde é insuficiente para gerenciar o processo de adoecer cronicamente.

**Descritores:** Idoso; Doença crônica; Avaliação geriátrica; Atividades cotidianas; Enfermagem.

**ABSTRACT: Aim:** to identify the impact of socioeconomic factors in the functionality of elderly individuals with chronic conditions. **Method:** quantitative research with 346 participants. Functionality for Basic and Instrumental Activities of Daily Living was evaluated using the Katz index and the Lawton scale. Socioeconomic and health data were analyzed descriptively, their association with the functionality was verified using the Chi-square and Fisher's exact tests. **Results:** dependence on Basic and Instrumental Activities of Daily Living was associated with variables of gender, income, living arrangement and age group. Education and housing neighborhood were associated only with Instrumental Activities. The variable multiple pathologies was not significant when correlated with functional dependence. **Conclusions:** the data confirm the need to consider the social determinants of the functional loss when planning nursing actions, since medicalization disconnected from health promotion is insufficient to manage the process of getting chronically sick.

**Descriptors:** Aged; Chronic disease; Geriatric Assessment; Activities of Daily Living; Nursing.

**RESUMEN: Objetivo:** identificar el impacto de factores socioeconómicos en la funcionalidad de ancianos con enfermedades crónicas. **Método:** estudio cuantitativo con 346 participantes. Se evaluó la funcionalidad para las actividades básicas y instrumentales de la vida diaria mediante el índice de Katz y la escala de Lawton. Datos socioeconómicos y de salud fueron analizados descriptivamente, su asociación con la funcionalidad se verificó mediante pruebas

<sup>1</sup> Graduanda de Enfermagem. Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO. Aluna de Iniciação Científica. E-mail: dricka\_12@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Docente Mestre do Setor de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem. Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO. E-mail: crisump@yahoo.com.br

*exactas de chi-cuadrado y Fisher. Resultados: la dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se asoció con el sexo, ingresos, arreglo de vivienda y edad. La educación y barrio estuvieron asociadas con la dependencia instrumental. La variable pluripatología no fue significativa al ser correlacionada con dependencia funcional. Conclusión: los datos confirman la necesidad de considerar los determinantes sociales de la dependencia al programa acciones de enfermería, pues la medicación desarticulada de la promoción de salud es insuficiente para gerenciar enfermedades crónicas.*

*Descriptor: Anciano; Enfermedad crónica; Evaluación geriátrica; Actividades cotidianas; Enfermería.*

## INTRODUÇÃO

A avaliação funcional como componente essencial na abordagem do idoso, no contexto da geriatria e gerontologia, consolidou-se como estratégia para descortinar problemas, muitas vezes, atribuídos ao processo natural de envelhecimento, e, portanto, subestimados. A capacidade funcional para atividades básicas de vida diária é definida como a habilidade física e mental que uma pessoa precisa para realizar tarefas necessárias para cuidar de si, sem necessitar de ajuda. A capacidade funcional para atividades instrumentais de vida diária é conceituada como a habilidade do idoso para administrar o ambiente em que vive, interagindo socialmente, de forma a preservar sua autonomia e independência na realização das atividades cotidianas.<sup>1</sup>

As Atividades da Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) são medidas utilizadas para avaliar a capacidade funcional do idoso. As AVDs constituem-se por quatro atividades e uma função: tomar banho, vestir-se, alimentar-se, usar o toalete e possuir continência urinária e intestinal.<sup>2</sup> As AIVDs são constituídas por atividades inerentes à vida social como usar o telefone, ir às compras, preparar a própria alimentação, arrumar a casa, lavar e passar roupa, tomar os medicamentos corretamente e cuidar das finanças sem ajuda.<sup>3</sup>

A portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006<sup>4</sup>, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, assinala que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Neste sentido, aponta que a meta primordial é promover o envelhecimento ativo, aderindo assim à proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>5</sup> de articular ações para a promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo, a fim de contribuir com a preservação da independência à medida que as pessoas envelhecem.

Embora a legislação brasileira,<sup>4</sup> relativa à saúde da pessoa idosa, esteja em consonância com os princípios preconizados internacionalmente de desenvolver políticas que asseguram “a obtenção da melhor qualidade de vida possível, pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível”<sup>5</sup> por meio de intervenções baseadas na comunidade, respeitando os contextos e as influências culturais e as questões éticas relacionadas à saúde e ao bem estar no envelhecimento<sup>5</sup>, a prática ainda não acompanha esses avanços.

O sistema de saúde não está preparado para atender às demandas decorrentes do aumento do número de pessoas idosas, pois o pilar que sustenta a atenção nesta faixa etária é a identificação de doenças, sem considerar a necessidade de preservar a independência e a autonomia, o que requer promover o funcionamento integrado e equilibrado da cognição, do humor, da mobilidade e da funcionalidade.<sup>6</sup>

O aumento do número de pessoas idosas é acompanhado do crescimento das taxas de condições crônicas. A OMS aponta que 60% dos custos decorrentes de doenças no mundo

são determinados por problemas crônicos. Estima-se que em 2020, nos países em desenvolvimento, esta taxa será de 80%.<sup>7</sup> Com o objetivo de controlar esta situação, prevenir agravos e promover a qualidade de vida de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), o Ministério da Saúde (MS) implementou o programa Hiperdia como estratégia de tratamento e acompanhamento.<sup>8</sup>

O Hiperdia é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento que visa à reorganização da atenção a pacientes com HAS e DM em todas as unidades de saúde do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e MS. Além do cadastro, este programa objetiva o acompanhamento integral do paciente, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, a definição do perfil epidemiológico dos portadores de HAS e DM e o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública que contribuam com a qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social da doença crônica.<sup>9</sup> É importante ressaltar que 80% das pessoas cadastradas no programa são idosos.<sup>1</sup>

A primeira condição para poder implementar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>4</sup> e do envelhecimento ativo<sup>5</sup> é reconhecer que a maior longevidade deve ser acompanhada de constantes oportunidades de saúde, participação e segurança. Conquistar esta meta requer identificar quais são as variáveis relacionadas à perda funcional a que estão expostos os idosos, sendo necessário que se construa uma base de dados nacional que permita o monitoramento destas. A proposta do MS é que sejam realizados grandes inquéritos de abrangência nacional, regional e local para avaliar os fatores de risco para dependência e o impacto provocado por Doenças Crônicas Não Transmissíveis.<sup>10</sup>

Essa proposta gerou a necessidade de investigar os fatores associados à funcionalidade de idosos portadores de condições crônicas, no município de Guarapuava, PR, visando contribuir com a identificação de variáveis relacionadas à perda da independência em pessoas com 60 ou mais anos. Estas informações poderão subsidiar ações de saúde específicas para a promoção e preservação da funcionalidade e incentivar os idosos a participar ativamente no seu ambiente cultural, contribuindo com sua família e sua comunidade.

No contexto onde este estudo foi desenvolvido, as ações do programa Hiperdia estavam principalmente centradas na distribuição de medicamentos. Ações conjuntas da equipe interdisciplinar junto à família, focadas na preservação e promoção da funcionalidade eram inexistentes ou não eram priorizadas. É importante ressaltar que a medicalização desarticulada de outras ações de saúde é insuficiente para promover o envelhecimento ativo, o qual tem como meta fundamental a manutenção da autonomia e independência.<sup>5</sup>

Assim, a questão norteadora deste estudo foi: quais são os fatores associados significativamente ao comprometimento funcional em idosos cadastrados no programa Hiperdia, no município de Guarapuava - PR.? O objetivo foi identificar o impacto de fatores socioeconômicos na funcionalidade de idosos portadores de condições crônicas.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, transversal, exploratório e descritivo. A coleta de dados foi realizada no município de Guarapuava, Paraná, Brasil, no período de junho de 2011 a julho de 2012. A população do estudo foi constituída por todos os idosos cadastrados no programa Hiperdia, que residiam nas áreas de abrangência de quatro unidades básicas de saúde.

Os endereços dos participantes foram obtidos através dos prontuários dos usuários. Os critérios de inclusão foram: ter acima de 60 anos e ser cadastrados no programa Hiperdia. Os critérios de exclusão foram: apresentar condições clínicas que impedissem a realização do levantamento de dados, como por exemplo, alteração do nível

de consciência e incapacidade de comunicação, a impossibilidade de encontrar o idoso em domicílio após realizar três visitas e mudança de bairro durante o estudo.

O projeto teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná (Parecer n°051/2011) e foi conduzido de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.<sup>11</sup> A coleta dos dados foi realizada no domicílio dos participantes. Utilizou-se um questionário semi-estruturado e pré-testado, em estudo piloto realizado com idosos que residiam fora da área de abrangência da investigação. Para determinar as características socioeconômicas e clínicas dos idosos, na entrevista foram identificadas as seguintes variáveis independentes: idade, sexo, raça, renda em salários mínimos, escolaridade em anos de estudo, arranjo domiciliar (se residia com acompanhante ou sozinho), local de residência (bairro) e condições crônicas concomitantes a HAS e/ou DM.

A variável dependente foi a capacidade funcional, para avaliá-la foram utilizados os critérios do índice de Katz<sup>2</sup> (AVDs): tomar banho, vestir-se, alimentar-se, usar o banheiro e continência urinária/intestinal e os critérios da Escala de Lawton<sup>3</sup> (AIVDs): utilizar o telefone, fazer o uso de transporte coletivo, realizar compras, preparo da própria alimentação, arrumar a casa, realizar trabalhos domésticos, lavar e passar roupas, tomar remédio em dose e horário certo e cuidar de suas finanças.

Neste estudo, ao analisar os resultados das escalas de Katz e de Lawton, foram utilizados os conceitos de dependência/independência para cada uma das atividades conforme preconizados pelos autores dos testes.<sup>2-3</sup> Foram consideradas somente as atividades que o idoso executava e não as que poderia ou deveria fazer, pois foi avaliado o real desempenho e não a habilidade, portanto quando o idoso recusava sistematicamente a executar uma atividade porque não queria fazê-la, mesmo tendo habilidade, foi considerado dependente. Os participantes foram classificados como independentes quando realizavam todas as atividades sem ajuda e dependentes quando necessitavam de auxílio para desenvolver uma ou mais atividades.<sup>1</sup>

Os dados coletados foram organizados em tabela Excel e analisados utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 para Windows. Os dados foram apresentados em valores absolutos e relativos (n e %). Para verificar as associações entre as variáveis socioeconômicas e clínicas, separadas por sexo, foram empregados os testes de Qui-quadrado ( $X^2$ ) e Exato de Fisher, quando necessário. A significância estatística adotada foi de  $p < 0,05$ . As variáveis associadas com valor de  $p$  menor que 20% foram inseridas no modelo de regressão logística binária. A partir do valor de *Odds Ratio* (OR) gerado, as variáveis que mesmo ajustadas exibiram significância foram destacadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 367 idosos cadastrados no programa Hiperdia, 4 foram a óbito durante o levantamento de dados, e 17 foram excluídos, pois não se adequavam aos critérios de inclusão, resultando em 346 idosos.

Entre os participantes do estudo 131 (37,8%) eram homens e 215 (62,2 %) eram mulheres. Os idosos foram classificados em três faixas etárias, sendo elas de 60-69 anos, 70-79 anos e 80 ou mais anos, com prevalência da faixa de 70 a 79 anos (36,4%). Os dados socioeconômicos identificados com predominância foram: idosos da cor branca (81,9%); renda de até um salário mínimo (64,5%); alfabetizados com 4 ou menos anos de estudo (73,7%); acompanhados na residência por familiar (filha/o, genro/nora ou cônjuge) (54,3%). Com relação à variável clínica, predominaram idosos portadores de somente uma patologia (60,5%), sendo que HAS apresentou maior prevalência (56,9%).

Ao analisar as características principais da população desta investigação, houve predominância de mulheres, o que reflete a realidade nacional.<sup>12</sup> Este predomínio pode estar relacionado à maior sobrevivência do sexo feminino, mesmo quando suporta uma carga de condições crônicas maior, quando comparada ao sexo masculino.<sup>13</sup>

A distribuição entre as faixas etárias encontradas neste estudo não reflete os dados do IBGE<sup>12</sup>, pois na população em geral há maior concentração de idosos com idade entre 60 e 69 anos. Esta diferença pode estar relacionada ao fato de que a população do estudo foi constituída por idosos portadores de condições crônicas, as quais apresentam maior prevalência à medida que avança a idade.<sup>12</sup>

A renda dos idosos era proveniente da aposentadoria, predominantemente, de até um salário mínimo. Considera-se que esta característica econômica pode estar associada a condições de vida árdua, a uma maior exposição a fatores de risco, a menor acesso à saúde e maior vulnerabilidade social, fatores que favorecem o comprometimento funcional.<sup>14</sup> A baixa escolaridade da população do estudo reflete a realidade de décadas passadas, quando a educação formal não era valorizada e é um importante preditor de perda da autonomia e dependência funcional.<sup>15,16</sup>

Com relação ao arranjo domiciliar dos idosos, verificou-se que a maioria coabitava com o cônjuge, filhos(as), genros e noras. Estes dados corroboram que os arranjos multigeracionais são mais que uma característica sociocultural, são uma forma de sobrevivência dos idosos, pois o fato de morar sozinho esteve associado à maior dependência para AVDs e AIVDs.<sup>17</sup> Esta situação merece atenção especial da enfermagem, já que idosos com maiores demandas de cuidados, não contavam com apoio familiar.

A prevalência de HAS neste estudo corresponde aos dados de estudos nacionais<sup>18,19</sup>, que demonstram sua associação com altas taxas de morbidade e mortalidade. Esta patologia, quando não controlada, acarreta graves complicações cardíacas e cerebrovasculares que contribuem com maior dependência funcional. Assim sendo, é necessário que a enfermagem atue na prevenção dos fatores de risco para HAS e promova a realização de atividade física, alimentação saudável e adesão ao tratamento.<sup>20,21</sup>

Ao analisar quais são os fatores preditores de perda funcional, se constatou que houve associação significativa das variáveis sexo feminino, renda até um salário mínimo, morar sozinho e faixa etária avançada com dependência para AIVDs e AVDs. As variáveis escolaridade e local de moradia (bairro) se associaram somente com dependência funcional para AIVDs, conforme a Tabela 1, onde as variáveis significativas estão em negrito. Para definir a significância estatística destes dados foram utilizados os testes  $X^2$  e Exato de Fischer:

**Tabela 1** - Funcionalidade para AVDs e AIVDs conforme variáveis socioeconômicas e clínicas. Guarapuava - PR. 2011/2012.

	AVD				P	AIVD				P
	Independente		Dependente			Independente		Dependente		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>Sexo</b>					<b>0,049</b>					<b>0,020</b>
Feminino	150	43,4%	65	18,8%		73	21,1%	142	41,0%	
Masculino	104	30,1%	27	7,7%		61	17,6%	70	20,3%	
<b>Raça</b>					<b>0,606</b>					<b>0,153</b>
Branco	205	59,2%	75	21,7%		104	30,1%	176	50,9%	
Negro	10	2,9%	06	1,7%		07	2,0%	09	2,6%	
Pardo	36	10,4%	11	3,2%		20	5,8%	27	7,8%	
Outros	03	0,9%	00	0,0%		03	0,8%	00	0,0%	
<b>Renda</b>					<b>0,037</b>					<b>0,041</b>
Até 1 salário	155	44,8%	68	19,7%		77	22,3%	146	42,2%	
Mais que 1 salário	99	28,6%	24	6,9%		57	16,5%	66	19,0%	
<b>Escolaridade</b>					<b>0,719</b>					<b>0,000</b>
Analfabeto	65	18,8%	26	7,5%		19	5,5%	72	20,8%	
Alfabetizado	189	54,6%	66	19,1%		115	33,2%	140	40,5%	
<b>Arranjo Domiciliar</b>					<b>0,038</b>					<b>0,018</b>
Acompanhado	147	42,5%	41	11,8%		84	24,3%	104	30,1%	
Sozinho	107	30,9%	51	14,8%		50	14,4%	108	31,2%	
<b>Faixa etária</b>					<b>0,000</b>					<b>0,000</b>
60-69	96	27,7%	14	4,0%		61	17,6%	49	14,2%	
70-79	91	26,3%	35	10,1%		43	12,4%	83	24,0%	
80 ou mais	67	19,4%	43	12,5%		30	8,7%	80	23,1%	
<b>Local</b>					<b>0,153</b>					<b>0,003</b>
Bairro 01	32	9,2%	13	3,8%		16	4,6%	29	8,4%	
Bairro 02	76	22,0%	21	6,1%		33	9,5%	64	18,5%	
Bairro 03	80	23,1%	40	11,6%		38	11,0%	82	23,7%	
Bairro 04	66	19,1%	18	5,1%		47	13,6%	37	10,7%	
<b>Patologias</b>					<b>0,466</b>					<b>0,900</b>
Até 1 Patologia	150	43,4%	59	17,1%		82	23,7%	127	36,7%	
Pluripatologia	104	30,1%	33	9,4%		52	15,0%	85	24,6%	

Ao analisar os determinantes associados com perda funcional em idosos portadores de HAS e/ou DM nota-se que estes são de natureza social, e se relacionam com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, com a escassez de informação e com o comprometimento da manutenção das condições funcionais e físicas ao envelhecer.<sup>22</sup>

As mulheres apresentaram maiores taxas de dependência tanto para AVDs como para AIVDs, este dado está relacionado à maior expectativa de vida do sexo feminino e a sua capacidade de suportar maior número de condições crônicas concomitantes, em relação aos homens da mesma idade.<sup>13</sup>

A maior taxa de dependência para AVDs e para AIVDs concentrou-se na faixa de renda de até um salário mínimo. Ser idoso e de baixa renda significou perda de capacidades básicas para o autocuidado e o convívio social. A baixa renda influencia a saúde pela falta de recursos para cuidar de si e porque a percepção da desigualdade social provoca frustração e estresse que acabam afetando a saúde.<sup>23</sup>

Os dados comprovam que a falta de suporte da família associa-se ao incremento das dificuldades para manter o domínio e o controle das AVDs e AIVDs, pois o fato de morar sozinho esteve associado a maior dependência. A família pode ser fonte de apoio para o autocuidado e promover a integração no contexto cultural. O isolamento social tem efeito negativo na funcionalidade e na qualidade de vida do idoso.<sup>24</sup>

Em todas as atividades pesquisadas, a dependência apresentou uma tendência de aumento ao avançar a idade. A idade é um importante preditor de comprometimento funcional, os idosos tendem a ser menos independentes em comparação aos adultos, existindo uma maior demanda de serviços de saúde associada a esta condição.<sup>16</sup>

Com relação à localização geográfica da moradia dos idosos participantes deste estudo, em dois bairros o entorno físico geral caracterizou-se por dificuldade de acesso ao transporte público, condições inadequadas dos locais onde transita a população, principalmente ausência de calçadas e ruas pavimentadas. Em áreas de invasão, não contavam com rede de eletricidade nem água encanada, havia presença de esgotos a céu aberto e falta de segurança pública. Morar nesses locais esteve associado a maior dependência para AIVDs.

Neste estudo não foram investigadas profundamente as características da infraestrutura comunitária de cada um dos bairros em que moravam os idosos participantes, o que não permite fazer comparações. Nas bases de dados nacionais e internacionais, não foram identificadas pesquisas que abordem o papel da infraestrutura comunitária na funcionalidade, o que sugere que este tema demanda maior investigação.

O analfabetismo também esteve relacionado com maior dependência para AIVDs, a associação negativa desta variável com funcionalidade foi amplamente demonstrada em diferentes estudos.<sup>13-17,22,24</sup> Esta variável tem implicações importantes para a saúde pública, visto que o reconhecimento e o tratamento da incapacidade funcional podem ser protelados, ao considerar que as dificuldades de interação social e de administrar a vida cotidiana, são naturais em pessoas analfabetas que envelhecem.

A Tabela 2 apresenta as variáveis associadas à dependência funcional (AVDs e AIVDs) após ajuste para as variáveis previsoras associadas ( $p < 0,20$ ) na análise preliminar. É destaque o efeito da idade ( $> 80$  anos) e do analfabetismo no aparecimento da dependência funcional. Pode-se observar que não houve efeito significativo da associação de mais de uma condição crônica (pluripatologia) na possibilidade de dependência funcional para AVDs e AIVDs. Nesta tabela as variáveis que não apresentaram significância ao ser ajustadas não foram inseridas no modelo Logístico.

**Tabela 2** - Variáveis inseridas em modelo de regressão logística binária (OR). Guarapuava-PR. 2011/2012.

	AVD				AIVD			
	OR	IC 95,0%		p	OR	IC 95,0%		p
60-69 anos	1,00				1,00			
70-79 anos	2,59	1,30	5,14	0,007	2,84	1,53	5,29	0,001
80 ou mais	4,15	2,10	8,24	0,000	4,53	2,15	9,58	0,000
Alfabetizado	**	**	**	**	1,00			
Analfabeto	**	**	**	**	2,61	1,44	4,77	0,002
Até 1 Condição Crônica	1,00				1,00			
Pluripatologia	1,03	0,64	1,67	0,884	0,779	0,46	1,30	0,344

\*\* Variáveis excluídas no modelo logístico

O teste OR revelou que a pluripatologia não interferiu diretamente na funcionalidade da pessoa idosa portadora de HAS e/ou DM.

Ao inserir os dados no modelo logístico (OR), houve relação direta entre dependência funcional e faixas etárias avançadas: enquanto os idosos de 60 a 69 anos apresentavam uma chance de apresentar dependência para AVDs e AIVDs, a razão de chances entre os que tinham mais de 80 anos foi de 4,15 e 4,53, respectivamente. Ao analisar os fatores associados à perda de autonomia, constatou-se que idosos maiores de 85 anos apresentavam pior capacidade funcional, dado que vem ao encontro de achados em outros estudos.<sup>13,15-17,22,24</sup>

Com relação à escolaridade, enquanto os alfabetizados apresentavam uma chance de dependência para AIVDs, os analfabetos tinham 2,61 chances de serem dependentes. A escolarização permite que o idoso desenvolva habilidades que facilitam a solução de problemas de saúde e contribuem para evitá-los ou protelá-los.<sup>25</sup>

Reconhecer a importância dos determinantes sociais do processo de adoecer cronicamente é fundamental para fortalecer os modelos inovadores de atenção e de educação em saúde, pois o modelo tradicional informativo e prescritivo costuma ignorar este aspecto. É necessário considerar a realidade social e as necessidades enfrentadas pela população idosa na tomada de decisão em saúde, já que promover a autonomia funcional do idoso requer estratégias que favoreçam escolhas responsáveis em seu modo de viver. Isto tem implicações práticas no cotidiano do serviço de saúde, que deve resgatar a dimensão social do usuário e estabelecer novos modos de relação entre profissionais e idosos.<sup>26</sup>

## CONCLUSÕES

Os fatores associados à perda da capacidade funcional da população idosa residente em Guarapuava/PR foram socioeconômicos, sendo eles: sexo feminino, possuir renda de até um salário mínimo, ser analfabeto, morar sozinho e em bairros sem infraestrutura adequada. Esta realidade merece atenção especial da enfermagem, pois idosos com maiores demandas de cuidados não tinham recursos financeiros suficientes para atender suas necessidades e não contavam com apoio familiar e remete à necessidade de ações de cuidado interdisciplinar que busquem estruturar redes de apoio ao idoso, articulando recursos da família, da comunidade e do sistema de saúde.

Ser portador de uma ou mais condições crônicas concomitantes não apresentou associação com dependência para AVDs e AIVDs na população pesquisada. O viés que pode ter influenciado esse resultado é que todos os participantes do estudo eram portadores de ao menos uma condição crônica.



Os resultados do estudo mostraram que idosos analfabetos e os que não tinham acessibilidade a bens básicos e segurança no ambiente comunitário apresentaram maior dependência para AIVDs. Este tema exige novas pesquisas para examinar a associação entre funcionalidade e aspectos do contexto ambiental urbano, a fim de oferecer subsídios que permitam formular políticas públicas que garantam a qualidade de vida nas cidades.

Ao identificar variáveis associadas à perda funcional em idosos, este estudo contribuiu para a construção do conhecimento, pois possibilitou identificar grupos de alto risco, forneceu informações que permitem gerar hipóteses para investigações futuras e ofereceu subsídios para a construção de indicadores de incapacidade funcional que podem dar suporte ao planejamento e implantação de ações de saúde visando à prevenção da dependência.

As principais limitações deste estudo referem-se ao seu delineamento e a aspectos de sua metodologia, por ser transversal, limitou-se apenas a determinar a associação entre as variáveis, sem estabelecer relação de causalidade. Considerando a metodologia, os idosos foram classificados em apenas dois grupos, dependentes ou independentes para AVDs e/ou AIVDs. Com isso, deixaram de ser analisados os diferentes graus dessa dependência e sua associação com as variáveis independentes. Adicionalmente, a auto-avaliação da capacidade funcional pode ter sofrido variações subjetivas, o que poderia ter sido amenizado se houvesse sido considerada a participação de informante próximo ao idoso, com a finalidade de corroborar os dados obtidos.

Diante do exposto, espera-se que o presente estudo contribua para que profissionais de enfermagem possam refletir sobre a importância de estreitar o vínculo com a comunidade para conhecer as especificidades locais e desenvolver ações de cuidado visando a preservação da funcionalidade, considerando as mudanças decorrentes do processo de envelhecer e adoecer cronicamente como também as limitações impostas pelo ambiente. Promover mudanças que contribuam com a saúde do idoso nesse contexto, requer a participação ampla da sociedade e das instituições governamentais.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.192 p.
2. 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(12):914-9.
3. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2005.
6. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.



8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. (Pacto pela saúde).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Hiperdia. Portal da saúde. Brasília (DF); 2010 [2014 abr 12]. Disponível em: [www.datasus.saude.gov.br](http://www.datasus.saude.gov.br).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro: situação e desafios atuais. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. 79 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução CNS nº196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF) Ministério da Saúde; 2011.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Brasil; 2010.
13. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):468-78.
14. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):733-40.
15. Pereira EEB, Souza ABF, Carneiro SR, Sarges ESNF. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014 mar;17(1):165-76.
16. Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola FAI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2014 mar;30(3):599-610.
17. Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset L, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 fev;47(1):137-44.
18. Brandão AA., Magalhães MEC, Ávila A, Tavares A, Machado CA, Campana EMG, et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *J Bras Nefrol*. 2010;32 Supl 1:1-4.
19. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. *Arq Bras Cardiol*. 2008 jul;91(1):31-5.
20. Liberman A. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. *Rev Bras Hipertens*. 2007;14(1):17-20.
21. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova óptica para um velho problema. *Texto & Contexto Enferm*. 2007 abr-jun;16(2):233-8.
22. Pinto JM, Neri AL. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: estudo fibra. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 dez;18(12):3449-60.
23. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007 abr;17(1):77-93.



24. Drummond A, Alves ED. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013 dez;16(4):727-38.
25. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(1):40-8.
26. Dias GAR, Lopes MMB. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. *Rev Enferm UFSM [Internet].* 2013 [acesso 2014 dez 16];3(3):449-60. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/7846/pdf>.

Data de recebimento: 02/05/2014

Data de aceite: 12/01/2015

Contato do autor responsável: Andrielli Machado

Endereço postal: Rua Irmã Milla Marcondes, 671 - Primavera. Guarapuava, PR, Brasil. CEP 85050-260. E-mail: dricka\_12@yahoo.com.br