

Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010*

doi: 10.5123/S1679-49742012000300005

Prevalence of functional disability and associated factors among institutionalized elders in the Municipality of Cuiabá, State of Mato Grosso, Brazil, 2009-2010

Paulo Henrique de Oliveira

Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil
Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, Cuiabá-MT, Brasil

Inês Echenique Mattos

Departamento de Epidemiologia, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Resumo

Objetivo: avaliar a prevalência de incapacidade funcional e fatores associados em idosos institucionalizados. **Métodos:** estudo seccional com 154 idosos (≥ 60 anos) em instituições de longa permanência no município de Cuiabá-MT, Brasil, de novembro/2009 a janeiro/2010; prevalências de dependência em Atividades Básicas da Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) foram estimadas pelas escalas de Katz e Lawton, e razões de prevalência por estratos de variáveis independentes; utilizou-se a regressão de Poisson para ajustamento. **Resultados:** a prevalência de dependência para AVD foi de 44,0%; indivíduos sem contato familiar e que referiram saúde regular/ruim apresentaram probabilidade duas vezes maior de dependência para AVD; a prevalência de dependência para AIVD foi de 88,7%, associada positivamente ao sexo feminino, ausência de contato familiar e déficit cognitivo. **Conclusão:** a prevalência de dependência para AVD nos idosos institucionalizados foi 6,4 vezes maior do que a observada em idosos da comunidade, e a dependência em AIVD 3,0 vezes maior, embora os fatores de risco associados aos dois tipos de dependência sejam similares nos dois grupos.

Palavras-chave: : Idoso; Saúde do Idoso; Saúde do Idoso Institucionalizado; Estudos Transversais.

Abstract

Objective: to evaluate the prevalence of disability and associated factors in institutionalized elders. **Methods:** cross-sectional study with 154 elders (≥ 60 years) in long term care institutions in the municipality of Cuiabá-MT, Brazil, since November 2009 to January 2010; prevalences of dependency in Basic Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) were estimated by Katz and Lawton scales, and prevalence ratios by strata of independent variables; Poisson regression was used for adjustment. **Results:** prevalence of dependence in ADL was 44.0%; individuals without family contact and reporting regular/bad health were twice as likely to have ADL dependency; prevalence of dependence in IADL was 88.7%, associated with female sex, absence of family contact and cognitive impairment. **Conclusion:** the prevalence of dependency in ADL in institutionalized elders was 6.4 times higher than observed in those living in the community, and IADL dependence was 3.0 times higher, although risk factors associated are similar in both groups.

Key words: Aged; Health of the Elderly; Health of the Institutionalized Elderly; Cross-Sectional Studies.

* Este artigo apresenta parte dos resultados da Dissertação de Mestrado do primeiro autor, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, em junho de 2010.

Endereço para correspondência:

Avenida Senador Filinto Muller, 1905, Edifício Viaréggio, Apto 1104, Quilombo, Cuiabá-MT, Brasil. CEP: 78043-409
E-mail: phenriqueoliveira@hotmail.com

Introdução

O envelhecimento populacional no Brasil foi influenciado, entre outros fatores, pela rápida queda da fecundidade e redução da mortalidade, relacionado a fatores biológicos, econômicos, ambientais, científicos e culturais.¹

Em consequência do envelhecimento, cresce a importância das doenças crônicas, que requerem cuidados continuados e custosos e necessitam de um planejamento a curto, médio e longo prazos. Na área da Saúde Pública, é preciso reduzir o impacto dessas doenças para a população geral, especialmente os idosos, com vistas a prevenir a dependência e melhorar a qualidade de vida. Para isso, devem ser propostas medidas de intervenção dirigidas à prevenção e à redução de complicações que possam levar a perda da funcionalidade.² Assim, a construção de políticas públicas adequadas de atenção à saúde para esse grupo populacional emerge como um dos principais desafios deste século.³

A condição funcional de um indivíduo refere-se à capacidade que ele tem para desempenhar atividades habituais de sua vida diária.⁴ A avaliação funcional possibilita verificar em que nível as doenças ou agravos que o idoso apresenta impedem-no da realização dessas atividades, levando-o à incapacidade de cuidar de si mesmo.⁵

Entre os instrumentos utilizados para essa avaliação, encontram-se aqueles que medem as habilidades funcionais e incluem as Atividades Básicas da Vida Diária (AVD), constituídas por comportamentos básicos e habituais de autocuidado, e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), que englobam tarefas mais complexas e relacionadas à autonomia e participação social.⁴

O idoso considerado saudável é aquele com capacidade de gerir sua vida e escolher suas atividades de lazer, trabalho e convívio social.⁶ A dependência física e fatores como dificuldades socioeconômicas e comprometimento da saúde do cuidador da família, predispõem para a institucionalização do idoso sob a ótica do familiar.⁷

Diante desse contexto, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), destinadas a prestar assistência à população idosa, tornam-se cada vez mais importantes e necessárias. Segundo estimativas do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea)

e da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2006, a população idosa na região Centro-Oeste era de 858.991, dos quais 5.529 residiam em 249 ILPI.⁸

É de grande relevância a caracterização e definição da magnitude das incapacidades funcionais dessa população, uma vez que se trata de um indicador do estado de saúde,⁶ cujo declínio está associado à mortalidade no grupo etário.⁹

No Brasil, pouco se conhece sobre a prevalência de incapacidade funcional entre os idosos institucionalizados. Na cidade de Passo Fundo-RS, Guedes e Silveira¹⁰ demonstraram que 40,4% dos idosos institucionalizados necessitavam de auxílio para a maioria das atividades básicas da vida diária e a atividade de banho (67,9%) era a de maior prevalência de dependentes, associada ao sexo feminino, faixa etária de 75 a 79 anos, analfabetismo e comprometimento mental.

A avaliação funcional possibilita verificar em que nível as doenças ou agravos que o idoso apresenta impedem-no da realização das atividades da vida diária, levando-o à incapacidade de cuidar de si mesmo.

Este estudo teve por objetivo estimar a prevalência de incapacidade funcional, mediante análise das atividades básicas e instrumentais da vida diária, e identificar fatores associados em idosos institucionalizados no município de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil, entre novembro de 2009 e janeiro de 2010.

Métodos

Trata-se de estudo transversal, realizado entre novembro de 2009 e janeiro de 2010, com 154 indivíduos de 60 e mais anos de idade, residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no município de Cuiabá-MT.

Por ocasião do estudo, existiam na cidade quatro ILPI, onde viviam 174 indivíduos elegíveis para o estudo.¹¹ Entretanto, uma das instituições, na qual residiam 20 idosos, não permitiu a realização desta pesquisa, que se limitou às três demais instituições. Foram excluídos os idosos que, na data da entrevista, residiam nessas instituições há menos de 30 dias.

Um questionário estruturado foi desenhado especificamente para o estudo, com base em instrumentos usualmente utilizados para a avaliação de idosos na prática clínica. Os dados foram obtidos mediante entrevista com os idosos, complementada por informações de prontuários e da equipe técnica e administrativa das instituições. Os idosos foram abordados nas instituições, individualmente, e após ser-lhes explicado o projeto do estudo, aqueles que concordaram em participar foram entrevistados.

A avaliação da capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária (AVD) foi realizada com base na escala de Katz,⁵ que avalia o nível de autonomia dos idosos no desempenho de seis atividades cotidianas: vestir-se; banhar-se; ir ao banheiro; sentar-se, deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira; continência; e alimentar-se. O escore varia entre 0 e 6 pontos, sendo 1 ponto atribuído a cada resposta 'Sim'. Com base na escala de Katz, os idosos foram classificados como independentes (6 a 5 pontos), dependentes parciais (4 a 3 pontos) ou dependentes totais (menos de 3 pontos).

A mensuração da capacidade funcional das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) foi operacionalizada com base em uma adaptação da escala de Lawton.¹² Essa adaptação foi necessária porque os idosos institucionalizados não realizam algumas das atividades avaliadas por essa escala, de tal forma que foram avaliados apenas quatro itens: usar telefone; ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte; fazer compras; e cuidar do dinheiro. Para fins de classificação dos indivíduos, manteve-se a pontuação obtida nesses itens, seguindo a mesma proporcionalidade da escala original, conforme foi utilizada em outro estudo.¹³ Classificaram-se como indivíduos independentes os que obtiveram escores entre 12 e 9 pontos, como indivíduos com capacidade apoiada na assistência aqueles com escores entre 8 e 5 pontos, e como dependentes os que obtiveram escores menores.

As variáveis independentes estudadas foram: sexo; idade (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; e 80 e mais anos); estado conjugal (casado; com companheira; solteiro; divorciado; ou viúvo); escolaridade (analfabeto; qualquer nível de escolaridade); contato com familiares (Sim; Não); amigos dentro da instituição (Sim; Não); amigos fora da instituição (Sim; Não); religião (Sim; Não); saúde autorreferida (com base na pergunta 'Como avalia sua saúde?', agrupada em 'Muito boa/

boa' e 'Regular/ruim/muito ruim'); presença de morbidades (Sim; Não); número de comorbidades (0 a 2; 3 ou mais); uso de medicamentos (0 a 2; 3 ou mais); tempo de institucionalização (até 5 anos; 5 anos ou mais); e presença de déficit cognitivo (Sim; Não).

A presença de déficit cognitivo foi aferida com o Mini Exame do Estado Mental (MEEM).¹⁴ Considerou-se que o indivíduo apresentava déficit cognitivo quando seu escore no MEEM era igual ou menor que o valor correspondente ao percentil 25 da distribuição de escores do teste na população de estudo, conforme metodologia proposta por Laks e colaboradores.¹⁵

A análise descritiva da população de estudo foi realizada a partir das distribuições de frequência para as variáveis categóricas, bem como de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas. Com o propósito de avaliar possíveis diferenças entre os sexos nas proporções de dependência para as AVD e para as AIVD, foi utilizado o teste do qui-quadrado, considerando-se um nível de significância de 5%.

Foram estimadas as prevalências de dependência para as AVD e para as AIVD segundo as variáveis do estudo, e respectivas razões de prevalências (com intervalo de confiança de 95%), para análise dos fatores associados. A regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para ajustamento das variáveis associadas aos desfechos.

Os Programas SPSS 17.0 e Stata 10 foram utilizados para realizar as análises estatísticas.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP nº 184/09 CAAE: 0196.0.031.000-09. Os participantes do estudo assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram do estudo 154 idosos, cuja média de idade era de 77,1 (\pm 9,2) anos e a mediana, de 77 anos. O tempo médio de institucionalização correspondeu a 4,2 (\pm 6,5) anos, com mediana de 1,9 anos.

Observa-se, na Tabela 1, que 61,0% dos indivíduos participantes eram do sexo masculino, a maioria de idade superior a 70 anos, predominantemente solteiros e com nível de escolaridade inferior à 4ª série do Ensino Fundamental. Embora um grande número de idosos apresentasse tempo de institucionalização inferior a 5 anos, verificou-se que 15,6% já se encontravam

Tabela 1 - Distribuição de características sociodemográficas e clínicas, de apoio social e tempo de institucionalização na amostra de idosos institucionalizados no município de Cuiabá, estado de Mato Grosso. Brasil, novembro de 2009 a janeiro de 2010

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	60	39,0
Masculino	94	61,0
Faixa etária (em anos)^a		
60-69	41	27,2
70-79	57	37,7
80 e mais	53	35,1
Estado conjugal^a		
Casado (a) ou tem companheiro (a)	17	15,6
Solteiro (a)	46	42,2
Divorciado (a)	18	16,5
Viúvo (a)	28	25,7
Escolaridade^a		
Nunca foi à escola	30	28,6
Estudou de 1ª a 3ª série	40	38,1
Estudou até 4ª série	22	21,0
Estudou além da 4ª série	13	12,4
Contato com familiares		
Não	46	43,0
Sim	61	57,0
Tempo de institucionalização (em anos)		
<5	104	67,5
5-10	26	16,9
>10	24	15,6
Presença de morbidades		
Sim	86	55,8
Déficit cognitivo		
Sim	24	23,5
Hipertensão arterial		
Sim	17	16,8
Diabetes mellitus		
Sim	16	15,8
Problemas articulares		
Sim	32	30,8
Problemas oculares		
Sim	36	35,3
Acidente vascular cerebral – AVC		
Sim	23	22,5
Quedas no último ano		
Sim	29	28,7
Doença cardíaca		
Sim	9	8,9
Doença pulmonar obstrutiva crônica		
Sim	8	7,9
Uso de medicamentos^a		
Até dois	98	63,6
Mais de dois	56	36,4

a) Variáveis com valores faltantes

institucionalizados há mais de 10 anos. A maior parte dos idosos relatou manter contato com os familiares. Quanto às características clínicas, a presença de morbidades foi referida por 55,8% deles e o uso de mais de dois medicamentos ao dia, por 36,4%. Entre as principais morbidades referidas, encontravam-se os problemas oculares e articulares, com prevalência acima de 30,0%. A ocorrência de quedas nos 12 meses anteriores à entrevista foi referida por 28,7% dos indivíduos entrevistados. A prevalência de hipertensão arterial autorreferida foi de 16,8% e a de Diabetes *mellitus* correspondeu a 15,8%, enquanto 22,5% referiram acidente vascular cerebral – AVC.

Entre os 102 idosos avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental – MEEM –, a presença de déficit cognitivo foi detectada em 23,5%, que apresentaram um valor de escore abaixo do percentil 25 da distribuição de escores nos idosos estudados.

As prevalências de dependência total e parcial nas atividades básicas da vida diária (AVD) corresponderam a 31,2 e 13,0%, respectivamente. Na Tabela 2, pode-se observar que a maior parte dos idosos conseguia desempenhar essas atividades sem ajuda: as atividades ‘Vestir-se’ e ‘Banhar-se’ apresentam maior dificuldade de execução. Em relação às atividades instrumentais da vida diária (AIVD), a prevalência de dependência total foi de 53,2% e a de dependência parcial, de 30,5%. ‘Usar telefone’ foi a atividade instrumental com maior prevalência de dependência, seguida de ‘Fazer compras’ (Tabela 2).

As médias de idade dos idosos que apresentavam tanto dependência para AVD quanto para AIVD foram mais elevadas quando comparadas às dos independentes, sendo essa diferença estatisticamente significativa. Não houve significância estatística quanto ao tempo de internação entre os idosos dependentes e os independentes, tanto para AVD quanto para AIVD. A prevalência de dependência (parcial ou total) em AVD foi de 44,0% e em AIVD, correspondeu a 88,7%. A prevalência de dependência em AVD e AIVD e as razões de prevalência segundo as variáveis independentes consideradas na análise encontram-se na Tabela 3. Observa-se que entre as variáveis independentes analisadas, somente a saúde autorreferida como regular, ruim ou muito ruim apresentou associação positiva e estatisticamente significativa, com dependência em AVD (RP 1,63; IC_{95%}: 1,04-2,55). Ao avaliar as relações entre as mesmas variáveis e a dependência em AIVD, verificou-se que as mulheres tinham probabilidade maior de serem dependentes para as AIVD, comparativamente aos homens (RP 1,24; IC_{95%}: 1,08-1,41). Da mesma forma, a ausência de contato familiar esteve associada a maior probabilidade de dependência em AIVD (RP 1,26; IC_{95%}: 1,03-1,55); e idosos com déficit cognitivo apresentaram probabilidade de maior prevalência de dependência em AIVD, em relação aos que não apresentaram essa condição (RP 1,48; IC_{95%}: 1,23-1,64).

Na Tabela 4, encontram-se as razões de prevalência ajustadas de dependência para as AVD, para

Tabela 2 - Distribuição da independência e da dependência para as Atividades Básicas da Vida Diária (AVD) e para as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) na amostra de idosos institucionalizados no município de Cuiabá, estado de Mato Grosso. Brasil, novembro de 2009 a janeiro de 2010

Atividade	Idosos dependentes	
	n	%
AVD		
Banhar-se	63	40,9
Vestir-se	66	42,9
Ir ao banheiro	58	37,7
Transferência	41	26,6
Continência	47	30,5
Alimentar-se	9	5,8
AIVD		
Usar telefone	135	87,7
Usar transporte	128	83,1
Fazer compras	133	86,3
Cuidar das finanças	128	83,1

Tabela 3 - Prevalências e Razões de Prevalência brutas de dependência para as Atividades Básicas da Vida Diária (AVD) e para as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), segundo variáveis independentes, na amostra de idosos institucionalizados no município de Cuiabá, estado de Mato Grosso. Brasil, novembro de 2009 a janeiro de 2010

Variáveis	Prevalência de dependência	RP ^a bruta	IC _{95%} ^b
AVD			
Sexo			
Masculino	41,5	1	
Feminino	48,3	1,16	0,82-1,66
Faixa etária (em anos)			
60-79	40,8	1	
80 e mais	49,1	1,20	0,84-1,73
Estado conjugal			
Solteiro	32,6	1	
Casado/companheiro/divorciado/viúvo	46,0	1,41	0,86-2,31
Escolaridade			
Qualquer nível de escolaridade	38,7	1	
Analfabeto (a)	40,0	1,03	0,61-1,74
Contato com familiares			
Sim	34,4	1	
Não	52,2	1,52	0,97-2,36
Saúde autorreferida			
Muito boa/boa	32,8	1	
Regular/ruim/muito ruim	53,5	1,63	1,04-2,55
Presença de morbidades			
Não	22,2	1	
Sim	45,3	2,04	0,83-4,99
Déficit cognitivo			
Não	35,9	1	
Sim	45,8	1,28	0,58-2,16
Tempo de institucionalização (em anos)			
Até 5	46,2	1	
Mais de 5	40,0	0,87	0,58-1,29
AIVD			
Sexo			
Masculino	76,6	1	
Feminino	95,0	1,24	1,08-1,41
Faixa etária (em anos)			
60-79	79,6	1	
80 e mais	90,6	1,14	0,99-1,23
Estado conjugal			
Solteiro	76,1	1	
Casado/companheiro/divorciado/viúvo	77,8	1,02	0,83-1,26
Escolaridade			
Qualquer nível de escolaridade	73,3	1	
Analfabeto (a)	83,3	1,14	0,92-1,40
Contato com familiares			
Sim	68,9	1	
Não	87,0	1,26	1,03-1,55
Saúde autorreferida			
Muito boa/boa	81,3	1	
Regular/ruim/muito ruim	69,8	0,89	0,70-1,14
Presença de morbidades			
Não	83,3	1	
Sim	74,4	0,89	0,70-1,14
Déficit cognitivo			
Não	70,5	1	
Sim	100	1,48	1,23-1,64
Tempo de institucionalização (em anos)			
Até 5	89,4	1	
Mais de 5	76,8	0,86	0,72-1,02

a) RP: Razão de Prevalências

b) IC: Intervalo de confiança

variáveis selecionadas do estudo. Após o ajuste, ser do sexo feminino, não ter contato com os familiares e autorreferir saúde regular/ruim/muito ruim mantiveram associações estatisticamente significativas com

o desfecho. Em relação à dependência para as AIVD, permaneceram significantes as seguintes variáveis: sexo feminino; ausência de contato com os familiares; e presença de déficit cognitivo (Tabela 5).

Tabela 4 - Razões de prevalência ajustadas a de dependência para as Atividades Básicas da Vida Diária (AVD) na amostra de idosos institucionalizados no município de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil, novembro de 2009 a janeiro de 2010

Variável	Razões de prevalências ajustadas	IC _{95%} ^b
Sexo feminino	1,63	1,06-2,53
Sem contato com familiares	1,22	1,03-2,41
Saúde autorreferida, regular/ruim/muito ruim	1,75	1,12-2,70
Faixa etária 80 anos e mais	1,20	0,87-1,94

a) Ajustadas por todas as variáveis no modelo

b) IC: Intervalo de confiança

Tabela 5 - Razões de prevalência ajustadas a de dependência para as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) na amostra de idosos institucionalizados no município de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil, novembro de 2009 a janeiro de 2010

Variável	Razões de prevalências ajustadas	IC _{95%} ^b
Sexo feminino	1,45	1,10-1,71
Sem contato com familiares	1,42	1,12-1,96
Presença de déficit cognitivo	1,54	1,24-1,92
Faixa etária 80 anos e mais	1,12	0,93-1,45

a) Ajustadas por todas as variáveis no modelo

b) IC: Intervalo de confiança

Discussão

Vários instrumentos têm sido utilizados para avaliação da capacidade funcional em idosos e, em algumas situações, têm sido adotados diferentes pontos de corte para um mesmo instrumento. Além disso, existe falta de padronização na classificação da dependência. Essas questões acarretam dificuldades para a comparação dos resultados de diferentes estudos.

Com o objetivo de avaliar a funcionalidade dos idosos de Cuiabá-MT, optou-se por utilizar a escala de Katz, sendo considerado o valor correspondente à soma dos escores em cada atividade. A prevalência estimada de dependência parcial foi de 13,0%; e de dependência total, 31,0%.

Aires e colaboradores¹³ encontraram prevalência de 40,0% de dependência funcional em idosos institucionalizados de Passo Fundo-RS, resultado próximo ao do

presente estudo. Converso e Iartelli,¹⁶ em investigação realizada em três ILPI de Taubaté-SP, utilizaram para avaliação a escala de Barthel e verificaram que 75,6% dos idosos institucionalizados eram funcionalmente independentes. Vale destacar que, além de utilizarem um instrumento diferente, os autores relataram que a institucionalização de muitos desses idosos deveu-se à presença de déficit cognitivo.

Entre os idosos de Cuiabá-MT, as atividades de autocuidado com maior proporção de dependência foram, respectivamente, vestir-se (42,9%) e banhar-se (40,9%). No estudo de Guedes e Silveira¹⁰ sobre uma ILPI de Passo Fundo-RS, foi verificada maior prevalência de dependência na atividade 'Banhar-se', com percentual bem mais alto do que o observado em Cuiabá-MT. Entretanto, embora a atividade avaliada seja a mesma, a escala utilizada para medir a capacidade funcional nesse estudo foi a escala de Barthel.

Lima-Costa e colaboradores¹⁷ compararam dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) dos anos de 1998, 2003 e 2008 e verificaram que a prevalência da incapacidade funcional permaneceu estável em todas as macrorregiões do país e em todas as faixas etárias idosas, com valores de 6,5, 6,4 e 6,9%, respectivamente para os três períodos supracitados. No ano de 2008, a maior prevalência foi observada na região Nordeste (7,9%) e a menor na região Norte (6,0%). Em outra investigação, realizada em Goiânia-GO,¹⁸ com idosos de ambos os sexos, também vivendo na comunidade, utilizando a escala de Barthel, a prevalência de dependência para banhar-se foi de 15,0%, e para vestir-se, de 7,5%, valores bem abaixo dos observados entre os idosos institucionalizados. No estudo de Del Duca e colaboradores,¹⁹ em Pelotas-RS, também com idosos da comunidade, desta vez utilizando a escala de Katz, foi observada maior prevalência de dependência (21,3%) para o controle das funções de urinar e/ou evacuar, seguida do ato de vestir-se (9,9%) e de tomar banho (8,9%).

No presente estudo, os idosos com dependência para AVD apresentaram médias de idade, de número de comorbidades e de uso de medicamentos mais altas em comparação com os independentes. No estudo realizado em Passo Fundo-RS,¹⁰ a média de idade dos idosos institucionalizados dependentes para AVD também foi maior em comparação com a média de idade dos idosos independentes. A partir dos 80 anos de idade, costuma ocorrer um declínio fisiológico na capacidade de realização de AVD.²⁰

Entre os idosos de Cuiabá-MT, a presença de comorbidades, saúde autorreferida como regular/ruim/muito ruim e ausência de contato com os familiares apresentaram associação positiva com a dependência para AVD. Ser mulher, analfabeto(a) ou solteiro(a) esteve associado a dependência para a realização da maioria das atividades da vida diária, segundo estudo de Guedes e Silveira realizado com idosos institucionalizados.¹⁰

Dirik e colaboradores,²¹ em estudo realizado com idosos de instituições de longa permanência na Turquia, observaram que sexo feminino e nível cognitivo baixo estavam relacionados a dependência funcional.

Nos Estados Unidos da América, Dunlop e colaboradores,²² ao desenvolverem estudo de seguimento com indivíduos idosos da comunidade, encontraram associação entre desenvolvimento de dependência funcional e presença de determinadas condições crônicas.

A saúde autorreferida tem se mostrado associada ao declínio funcional em estudos com indivíduos idosos que vivem na comunidade. Lebrão e Laurenti, em estudo longitudinal sobre as condições de vida, saúde, bem-estar e envelhecimento em São Paulo-SP (pesquisa SABE),²³ verificaram associação positiva entre pior avaliação da saúde e dependência. Embora, de modo geral, considere-se que a dependência para AVD seja uma variável preditora da mortalidade nesse grupo populacional, poder-se-ia, também, atribuir essa associação ao fato de os idosos, por apresentarem comprometimento funcional, avaliarem mal a própria condição de saúde.⁹

Rosa e colaboradores²⁴ observaram que a falta de relações sociais entre idosos que viviam na comunidade apresentava forte associação com dependência moderada/grave. No mesmo estudo, idosos com baixo nível de escolaridade apresentaram estimativa de risco de dependência para AVD cinco vezes maior, em comparação com o grupo de maior escolaridade, e as mulheres apresentaram maior estimativa de risco em relação aos homens. Maciel e Guerra,²⁵ ao estudar idosos residentes em comunidade no Nordeste do Brasil, observaram que a dependência para AVD estava associada a idade, estado civil, saúde autorreferida, morbidades e função cognitiva. Reyes-Ortiz e colaboradores,²⁶ na pesquisa SABE (com idosos da cidade de São Paulo-SP), observaram alta prevalência de dependência para as atividades básicas da vida diária de idosos mais velhos, do sexo feminino, solteiros(as) e com baixo nível de escolaridade. Também em um estudo desenvolvido com idosos que viviam na comunidade de Guatambu-SC, a prevalência de incapacidade funcional foi maior em indivíduos mais velhos, do sexo feminino, com menor escolaridade, saúde autorreferida ruim e condições clínicas desfavoráveis.²⁷

As atividades instrumentais da vida diária são mais elaboradas e sua execução está relacionada às funções cognitivas do idoso.²⁸ A escala de Lawton tem sido empregada tanto em seu formato completo como em formato abreviado – por exemplo, ao excluir perguntas relativas a atividades que, em alguns contextos socio-culturais, não são desempenhadas pelos idosos.^{29,30} No presente estudo, optou-se por excluir algumas atividades não realizadas por indivíduos institucionalizados. A escala de Lawton é um instrumento dirigido à avaliação da funcionalidade do idoso em atividades cotidianas mais complexas, frente às atividades básicas.

Por meio dessa escala, pode-se avaliar até oito aspectos de funcionalidade, com escores finais variando entre 0 e 8. Entretanto, três desses aspectos – preparação de alimentos; cuidado da casa; e lavagem de roupas –, por contemplarem atividades tradicionalmente mais desenvolvidas pelas mulheres, costumam ser excluídos quando a escala é aplicada a indivíduos do sexo masculino: então, considera-se, para a avaliação, somente a pontuação obtida nos cinco outros itens aplicados.¹³

Diversos estudos na área de geriatria e gerontologia utilizam a escala de Lawton modificada, com variação no número de itens utilizados – até mesmo para aplicação a mulheres –, e, para fins de pontuação, considera-se o escore obtido nas questões aplicadas.^{26,28,30} Foram observadas prevalências elevadas de dependência parcial e total, sendo que as mulheres se mostraram mais dependentes do que os homens.

Neste estudo com idosos institucionalizados, 83,7% dos indivíduos apresentavam incapacidade funcional para AIVD.

Foi encontrado somente um estudo brasileiro que avaliou a dependência para AIVD entre idosos institucionalizados, em que foi verificada prevalência de 71,0%.³¹ No presente estudo, utilizou-se a escala de Lawton com oito itens; porém, alguns deles não puderam ser avaliados em 50,0 a 100,0% dos indivíduos, por estes não terem a oportunidade de realizar a atividade: 96,8% dos indivíduos apresentavam alguma dependência para a atividade 'Fazer compras' e 100,0% necessitavam de auxílio ou não conseguiam ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte, resultados próximos aos observados em Cuiabá-MT. A prevalência de dependência para AIVD em idosos vivendo na comunidade é bastante variada. Na cidade de Pelotas-RS, Del Duca e colaboradores¹⁹ observaram que 28,8% dos idosos pesquisados apresentavam dependência; e na cidade de Sapporo, Japão, 12,2% dos idosos da comunidade eram dependentes.²⁸

Em pesquisa com idosos da comunidade, realizada na zona urbana do município de Uberaba-MG, observou-se que, em ambos os sexos, o grau de dificuldade para realização de atividades instrumentais aumentou na medida da elevação da faixa etária.³² Estudando idosos de Goiânia-GO que viviam na comunidade, Costa e colaboradores,¹⁸ a partir da escala de Lawton, verificaram que 72,6% dos indivíduos apresentavam algum comprometimento para essas atividades. Em seu estudo, manusear dinheiro (88,4%) e usar transporte

(87,0%) foram os itens da avaliação que apresentaram maior grau de dependência.

No Brasil, a prevalência de dependência para as AIVD entre os idosos institucionalizados e os que vivem na comunidade é similar, porém se observa uma grande diferença em relação a outros países que apresentam baixa prevalência. Uma possível explicação estaria relacionada aos anos de escolaridade dos indivíduos.

No Distrito Federal, Danilow e colaboradores³³ observaram que menos de 40,2% dos idosos institucionalizados tinham mais de 4 anos de estudo. Em estudo realizado no Sul do Brasil, 74,4% dos idosos contavam 0 a 4 anos de estudo,³⁴ enquanto no Japão, um inquérito nacional realizado com indivíduos de 60 anos de idade ou mais mostrou que 74,5% tinham mais de 7 anos de estudo.²⁸

Em Cuiabá-MT, indivíduos com déficit cognitivo, sem contato familiar e do sexo feminino tiveram maior probabilidade de apresentar perda de autonomia. A associação entre sexo feminino e dependência para AIVD pode-se explicar pela baixa escolaridade dessa geração de idosas e por sua maior longevidade.¹⁷ O déficit cognitivo apresenta associação com baixa escolaridade, uma relação esperada já que as AIVD requerem funções mais elaboradas.²¹ A falta de apoio social, por sua vez, pode-se associar à dependência por reduzir a oportunidade de convívio dos idosos com outras pessoas.²⁵

Idade avançada, escolaridade baixa, saúde autorreferida ruim, número de medicamentos em uso e presença de déficit cognitivo mostraram-se associados a dependência para as atividades instrumentais da vida diária em idosos que viviam em comunidade no Nordeste do Brasil.²⁵ No estudo de Rosa e colaboradores,²¹ também sobre amostra de idosos que viviam em comunidade no município de São Paulo-SP, os indivíduos analfabetos tiveram probabilidade cinco vezes maior de dependência.

O presente estudo apresenta limitações. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível estabelecer a sequência temporal entre as variáveis independentes e os desfechos analisados, comprometendo as evidências de relação causal.

As informações utilizadas foram autorreferidas e podem não refletir, efetivamente, a situação dos idosos institucionalizados. Porém, foram tomados cuidados relativos à confirmação dos dados nos registros dos

indivíduos e junto à equipe técnica e administrativa das instituições. Além disso, um único pesquisador realizou toda a coleta de dados, o que contribuiu para a padronização dos métodos de investigação empregados no estudo.

As informações sobre AVD e AIVD podem ser influenciadas pela função cognitiva, escolaridade e outras variáveis, embora a validade e confiabilidade das escalas de Katz e Lawton estejam suficientemente estabelecidas na literatura. O desempenho nas atividades de vida diária de 32 (20,8%) indivíduos que apresentavam dificuldade de fala por sequela de acidente vascular cerebral e outros problemas neurológicos foi informado pela equipe técnica ou administrativa da ILPI. Entretanto, estudos que também utilizaram informações de cuidadores para essa avaliação encontraram resultados similares.^{21,22}

Outra limitação poderia ser a exclusão de alguns itens da escala de Lawton para avaliação da população de estudo. Existem poucos instrumentos na literatura para avaliação das atividades instrumentais de vida diária e a escala de Lawton é a mais difundida e reconhecida nesse sentido. Não há instrumento específico para a avaliação dessas atividades em idosos institucionalizados. As questões excluídas dizem respeito ao preparo das refeições, lavagem de roupas e administração de medicamentos pelo próprio indivíduo, atividades que, em uma instituição de idosos, são realizadas por funcionários designados para essas tarefas. Na literatura, observa-se a utilização da escala de Lawton com diferente número de itens e, consequentemente, diferentes escores.^{26,28} Essa variação está relacionada ao contexto sociocultural no qual se

desenvolve o estudo e ao grupo populacional avaliado e, dessa forma, optou-se por utilizá-la no presente estudo, excluindo-se os itens não aplicáveis ao grupo populacional estudado.

A prevalência de dependência em AVD nos idosos institucionalizados de Cuiabá-MT foi 6,4 vezes maior do que a observada em idosos da comunidade, em estudo realizado com base em dados da PNAD de 2008,¹⁷ e a dependência em AIVD foi 3,0 vezes maior, em comparação com os achados de Del Duca e colaboradores.¹⁹ Contudo, os fatores de risco associados a esses dois tipos de dependência entre os idosos de Cuiabá-MT foram similares aos descritos tanto na literatura nacional como na internacional, para idosos que vivem na comunidade.^{21,23,25-27,32}

São escassos os estudos realizados com idosos institucionalizados no Brasil, quase todos estudos seccionais. Os resultados deste e de outros trabalhos apontam para a necessidade da realização de estudos longitudinais que avaliem fatores de risco para dependência nesse grupo populacional, de forma a subsidiar o planejamento de estratégias de promoção de saúde e prevenção de incapacidades, que visem à independência e melhor qualidade de vida do idoso institucionalizado.

Contribuição dos autores

A concepção do trabalho foi de IE Mattos.

PH Oliveira realizou a coleta dos dados e sua análise estatística, sob a orientação de IE Mattos.

Ambos os autores participaram da redação do manuscrito e da discussão dos achados do estudo.

Referências

1. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(3):725-733.
2. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
3. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. 2006; 23(1):5-26.
4. Koukoulis S, Vlachonikolis IG, Philalithis A. Socio-demographic factors and self-reported functional status the significance of social support. *BMC Health Services Research*. 2002; 2(1):20.
5. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007; 41(2):317-325.
6. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em Centro Urbano: Projeto Epidoso. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(3):793-798.

7. Espitia AZ, Martins JT. Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2006; 35(1):52-59.
8. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Características das instituições de longa permanência para idosos: região Centro-Oeste. Brasília: IPEA; 2008.
9. Fagerstrom C, Holst G, Hallberg IR. Feeling hindered by health problems and functional capacity at 60 years and above. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2007; 44(2):181-201.
10. Guedes JM, Silveira RCR. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo, RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2004; 1(2):10-21.
11. Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (Cuiabá). Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Declaração [Informação pessoal]. Cuiabá, 2012.
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969; 9(3):179-186.
13. Gallo JJ, Paveza GJ. Activities of daily living and instrumental activities of daily living assessment. In: Gallo JJ, Bogner HR, Fulmer T, Paveza GJ, editors. *Handbook of Geriatric Assessment*. 4th ed. Burlington: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
14. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975; 12(3):189-198.
15. Laks J, Baptista EMR, Contino ALB, Paula EG, Engelhardt E. Mini-mental state examination norms in a community-dwelling sample of elderly with low schooling in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(2):315-319.
16. Converso MER, Iartelli I. Caracterização e análise do estudo mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições de longa permanência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2007; 56(4):267-272.
17. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Mascinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da pesquisa nacional por amostra de domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(9):3689-3696.
18. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2006; 19 Supl 1: S43-45.
19. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43(5):796-805.
20. Fone S, Lundgren-Lindquist B. Health status and functional capacity in a group of successfully ageing 65-85 years old. *Disability and Rehabilitation*. 2003; 25(18):1044-1051.
21. Dirik A, Cavlak U, Akdag B. Identifying the relationship among mental status, functional independence and mobility level in Turkish institutionalized elderly: gender differences. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2006; 42(3):339-350.
22. Dunlop DD, Manheim LM, Sohn M, Lui X, Chang RW. Incidence of functional limitation in older adults: the impact of gender, race, and chronic conditions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2002; 83(7):964-971.
23. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005; 8(2):127-141.
24. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*. 2003; 37(1):40-48.
25. Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2007; 10(2):178-189.
26. Reyes-Ortiz CA, Ostin GV, Pelaez M, Ottenbacher KJ. Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2006; 42(1):21-33.
27. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(11):2781-2788.
28. Konno K, Katsumata Y, Arai A, Tashino H. Functional status and active life expectancy among senior citizens in a small town in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2004; 38(2):153-166.
29. Santos JLE, Lebrão ML, Duarte YAO, Lima FD. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the Municipality of São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(4):879-886.
30. Pudarcic S, Sundquist J, Johansson SE. Country of birth, instrumental activities of daily living, self-rated health and mortality: a Swedish population-based

- survey of people aged 55-74. *Social Science & Medicine*. 2003; 56(12):2493-2503.
31. Aires M, Paz AA, Perosa CT. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009; 30(3):492- 499.
32. Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzzzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2007; 16(1):32-39.
33. Danilow MZ, Moreira ACS, Villela CG, Barra BB, Novaes MRCG, Oliveira MPF. Perfil epidemiológico, sócio-demográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2007; 18(1):9-16.
34. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(2):409-415.

Recebido em 15/04/2011
Aprovado em 13/08/2012