

Perfil de saúde física e capacidade funcional em uma população de idosos residentes na comunidade

Cristiane O. Novaes,¹ Virgílio G. Moreira,^{2,3} Roberto A. Lourenço,^{2,3*} Ana Paula Cupertino⁴

Resumo

Introdução: Doenças e agravos à saúde tornaram-se muito prevalentes com o envelhecimento populacional. **Objetivo:** analisar o perfil de saúde autorreferida e a capacidade funcional em idosos na comunidade e seus fatores associados. **Metodologia:** estudo transversal em idosos maiores que 60 anos. A amostra de 956 indivíduos da comunidade selecionada aleatoriamente nos bairros com mais 15% de idosos nos anos de 2002 e 2003 na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Entrevista em domicílio com questionário estruturado contendo quatro domínios:** autopercepção da saúde física, autocuidado e uso de serviços de saúde, comportamentos de risco e capacidade funcional. **Resultados:** idade 72,3 anos ($\pm 8,2$), 71,9% mulheres. 98% da amostra com relato de pelo menos uma doença. 68,5% e 72% consideraram que sua autopercepção de saúde e memória são razoáveis ou boas, respectivamente. 83,1% fazem uso regular de medicação, 7,8% se declararam fumantes. 24,8% praticavam atividade física. 92,9% negavam alterações nas atividades básicas de vida diária e 57,2% nas atividades instrumentais. Mulheres com maior ocorrência de morbidades, comparativamente ($p < 0,001$). Aqueles com maior perda funcional eram mais sedentários, se internavam mais, maior uso de medicações e morbidades. ($p < 0,001$). **Discussão:** A feminilização da velhice foi observada neste estudo. Apesar de mais engajadas ao autocuidado, denotou-se pior capacidade funcional e maior uso de medicações. Na amostra, o declínio da saúde física foi evidenciado pelo comprometimento da capacidade funcional e número de morbidades. **Conclusão:** A maior parte da amostra é feminina, com pelo menos uma morbidade, usuários de medicações e funcionalmente independentes.

Descritores: Envelhecimento; Comorbidades; Vulnerabilidade; Adultos frágeis.

Abstract

Physical health profile and functional capacity in a population of elderly residents in the community

Introduction: Diseases and health problems become very common with the aging population. **Objective:** To analyze the self-reported health profile and functional capacity the community older persons and associated factors. **Methodology:** Cross-sectional study in individuals 60 years or older. The sample of 956 individuals was randomly selected from the community in those neighborhoods with 15% of seniors. The study was conducted in 2002 and 2003 in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais. **Interview at home with structured questionnaire containing four areas:** self-perceived physical health, self-care and use of health services, risk behavior and functional capacity. **Results:** age 72.3 years ($\pm 8,2$), 71.9% women. 98% of the sample reported at least

1. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Departamento de Nutrição em Saúde Pública (DNSP). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
3. Departamento de Medicina Interna. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
4. Laboratório de Pesquisas em Envelhecimento Humano. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
4. Medical Center, Kansas University. Kansas City, KS, Estados Unidos.

*Endereço para correspondência:

GeronLab/UERJ: Av. Marechal Rondon, 381, 2º andar
Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20950-000.
E-mail: lourenco@uerj.br

Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2015;14(4):24-34

doi: 10.12957/rhupe.2015.20067

Recebido em 04/12/2015. Aprovado em 08/12/2015.

one disease. 68.5% and 72% considered that their self-rated health and memory were reasonable or good, respectively. 83.1% make regular use of medication, 7.8% said they were smokers. 24.8% practiced physical activity. 92.9% had no change in the basic activities of daily living and 57.2% in instrumental activities. Women had a higher incidence of morbidity ($p < 0,001$). Those with greater functional loss were more sedentary, number of hospitalizations, greater use of medications and comorbidities ($p < 0,001$). **Discussion:** The feminization of old age was observed in this study. Although female were more engaged to self-care, they denoted worse functional capacity and increased use of medications. In the sample, declining physical health was evidenced by impaired functional capacity and number of morbidity. **Conclusion:** Most of the sample was female with 1 or more morbidity, used at least one medication and was functionally independent.

Keywords: Aging; Comorbidity; Vulnerability; Frail Older Adults.

Resumen

Perfil de salud física y capacidad funcional en una población de adultos mayores residentes en la comunidad

Introducción: Las enfermedades y problemas de salud se vuelven frecuentes con el envejecimiento de la población. **Objetivo:** Analizar el perfil de salud por medio del auto-reporte, la capacidad

funcional de las personas mayores en la comunidad y los factores asociados. Metodología: Estudio transversal en adultos mayores de 60 años. La muestra de 956 individuos de la comunidad seleccionada al azar en los barrios con más del 15% de personas mayores en 2002 y 2003 en la ciudad de Juiz de Fora - Minas Gerais. Entrevista en domicilio con cuestionario estructurado en cuatro áreas: autopercepción de salud física, autocuidado y uso de servicios de salud, comportamientos de riesgo y capacidad funcional. Resultados: edad 72,3 años ($\pm 8,2$), el 71,9% mujeres. El 98% de la muestra con informe de por lo menos una enfermedad. El 68,5% y el 72% considera que su percepción sobre la salud y la memoria son razonables o buenas, respectivamente. El 83,1% usan regularmente medicamentos, el 7,8% se declaró fumador. El 24,8% practica actividad física. El 92,9% negaba tener cambios en las actividades básicas de la vida diaria y el

57,2% en las actividades instrumentales. Las mujeres con una mayor incidencia de morbilidad, en comparación ($p < 0,001$). Aquellos con mayor pérdida funcional eran más sedentarios, se internaban más; mayor uso de medicamentos y morbilidades. ($p < 0,001$). Discusión: Se observó la feminización de la vejez en este estudio. Aunque más comprometidas con el autocuidado, se evidenció empeoramiento de la capacidad funcional y mayor uso de medicamentos. En la muestra, el deterioro de la salud física se evidenció por la capacidad funcional disminuida y el número de morbilidades. Conclusión: La mayoría de la muestra es de sexo femenino, con al menos una morbilidad, usuarios de medicamentos y funcionalmente independientes.

Palabras clave: Envejecimiento; Comorbilidades; Vulnerabilidad; Adultos frágiles.

Introdução

O aumento da população idosa impõe desafios a toda sociedade. O exercício contínuo da promoção e prevenção em saúde aliados ao enfrentamento necessário dos gestores de políticas públicas para a manutenção e ampliação da qualidade de vida, estão entre os principais itens em constante discussão em nossa realidade.^{1,2} Esta necessidade está diretamente relacionada ao envelhecimento uma vez que a conquista social do aumento da expectativa de vida traz, contudo, um incremento das doenças crônico-degenerativas, cujas características incluem duração e recuperação prolongadas, hospitalizações múltiplas, complicações e maior risco de dependência.^{3,4}

No Brasil, estudos indicam a prevalência de pelo menos uma condição crônica de saúde em cerca de 90% das populações estudadas, além da relação entre idade e aumento da morbilidade.^{5,6} Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNS/IBGE) apontam também que 70% das mortes no país estão associadas a condições crônicas.⁷ Dados comparativos do Vigitel de 2006 e 2009 apresentam um aumento na prevalência de diabetes (5,2% para 5,8%), hipertensão arterial sistêmica (21,5% para 25,4%), sobrepeso (42,7% para 46,6%) e obesidade (15,2% para 18,9%).^{8,9}

Entre os fatores de risco para doenças crônico-degenerativas estão a idade, a hereditariedade, o gênero e o estilo de vida.^{10,11} A presença de morbilidades crônicas representa risco não só à vida, mas à preservação da autonomia e independência da população que envelhece. As propostas de suporte e tratamento para essa população devem ser direcionadas mais à determinação das alterações impostas pelas doenças sobre a capacidade funcional do que à simples presença de morbilidades.^{12,13} A habilidade

em realizar tarefas básicas e instrumentais do dia a dia, e a prevenção de vulnerabilidade são as bases através das quais a abordagem do idoso é realizada.^{14,15} Dentro deste contexto, este trabalho tem como objetivo analisar o perfil da saúde física autorreferida e capacidade funcional em idosos residentes na comunidade e verificar suas possíveis associações.

Métodos

Delineamento e população de estudo

Um estudo censitário foi realizado na área de maior concentração de idosos do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. A amostra foi obtida a partir de três estágios de seleção. No primeiro, foi feita uma seleção dos bairros com 15% ou mais de idosos de acordo com o Censo 2000.¹⁶ Esse critério foi adotado com o objetivo de delimitar a área mais envelhecida do município como universo do estudo. No segundo estágio, os recrutadores treinados identificaram, através de metodologia porta-a-porta, os domicílios onde haviam pelo menos um indivíduo com 60 ou mais anos. Nestes, procedeu-se à apresentação do estudo, fez-se o convite à participação e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. No terceiro estágio, os entrevistadores retornaram aos domicílios previamente identificados para a realização da entrevista, cuja duração era de aproximadamente duas horas.

O estudo foi dividido em duas fases. Na primeira, foi realizada uma descrição geral da população, conduzida entre maio de 2002 a junho de 2003. Na segunda, após 1 ano, os indivíduos foram revisitados para reavaliação dos aspectos emocionais e cognitivos. Os dados apresentados no presente estudo referem-se à primeira fase.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/HUJF).

Variáveis estudadas

As variáveis estudadas foram agrupadas em quatro categorias: autopercepção da saúde física (autoavaliação da saúde, autoavaliação da visão, autoavaliação da audição, autoavaliação da memória, diagnósticos autorreferidos a partir de uma lista de 37 possibilidades); autocuidado e uso de serviços de saúde (número de visitas ao médico, tipo de serviço utilizado, uso de medicação, internações no último ano); comportamentos de risco (tabagismo, etilismo, sedentarismo); capacidade funcional através das atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).^{17,18}

Análise dos dados

Foram realizadas análises descritivas das variáveis sociodemográficas, autopercepção de saúde, autocuidado, uso de serviços de saúde e capacidade funcional (distribuição e ocorrência percentual). As variáveis foram categorizadas, e analisadas as associações entre as variáveis dependentes e independentes através do teste qui-quadrado, considerando um nível de significância $p < 0,05$. O pacote estatístico utilizado foi o Statistical Pa-

ckage for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 10.0.

Resultados

Foram avaliados 956 indivíduos com idades entre 60 e 103 anos, média de 72,39 anos ($DP \pm 8,2$), concentrados na faixa etária de 60 a 69 anos (40,0%) e de 70 a 79 anos (40,9%). Houve uma predominância do sexo feminino (71,9%), 48% eram casados e 37,8% viúvos. A escolaridade média foi de 6,97 ($DP \pm 4,4$) anos, 46% declararam renda familiar de até quatro salários mínimos, sendo que a aposentadoria era a principal fonte de renda em 58,7% dos casos. (Tabela 1)

Quando avaliada a morbidade autorreferida, 92,8% declararam pelo menos um diagnóstico clínico formulado por um médico nos anos anteriores à entrevista. (Tabela 2) As morbidades cardiovasculares ocorreram em 68,1% dos indivíduos, seguidas de doenças gastrintestinais (46,4%), osteoarticulares (36,8%), endocrinológicas (36,7%), respiratórias (12,4%) e neoplasias (5,2%).

Quando solicitados a avaliar a própria saúde, 68,7% consideraram razoável ou boa e 3,2% declararam possuir péssima saúde. Cerca de 76,6% consideraram a visão razoável ou boa e 5,7% declararam possuir péssima visão, aspecto que alcançou maior índice de avaliação negativa. A autoavaliação da audição variou entre razoável e boa para 65,3%. Quanto à memória, 72,2% a consideraram também razoável a boa. A autoavaliação da saúde quan-

Tabela 1. Perfil de saúde física e capacidade funcional.

		N	%
Faixas etárias	60 a 69 anos	382	40,0
	70 a 79 anos	387	40,6
	Acima de 80 anos	185	19,4
Estado civil	Casado	463	48,0
	Solteiro	68	7,1
	Viúvo	361	37,8
	Separado / divorciado	50	5,2
	Amasiado	12	1,3
Escolaridade	Analfabeto / Alfabetizado	84	8,8
	Primário	413	43,3
	Pós-elementar	363	38,1
	Superior incompleto	14	1,5
	Superior	79	8,3
Tipo de moradia	Alugada	176	18,4
	Própria	53	5,6
	Cedida	683	71,6
	Divide com familiares	42	4,4
Fonte de renda	Pensão	332	34,8
	Aposentadoria	560	58,7
	Salário	41	4,3
	Sem renda	5	0,5
	Ajuda de terceiros	15	1,5

do comparada com outros da mesma idade foi igual ou melhor para 93,5% da amostra.

Em relação ao tipo de assistência de saúde, 69,7% recorreram a planos privados, em especial planos básicos, populares ou de categorias profissionais, e 22,3% utilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS). (Tabela 2) Em relação a consultas médicas no último ano, 36,7% procuraram de 4 a 6 vezes, 39,9% de 1 a 3 vezes e 7,5% não visitaram o médico. Quando avaliada ocorrência de internação no último ano, 17,5% foram internados, sendo que a principal causa foi por problemas cardiovasculares (60,0%).

O uso de medicação foi avaliado segundo sua ocorrência e quantidade utilizadas; 83,1% dos indivíduos usavam medicação regularmente, 41,6% utilizaram três ou mais medicações prescritas por algum médico.

Em relação ao grupo de variáveis comportamentos de risco, 72,3% dos idosos nunca fumaram e 7,8% declararam-se fumantes. Entre os ex-fumantes, a maioria era de homens e a principal causa de cessação do tabagismo, a morbidade instalada. O padrão de consumo de bebidas

alcoólicas encontrado foi: 80,5% nunca beberam e 9,0% bebiam na época da entrevista. Em relação ao sedentarismo, 48,3% dos idosos eram sedentários e 24,8% praticavam atividade física todos os dias.

Do ponto de vista da capacidade funcional, 92,9% dos entrevistados não apresentaram alterações nas ABVD, e 57,2% não tinham alterações nas AIVD. O banho (4,2%), o vestuário (4,1%), o trabalho doméstico (35,4%) e o uso do transporte (21,9%) foram as AVD (atividades de vida diária) mais frequentemente comprometidas. Em relação ao número ABVD e AIVD comprometidas, em ambas predominaram os grupos com alterações em uma atividade ou em quatro ou mais atividades.

Foram significativas as diferenças entre gêneros na análise da frequência de visitas ao médico, do declínio básico na capacidade funcional e o consumo regular de medicações. As mulheres apresentaram um maior percentual para as três características. Em contrapartida, a proporção de homens que nunca fumaram, nunca consumiram bebidas alcoólicas e não eram sedentários é

Tabela 2. Perfil de saúde física e capacidade funcional.

Grande grupo	Morbidade	N	%
Cardiovascular		574	68,1
	Hipertensão	488	51,0
	Arritmia	124	13,1
Gastrointestinal		443	46,4
	Gastrite	153	16,2
	Prisão de ventre	96	10,5
Osteoarticular		354	36,8
	Reumatismo	210	22,1
	Osteoporose	153	15,8
	Fratura	106	10,7
Endócrino		354	36,8
	Colesterol	229	23,9
	Triglicérides	124	12,8
	Diabetes	113	11,6
Respiratório		124	12,4
	Bronquite	57	6,2
Neoplasias		38	5,2
	Mama	11	1,2
	Pele	8	0,8
	Próstata	7	0,7

menor em relação às mulheres (Tabela 3).

Na relação entre grupos diagnósticos e gênero, foram encontradas diferenças significativas para diagnósticos de morbididades gástricas, endocrinológicas, cardiológicas e osteoporose, todos com maior prevalência entre as mulheres. A ocorrência de alguma morbidade é significativamente

superior entre as mulheres.

As demais variáveis - autoavaliação da saúde, visão, audição e memória, tipo assistência de saúde, internação no último ano e AIVD - não alcançaram significância estatística entre os dois grupos (Tabela 3).

Foram significativas as diferenças entre faixas etárias

Tabela 3. Perfil de saúde física e capacidade funcional.

Grupo de variáveis	Variável	Categorias	Homem		Mulher		X ²	p
			N	%	N	%		
Autoavaliação	Saúde	Excelente	31	11,6	61	8,9	4,19	0,381
		Muito boa	54	20,1	122	17,8		
		Boa	115	42,9	290	42,3		
		Razoável	61	22,8	189	27,6		
		Péssima	7	2,6	24	6,5		
	Visão	Excelente	12	4,5	37	5,4	8,77	0,67
		Muito boa	37	13,8	84	12,2		
		Boa	142	53,0	306	44,6		
		Razoável	62	23,1	220	32,1		
		Péssima	15	5,6	39	5,7		
	Audição	Excelente	32	11,9	102	14,9	3,64	0,457
		Muito boa	46	17,2	125	18,2		
		Boa	135	50,4	301	43,9		
		Razoável	48	17,9	139	20,3		
		Péssima	7	2,6	19	2,8		
	Memória	Excelente	31	11,6	58	8,5	5,85	0,211
		Muito boa	40	14,9	114	16,6		
		Boa	144	53,7	343	50,0		
		Razoável	46	17,2	156	22,7		
		Péssima	7	2,6	15	2,2		
	Frequência	Nenhuma	33	12,3	39	5,7	20,46	0,000
		1 a 3 vezes	117	43,7	264	38,5		
		4 a 6 vezes	85	31,7	265	38,6		
		mensal	33	12,3	108	15,7		
		semanal	0	0	10	1,5		
	Internação	Sim	46	17,2	121	17,6	0,03	0,472
		Não	222	82,8	565	82,4		
Medicação		Sim	198	73,9	595	86,7	22,29	0,000
		Não	70	26,1	91	13,3		
Tabagismo		Sim	29	10,8	45	6,6	159,26	0,000
		Não	119	44,4	571	83,2		
		Ex	120	44,8	70	10,2		
Uso de álcool		Sim	62	23,2	34	5,0	129,29	0,000
		Não	164	57,7	614	89,9		
		Ex	51	19,1	35	5,1		
Sedentarismo		Sim	106	39,6	353	51,7	11,34	0,000
		Não	162	60,4	330	48,3		
Alteração funcional	ABVDs	Sim	18	6,7	50	7,3	0,10	0,435
		Não	250	93,3	634	92,7		
	AIVDs	Sim	85	31,7	322	47,1		
		Não	183	68,3	362	52,9		

na autoavaliação da audição, no uso de medicação, no consumo de tabaco, álcool e no sedentarismo, além da capacidade funcional. Idosos jovens avaliaram melhor a audição, consumiam mais tabaco e álcool. Por outro lado, uso de medicação, declínio funcional e sedentarismo eram mais frequentes em idosos mais velhos. Abandono do tabagismo prevaleceu na faixa etária intermediária (70-79 anos).

Quando avaliadas as diferenças dos grupos diagnósticos entre faixas etárias, foi encontrada diferença significativa exclusivamente para diagnósticos de morbididades endócrinas com maior prevalência entre idosos jovens.

As demais variáveis (Tabela 4) - autoavaliação da saúde, da visão e da memória, tipo de assistência de saúde, frequência de utilização da assistência e internação no

Tabela 4. Perfil de saúde física e capacidade funcional.

Grupo de variáveis	Variável	Categorias	60-69 a		70-79 a		80-103 a		X ²	p
Autoavaliação	Saúde	Excelente	39	10,2	38	9,8	15	8,1	3,31	0,912
		Muito boa	70	18,3	70	18,1	36	19,5		
		Boa	169	44,2	159	41,1	77	41,6		
		Razoável	90	23,6	109	28,2	51	27,6		
		Péssima	14	3,7	11	2,8	6	3,2		
	Visão	Excelente	23	6,0	18	4,7	71	18,6	6,68	0,572
		Muito boa	47	12,3	42	10,9	72	18,8		
		Boa	182	47,6	183	47,3	185	48,4		
		Razoável	108	28,3	120	31,0	49	12,8		
		Péssima	22	5,8	24	6,2	5	1,3		
	Audição	Excelente	71	18,6	50	12,9	13	7,0	55,19	0,000
		Muito boa	72	18,8	78	20,2	21	11,4		
		Boa	185	48,4	171	44,2	80	43,2		
		Razoável	49	12,8	79	20,4	59	31,9		
		Péssima	5	1,3	9	2,3	12	6,5		
	Memória	Excelente	34	8,9	38	9,8	17	9,2	3,79	0,875
		Muito boa	56	14,7	65	16,8	33	17,8		
		Boa	202	52,9	190	49,1	95	51,4		
		Razoável	81	21,2	87	16,5	34	18,4		
		Péssima	9	2,4	7	1,8	6	3,2		
	Frequência	Nenhuma	31	8,1	31	8,1	10	5,4	10,92	0,206
		1 a 3 vezes	165	43,2	149	38,5	67	36,2		
		4 a 6 vezes	124	32,5	142	36,7	84	45,4		
		mensal	57	14,9	62	16,0	22	11,9		
		semanal	5	1,3	3	0,8	2	1,1		
	Internação	Sim	56	14,7	72	18,6	39	21,1	4,10	0,128
		Não	326	85,3	315	81,4	146	78,9		
Medicação		Sim	293	76,7	329	85,0	171	92,4	25,27	0,000
		Não	89	23,3	58	15,0	14	7,6		
Tabagismo		Sim	43	11,3	28	7,2	3	1,6	31,53	0,000
		Não	245	64,1	288	74,4	157	84,9		
		Ex	94	24,6	71	18,3	25	13,5		
Uso de álcool		Sim	51	13,4	31	8,1	14	7,6	9,16	0,057
		Não	293	76,9	318	82,6	157	85,3		
		Ex	37	9,7	36	9,4	13	7,1		
Sedentarismo		Sim	162	42,4	185	48,1	112	60,9	16,96	0,004
		Não	220	57,6	200	52,9	72	39,1		
Alteração funcional	ABVDs	Sim	10	14,7	25	36,8	33	48,5	44,36	0,000
		Não	372	42,1	361	40,8	151	17,1		
	AIVDs	Sim	105	72,5	164	42,5	138	75,0	114,56	0,000
		Não	277	27,5	222	57,5	46	25,0		

último ano - não alcançaram significância estatística entre os dois grupos.

Foram avaliadas as associações entre perda funcional em ABVD e as variáveis de saúde física, sendo encontradas relações estatisticamente significativas entre sedentarismo, ocorrência de internação, uso de medicação, morbidade gastrointestinal, osteoarticular e cardiológica. Com maior prevalência da ocorrência destas características em idosos com perda funcional.

Finalmente, foram avaliadas as associações entre perda funcional em AIVD e as variáveis de saúde física, tendo sido encontradas relações estatisticamente significativas entre sedentarismo, tabagismo, ocorrência de internação, uso de medicação, morbidade geral, morbidade gastrointestinal e morbidade cardiológica. Da mesma forma, com maior prevalência da ocorrência destas características em idosos com perda funcional (Tabela 5).

Discussão

Os achados desse estudo confirmam dados indicados por estudos de base populacional realizados no Brasil em regiões geográficas distintas. O primeiro fato a ser destacado é a feminilização da velhice representada pelo alto percentual de mulheres na amostra deste estudo, também demonstrado por estudos anteriores.^{19,20}

A maior parte dos indivíduos estava engajada no cuidado a saúde, demonstrada pelo alto percentual que visitou o médico no ano anterior. Chama atenção o fato de que o principal serviço de saúde utilizado seja o plano privado, ainda que planos básicos, para uma amostra que indica tendência a baixo nível socioeconômico, já que quase metade apresentou renda inferior a quatro salários mínimos.

Quanto aos comportamentos de risco, a maioria não fuma e não bebe atualmente. O principal motivo

Tabela 5. Perfil de saúde física e capacidade funcional.

Grupo de variáveis	Variável	Categoria	ABVDs				AIVDs			
			C/ alter	S/ alter	X ²	p	C/ alter	S/ alter	X ²	p
Fatores de risco	Tabagismo	Sim	4,4	8,0	1,26	0.530	6,6	8,6	6,85	0.033
		Não	76,5	71,9			76,7	69,0		
		Ex	19,1	20,0			16,7	22,4		
Fatores de risco	Etilismo	Sim	5,9	10,4	2,60	0.272	7,9	11,8	5,36	0.68
		Não	88,2	80,3			81,5	80,3		
		Ex	5,9	9,3			10,6	7,9		
Fatores de risco	Sedentarismo	Sim	69,1	46,7	12,75	0.000	60,1	39,4	39,73	0.000
		Não	30,9	53,3			39,9	60,6		
Fatores de risco	Geral	Sim	97,1	92,6	1,87	0.125	95,3	91,2	6,10	0.009
		Não	2,9	7,4			4,7	8,8		
Fatores de risco	Respiratória	Sim	13,2	12,3	0,048	0.473	12,0	12,7	0,083	0.427
		Não	86,8	87,7			88,0	87,3		
Morbidade	Gastrointestinal	Sim	42,6	54,4	3,51	0.040	50,1	43,7	3,90	0.028
		Não	57,4	45,6			49,9	56,3		
Morbidade	Osteoarticular	Sim	52,9	63,9	3,27	0.048	43,5	31,9	13,38	0.000
		Não	47,1	36,1			56,5	68,1		
Morbidade	Endocrinológica	Sim	36,8	36,7	0,00	0.541	38,8	35,0	1,43	0.130
		Não	7,2	63,3			45,3	65,0		
Morbidade	Cardiológica	Sim	77,9	67,4	3,21	0.046	71,5	65,7	3,27	0.033
		Não	22,1	32,6			28,5	34,3		
Morbidade	Internação	Sim	39,7	15,7	25,22	0.000	21,4	14,5	7,66	0.004
		Não	60,3	84,3			78,6	85,5		
Morbidade	Uso de medicação	Sim	92,6	82,6	4,60	0.018	90,2	78,2	24,14	0.000
		Não	7,9	17,4			9,8	21,8		

alegado para cessação do tabagismo pelos ex-fumantes foram morbidades instaladas e não a prevenção de doenças. O fator de risco sedentarismo foi o mais prevalente, talvez por características próprias do envelhecimento desta coorte histórica específica, que incluem aspectos desfavoráveis do envelhecimento biológico e o fato de ser uma coorte que não foi alvo das campanhas em favor da atividade física, mais recentes em nossa cultura.

O declínio na saúde física é evidenciado pelo percentual com pelo menos um diagnóstico clínico (93%), semelhante ao encontrado por estudo realizado em São Paulo.⁶ O percentual que sofreu internação no último ano (17%), é superior ao nacional²¹ e semelhante ao dos EUA e Canadá.²² Cabe destacar que além da frequência de internação superior à nacional, talvez a infraestrutura de assistência à saúde não esteja equipada e especializada para este atendimento, ampliando o risco de complicações e mortalidade.

Merece destaque o elevado uso de medicação identificado na amostra (83%), e a quantidade de medicação consumida; 28% consomem quatro ou mais medicações regularmente, semelhante ao apresentado em outra amostra brasileira que destaca que um terço dos idosos utiliza duas a cinco medicações.²³ Porém, a polifarmácia nem sempre significa uso inadequado, invariavelmente significa custos elevados, risco de interação medicamentosa, de ocorrência de quedas e aumento de efeitos adversos.

O declínio funcional dessa amostra confirma a tendência para comprometimento anterior em atividades mais complexas e manutenção das atividades básicas por maior período. Em 93% da amostra, as ABVD estão preservadas, semelhante aos achados de estudos anteriores.²⁴ Porém, o percentual de indivíduos com declínio em AIVD (57%) diverge do indicado pela mesma autora, mas concorda com achados de outros autores.²⁵ Resultados semelhantes foram encontrados para tipo de atividade comprometida nas ABVD e AIVD, sendo o vestuário e o uso do transporte respectivamente as atividades que apresentam mais declínio. A comparação entre sexos e faixas etárias também mostrou semelhança.

As mulheres estão mais engajadas no autocuidado, considerando-se o número de visitas regulares ao médico, que, se por um lado, possibilita a identificação precoce de disfunções, por outro, pode ter origem na pior saúde das mulheres demonstrada pelo uso de medicação e pior capacidade funcional. Em contrapartida, os comportamentos de risco são mais prevalentes entre os homens, o que converge com a literatura que aponta maior exposição do gênero masculino a fatores de risco externos, de

estilo de vida e ambientais, explicando parcialmente a mortalidade precoce em homens nessa coorte. Embora com pior saúde, o que pode ser verificado em relação aos grupos diagnósticos, as mulheres têm maior expectativa de vida. Esse fato pode não se repetir nas futuras coortes ao verificarmos as mudanças no comportamento e padrão de exposição a fatores de risco das mulheres de coortes mais recentes.²⁶

O fato de serem mais doentes parece não interferir na autoavaliação que as mulheres da amostra fazem da própria saúde, da visão, da audição e da memória, nem na opção por assistência diferenciada ou no número de internações. Também a habilidade nas AIVD parece não ser afetada pelas diferenças entre gêneros, ainda que estejamos nos referindo a um grupo de mulheres que devido à coorte histórica, caracterizada por costumes familiares e contexto cultural, não tiveram como atribuição ou necessidade a tarefa de lidar com atividades como uso do telefone, transporte, realização de compras e administração do dinheiro ao longo da vida. A tendência de mortalidade precoce para os homens é uma possível explicação para que a autoavaliação entre gêneros seja semelhante. Primeiro porque os homens idosos são “sobreviventes” e, segundo, porque podem ser efetivamente indivíduos com melhores características de saúde.

Em síntese, as diferenças encontradas entre faixas etárias demonstram que viver mais anos implica em maior risco para declínio físico e funcional, se considerarmos audição, uso de medicação e habilidade funcional.

A ausência de significância estatística para grupos diagnósticos e faixas etárias têm entre suas possíveis explicações: o fato dos idosos jovens (60 a 69 anos) apresentarem mais comportamentos de risco; a possibilidade da autorreferência não ter sido sensível às diferenças etárias e, por último, à metodologia utilizada para seleção dos sujeitos, residentes na comunidade, que seleciona por saúde independente da idade.

A verificação da associação entre declínio funcional e as variáveis de saúde mostrou a perda em ABVD relacionou positivamente com ocorrência de internação, uso de medicação e morbidade gastrintestinais, osteoarticulares e cardiológicas. Se analisarmos a gênese da perda funcional observamos que a perda ocorre concomitante em aspectos de sobrevivência básica e mobilidade, sendo que internação e uso de medicação sugerem pior saúde física. Por outro lado, no caso do sedentarismo não é possível saber até que ponto sua ocorrência é causa ou consequência da perda funcional.

A análise do declínio funcional em AIVD com as variáveis de saúde indicou mais relação com compor-

tamentos de risco (tabagismo e sedentarismo), com morbidade de modo geral, morbidade gastrointestinal, cardiológica e uso e medicação. Esses resultados sugerem que essa relação deve ser mais bem explorada para verificar de que forma ela evolui e o que pode ser feito preventivamente.

Em relação às vulnerabilidades deste estudo, o primeiro aspecto a ser lembrado é que estudos de morbidade autorreferida podem apresentar problemas de confiabilidade devido ao viés da memória.²⁷ Além do mais, a frequência de visitas ao médico pode subestimar ou superestimar relações entre variáveis ou ainda indicar ausência de diagnóstico pela ausência de visitas ao médico. A inclusão de medidas objetivas é uma alternativa para a minimização desse viés que deve ser implementada nas futuras fases deste estudo.

Outro fato a ser destacado é que algumas associações encontradas serão mais bem explicitadas em estudos que aliem a metodologia longitudinal, bem como variáveis não dicotômicas, e até mesmo qualitativas, sendo essa uma sugestão para futuras investigações.

Conclusão

A análise dos resultados do estudo permite afirmar que a maioria da mostra relata a presença de pelo menos uma doença, uso regular de medicações, autopercepção de saúde razoável ou boa e também independente para as AIVD e ABDV. As mulheres apresentaram maior número de morbidades, pior capacidade funcional e uso de maior número de medicações, comparativamente. Os mais sedentários, portadores de mais morbidades e medicações, além daqueles com maior número de internações foram os que apresentaram pior capacidade funcional.

Referências

1. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, et al. Integration and continuity of Care in health care network models for frail older adults. *Rev Saude Publica*. 2014;48(2):357-65.
2. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2014;9(7):e102149.
3. Koller D, Schon G, Schafer I, et al. Multimorbidity and long-term care dependency--a five-year follow-up. *BMC Geriatr*. 2014;14:70.
4. Bahler C, Huber CA, Brungger B, Reich O. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:23.
5. Coelho FJM RL. Epidemiologia do envelhecimento do Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica*. 1999;33(5):8.
6. Ramos LR. Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso Project in Sao Paulo. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):793-8.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Ministério da Saúde; 2014. 181 p.
8. Brasil. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasil: Ministério da Saúde; 2006.
9. Brasil. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasil: Ministério da Saúde; 2009.
10. Gordilho A NJ, Ramos LR, Freir MP, Espíndola N. Desvios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atenção integral ao idosos: Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI - UERJ); 2000.
11. Lourenço RA ML. Prevenção de doenças e promoção da saúde na terceira idade. In: Relume-Dumará, editor. *Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição*: UnATI - UERJ; 1999.
12. Marengoni A. Guidelines for elderly patients with multimorbidity: how to cope with a dark night without fear. *Aging Clin Exp Res*. 2013;25(6):703-5.
13. Veras RP. Disease prevention in the elderly: misconceptions in current models. *Cad Saude Publica*. 2012;28(10):1834-40.
14. Lourenco RA, Martins Cde S, Sanchez MA, Veras RP. [Geriatric outpatient healthcare: hierarchical demand structuring]. *Rev Saude Publica*. 2005;39(2):311-8.
15. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(5):780-91.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: Brasil: Brasil; 2000.
17. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
18. Katz S, Downs TD, Cash HR, et al. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970;10(1):20-30.
19. Lima-Costa MF GH, Barreto SM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: Um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*. 2000;9:20.
20. Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo MS, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saude Publica*. 1998;32(5):397-407.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD-2008). Rio de Janeiro; 2008.
22. Rozenfeld S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):717-24.
23. Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RP, et al. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev Saude Publica*. 1999;33:437-44.
24. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):735-43.
25. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, et al. Perfil do idoso em

- área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev Saude Publica. 1993 Apr;27(2):87-94.
26. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saude Publica. 2003;19(3):793-8.
27. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad Saude Publica. 2003;19(3):745-57.