



ARTIGO ORIGINAL



Perfil de saúde da pessoa idosa acompanhada pela estratégia de saúde da família numa cidade do interior do Ceará - Brasil

Health profile of the elderly person accompanied by the family health strategy in a countryside of Ceará - Brazil

José Rogécio de Sousa Almeida^{1,*} , Lorrainy da Cruz Solano² , Marco Aurelio M. Freire¹ ,
Lucidio C. Oliveira¹ 

¹Programa de Pós-graduação em Saúde e Sociedade, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

²Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Recebido em 27 de maio de 2022, aceito em 22 de julho de 2022, publicado em 11 de setembro de 2022.

PALAVRAS-CHAVE

Atenção primária à saúde
Envelhecimento
Saúde do idoso

RESUMO

Objetivo: Avaliar a correlação entre dependência funcional e estado emocional, função cognitiva e deambulação da pessoa idosa acompanhada pela equipe de saúde da família.

Métodos: Estudo transversal, quantitativo e prospectivo realizado na cidade de Quixeré/CE entre agosto de 2020 e abril de 2021. Participaram 229 idosos cadastrados nas equipes de Estratégia de Saúde da Família avaliados através da escala de Lawton, MEEM, GDS-15 e Teste de Tinetti. Verificou-se a associação das variáveis pelos testes Qui-quadrado ou exato de Fisher. Calcularam-se os Odds Ratio (IC95%), seguida de regressão logística com o teste de Hosmer e Lemeshow.

Resultados: Amostra composta majoritariamente por mulheres, com baixa escolaridade, média de 70 anos de idade e com alta procura pelos serviços primários de saúde. As mulheres foram mais vulneráveis à depressão, não havendo diferença para quedas relacionados ao sexo. A idade se configurou fator de risco para todos os aspectos avaliados. Houve correlação entre a dependência funcional e todos os aspectos analisados. Observou-se relação entre o nível de dependência funcional e escolaridade (OR: 2,0; IC95%: 0,05 - 78,32), moradia na zona rural (OR: 2,83; IC95%: 1,6 - 5,1), depressão (OR: 5,18; IC95%: 1,2 - 22,8) e risco de quedas (OR: 1,67; IC95%: 0,8 - 3,5), com os dois últimos fatores permanecendo significativos na regressão logística.

Conclusão: A dependência funcional para executar atividades mais complexas do dia a dia entre os idosos foi significativa, havendo relação importante entre esta e os aspectos emocionais, cognitivos e risco para quedas.

*Autor de correspondência:

PPG Saúde e Sociedade, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
End.: Rua Professora Elisa Brito, 196 - Bairro: Centro. Quixeré, CE, Brasil | CEP 62.920-000
Fone: (88) 9 9423-3944
E-mail: rogeciofisio@gmail.com (Almeida JRS)

Este estudo foi realizado na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

<https://doi.org/10.21876/rcshci.v12i3.1316>

Como citar este artigo: Almeida JRS, Solano LC, Freire MAM, Oliveira LC. Health profile of the elderly person accompanied by the family health strategy in a countryside of Ceará - Brazil. Rev Cienc Saude. 2022;12(3):67-74.

<https://doi.org/10.21876/rcshci.v12i3.1316>

2236-3785/© 2022 Revista Ciências em Saúde. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob uma licença CC BY-NC-SA (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt_BR)



KEYWORDS

Aging
Elderly health
Primary health care

ABSTRACT

Objective: To evaluate the correlation between functional dependence and emotional state, cognitive function, and ambulation of the elderly people accompanied by a family health team.

Methods: A cross-sectional, quantitative, and prospective study was conducted in the city of Quixeré/CE between August 2020 and April 2021. Participated in 229 elderly people registered in the Family Health Strategy teams evaluated using the Lawton scale, MMSE, GDS-15, and Tinetti test. The association of variables was verified using the chi-square or Fisher's exact tests. Odds Ratio (95%CI) were calculated, followed by logistic regression using the Hosmer and Lemeshow test.

Results: The sample was primarily composed of women with low education, average age of 70 years, and a high demand for primary health services. Women were more vulnerable to depression, with no difference in falls related to sex. Age was a risk factor for all aspects evaluated. There was a correlation between functional dependence and all aspects analyzed. There was a relationship between the level of functional dependence and education (OR: 2.0; 95%CI: 0.05 - 78.32), living in the rural area (OR: 2.83; 95%CI: 1.6 - 5.1), depression (OR: 5.18; 95%CI: 1.2 - 22.8) and risk of falls (OR: 1.67 CI: 0.8 - 3.5), with the last two factors remaining significant in the logistic regression.

Conclusion: Functional dependence to more complex daily activities among the elderly was significant, with an essential relationship with emotional and cognitive aspects and risk of falls.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, sendo observado nos mais diversos países, independente da sua condição econômica. Considera-se idoso todo indivíduo com 60 anos ou mais¹, com a idade mínima variando a depender do nível socioeconômico do país analisado, visto que em países desenvolvidos toma-se a idade de 65 anos como o marco inicial².

Estima-se que a população mundial de idosos seja de 600 milhões de pessoas atualmente, projetando-se que esse número dobre até o ano de 2025³. No Brasil, o envelhecimento também é bastante evidente; em 2020 a população idosa correspondia a cerca de 30,1 milhões de pessoas, representando 14,3% de toda a população⁴. Estima-se que até o ano de 2060 o número de idosos alcançará a marca de 73,4 milhões, o que corresponderá a 32,2% dos indivíduos brasileiros⁵.

Cada país vem experienciando de modo diferente o envelhecimento populacional, à luz das mudanças sociais, políticas, econômicas e de saúde atreladas a ele. As alterações do envelhecimento vão além do aspecto físico, gerando alterações relacionadas também à educação, previdência e a própria organização familiar⁶. No campo da saúde, o idoso consome mais serviços em decorrência das doenças crônicas características, com as internações hospitalares sendo mais frequentes e mais prolongadas que em outros grupos etários, gerando assim uma escassez na oferta dos serviços e um aumento considerável nos gastos públicos decorrentes da demanda crescente⁷.

Desse modo, reconhecendo-se que um dos objetivos da Atenção Primária à Saúde (APS) é de prevenir e promover condições de saúde, quanto mais a população idosa é cuidada de modo efetivo na sua comunidade, menor será a necessidade de acesso à rede de serviços especializados, gerando assim um fluxo contínuo e facilitado de acesso a esses serviços, além da garantia de uma melhor qualidade de vida⁸. Compreende-se que as equipes de saúde da família podem favorecer um envelhecimento saudável ao idoso na sua comunidade para que este se mantenha o mais autônomo e funcional pelo maior período de tempo

possível. Tais ações estariam assim em congruência com a Política Nacional do Idoso (PNI), que tem por finalidade recuperar, manter e promover sua autonomia e independência, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹. Considerando que as condições clínicas e as incapacidades funcionais provocam impacto sobre o âmbito familiar, o sistema de saúde e o cotidiano dos indivíduos idosos, deve-se procurar a minimização desse processo, almejando com isso uma maior longevidade dessa população com maior autonomia, independência e melhor qualidade de vida¹⁰.

As atividades de vida diária (AVDs) são divididas em atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As ABVD estão associadas a tarefas de autocuidado com grau mais simples de execução, enquanto as AIVD estão relacionadas ao desempenho de viver em comunidade realizando tarefas mais complexas¹¹. Quanto mais a capacidade de realizar as ABVD e AIVD são mantidas e preservadas, maior será o tempo de independência da pessoa idosa¹², pois já se observou que o idoso que tem dificuldade ou necessidade de ajuda nessas atividades está sujeito a um risco maior de mortalidade, hospitalização e necessidade de cuidados prolongados, gerando altos custos para os serviços de saúde¹³.

Observou-se uma lacuna nas pesquisas científicas da relação entre a dependência funcional/deambulação com a cognição e estado emocional, tratando-se raramente da relação de fragilidade da pessoa idosa. Dessa forma, considerando as lacunas ainda existentes sobre a temática, buscou-se avaliar a correlação entre dependência funcional e estado emocional, função cognitiva e deambulação da pessoa idosa acompanhada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

MÉTODOS

Estudo exploratório, transversal, de caráter prospectivo e quantitativo, desenvolvido no período de

agosto de 2020 a abril de 2021 na cidade de Quixeré/CE.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/UERN) (CAAE 29267720.4.0000.5294), com parecer favorável nº 3.999.941, em conformidade com as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram orientados sobre sua participação e objetivos do estudo e após aceitação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLÉ), seguindo a legislação vigente.

Os participantes desta pesquisa foram idosos usuários do SUS vinculados às Equipes de Saúde da Família. A cidade de Quixeré possui 22.293 habitantes¹⁴ e a população idosa representa cerca de 10,6% da população total¹⁴. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade tem cobertura de mais de 90% da população e abrange cerca de 2.926 pessoas idosas, adscritas às nove equipes as quais três estão distribuídas na sede e as demais na zona rural de Água-Fria, Boqueirão, Lagoinha e Tomé. Foram incluídas pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que estivessem cadastradas na equipe de saúde, que deambulassem com ou sem auxílio de suporte e que possuíssem capacidade de comunicação e compreensão preservadas. Excluíram-se idosos com histórico de doença, acidente vascular encefálico (AVE), Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson ou qualquer outra que tenha afetado memória, cognição ou marcha.

A partir desses critérios, os agentes comunitários de saúde de cada equipe de saúde da família disponibilizaram uma lista de idosos com possível perfil de participação no estudo, os quais foram selecionados aleatoriamente por meio de sorteio em urna, com este sendo feito de modo cego a fim de evitar vies. Dividiu-se o quantitativo amostral pelo número total de equipes de saúde indicando o número de indivíduos por equipe. Os idosos sorteados foram contatados pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e convidados a receberem um avaliador em sua residência. Após sua concordância, realizou-se a visita domiciliar para garantir a participação na pesquisa.

A avaliação iniciou-se com o esclarecimento dos objetivos do estudo e da participação dos idosos, seguidos da assinatura do TCLÉ e por um questionário de pré-avaliação para confirmar os critérios de inclusão e exclusão. Os instrumentos utilizados na avaliação dos participantes foram: Escala de Lawton, Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), Miniexame do Estado Mental (MEEM) e Teste de Tinneti. Todos os instrumentos foram aplicados por um pesquisador, de modo individual no domicílio do idoso e em local reservado sem interferência familiar, respeitando a privacidade do indivíduo.

A Escala de Lawton objetiva avaliar as atividades mais complexas que estão relacionadas a independência do idoso em viver em comunidade em nove itens pontuando de 1 a 3 de acordo com o grau de dependência. É considerado independente o idoso que pontuar 3 para todas as tarefas, totalizando 27 pontos e dependente aquele com pontuação igual ou menor que 26¹⁵.

O MEEM tem a finalidade de rastrear as funções cognitivas e quadros demenciais avaliando diversos domínios como orientação temporal, espacial, memória

imediate e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. O resultado do teste é baseado no número de anos em que o participante estudou. A pontuação máxima é de 30 pontos e as notas de corte sugeridas são: analfabetos - 19; 1 a 3 anos de escolaridade - 23; 4 a 7 anos de escolaridade - 24; mais que 7 anos de escolaridade - 28. Assim, o resultado sugere cognição preservada ou déficit cognitivo¹⁶.

A Escala de Depressão em Geriatria (*Geriatric Depression Scale* - GDS) sugere quadro de depressão na população idosa classificando a condição emocional em três tipos: normal, leve ou grave¹⁷.

O teste de Tinneti é usado para avaliar o equilíbrio e as anormalidades da marcha, indicando risco para quedas entre os idosos. O teste consiste em 16 itens, em que 9 são para o equilíbrio do corpo e 7 para a marcha. A pontuação total é a soma da avaliação da marcha (12 pontos) e do equilíbrio (16 pontos). Escores abaixo de 19 pontos indicam alto risco, entre 19 e 24 pontos representam risco moderado enquanto pontuação acima de 24 indica baixo risco¹⁸.

Adotou-se um erro amostral de 5%, com um grau de confiança de 95%, identificando-se uma amostra de 340 sujeitos, de acordo com os procedimentos sugeridos para populações finitas.

Os dados foram expressos em média e desvio padrão, bem como valores mínimos, máximos, frequência simples e porcentagem através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23.0. Para verificar a associação das diferentes variáveis estudadas frente à dependência, quando categóricas, foram utilizados os testes de Qui-quadrado ou exato de Fisher. Calculou-se os *Odds Ratio* com respectivos intervalos de confiança de 95%, seguido de regressão logística para obtenção dos valores ajustados. Diferença estatística das proporções dos níveis de dependência de Lawton foram obtidas através do teste binomial para duas proporções homogêneas. Após averiguada a normalidade dos dados a partir da utilização dos testes de Shapiro-Wilk e homocedasticidade por Levene, diferença estatística entre o sexo e a idade nas diferentes variáveis foram obtidos pelo teste de Mann-Whitney e a relação destas verificadas por correlação de Spearman para variáveis contínuas. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($p < 0,05$). Para a regressão logística, como medida de qualidade de ajuste do modelo, foi utilizado o teste de Hosmer-Lemeshow (um $p > 0,05$ indicou que o modelo está ajustado).

RESULTADOS

Um total de 229 resultados referente ao público-alvo foi obtido. O número final de dados coletados foi aquém do projetado para o estudo em decorrência das adversidades relacionadas ao período pandêmico da COVID-19.

Os participantes deste estudo foram idosos predominantemente do sexo feminino (58,1%), com baixa escolaridade, tendo cursado o ensino fundamental incompleto (52,8%) ou sendo analfabetos (40,2%). A maioria tinha acima de 65 anos de idade (68,6%), com

média de $70 \pm 7,0$ anos, residindo na zona rural do município (51,5%). Do universo analisado, 74,2% afirmaram ter procurado os serviços da sua unidade básica de saúde no último ano para diversas necessidades de saúde.

Observou-se que os idosos se mostraram com preservação do estado cognitivo (59,4%) e sem alterações emocionais relacionados à depressão (89,5%), com média de $2,93 \pm 2,24$ na escala de depressão geriátrica. 68,1% dos participantes eram dependentes para desempenhar atividades mais complexas do dia a dia, apresentando média de $23,8 \pm 3,73$ pontos na escala de Lawton.

Evidenciou-se que o sexo masculino era menos vulnerável à depressão do que o feminino, muito embora ambos apresentassem baixa fragilidade para comprometimento psicológico relacionado à depressão. Observou-se que a média de escore do sexo masculino foi menor que a do feminino (Tabela 1), embora ambos apresentassem valores baixos na escala de depressão geriátrica, que considera psicológico normal até 5 pontos. Não foi observada diferença de vulnerabilidade para quedas relacionados ao sexo; no entanto, as mulheres pareceram ser mais suscetíveis a dependência para atividades instrumentais da vida diária.

A idade acima de 65 anos configurou-se como um fator de risco para o comprometimento dos aspectos cognitivos, realização das atividades instrumentais de vida diária, marcha e equilíbrio (Tabela 2).

A Tabela 3 aponta os valores do coeficiente de correlação de Spearman entre a idade dos idosos e os escores dos instrumentos Lawton, MEEM, GDS e Tinneti. Foram observadas relações negativas fracas entre a idade e independência funcional, cognição e marcha, e equilíbrio; ou seja, quanto mais as pessoas ficam idosas maiores são sua dependência funcional, déficit cognitivo e comprometimento da marcha e equilíbrio. Notou-se correlação positiva fraca entre a idade e a escala de depressão geriátrica. A correlação entre a escala de Lawton e as demais variáveis (Tabela 4) mostrou coeficientes de correlação de fraca magnitude, com valores negativos para a idade e ao estado psicológico associado à depressão, e valores positivos entre o tempo de estudo, estado cognitivo, marcha e equilíbrio.

Identificou-se que os idosos classificados como dependentes para atividades instrumentais de vida diária são, em sua maioria, mulheres (56,4%), analfabetos (47,4%) ou com ensino fundamental incompleto (48,7%), com idade acima de 65 anos (71,2%), residentes em zona rural (59,6%) e que procuram regularmente os serviços básicos de saúde (75%). Embora tenham demonstrado dependência para desempenhar atividades mais complexas do dia a dia, estes idosos se apresentaram em sua maioria com cognitivo preservado (56,4%), sem alterações consideráveis no estado emocional relacionados à depressão (86,5%) e com baixo risco para quedas (71,2%) (Tabela 5). Observou-se relação entre o nível de dependência funcional e escolaridade (OR 2,0; IC: 0,05 - 78,32), moradia na zona rural (OR 2,83; IC: 1,6 - 5,1), depressão (OR 5,18; IC: 1,2 - 22,8) e risco de quedas (OR 1,67; IC: 0,8 - 3,5).

A associação com a escolaridade apresentou-se com tendência linear, sendo a prevalência de

incapacidade para AIVD maior entre os idosos com menor escolaridade. Idosos residentes na zona rural tiveram maior prevalência para dependência funcional (RP = 2,83; IC95% 1,6 - 5,1). Pessoas idosas com grau de depressão leve apresentaram maior prevalência à dependência funcional comparadas às que tinham grau normal (RP = 5,18; IC95%: 1,2 - 22,8). Não houve associação significativa à dependência funcional em relação aos indivíduos idosos com alto e baixo risco para quedas (RP = 14,01; IC95%: 0,8 - 240,9). A regressão logística ajustada evidenciou que o grau leve de depressão (RP = 5,38; IC95%: 1,16 - 24,93; $p = 0,031$) e moradia em zona rural (RP = 2,86; IC95%: 1,58 - 5,18; $p = 0,001$) foram estatisticamente significativos.

Tabela 1 – Resultado da avaliação dos aspectos cognitivos, emocionais, risco para quedas e dependência funcional dos idosos em relação ao sexo.

| Variáveis | Sexo | | p-valor* |
|-----------|--------------|--------------|----------|
| | Homens | Mulheres | |
| MEEM | 21,76 ± 3,84 | 22 ± 4,33 | 0,548 |
| GDS | 2,47 ± 1,84 | 3,27 ± 2,44 | 0,016 |
| Tinneti | 25,81 ± 2,56 | 25,47 ± 3,24 | 0,816 |
| Lawton | 24,17 ± 3,22 | 23,69 ± 4,06 | 0,984 |

*Mann-Whitney.

Tabela 2 – Resultado da avaliação dos aspectos cognitivos, emocionais, risco para quedas e dependência funcional dos idosos em relação à idade.

| Variáveis | Idade | | p-valor* |
|-----------|--------------|--------------|----------|
| | Até 65 anos | Acima de 65 | |
| MEEM | 23,39 ± 3,65 | 21,22 ± 4,16 | <0,001 |
| GDS | 2,67 ± 1,98 | 3,06 ± 2,35 | 0,235 |
| Tinneti | 26,43 ± 2,4 | 25,24 ± 3,14 | 0,002 |
| Lawton | 24,76 ± 2,64 | 23,49 ± 4,08 | 0,047 |

*Mann-Whitney.

Tabela 3 – Valores de correlação de Spearman (r_s) da idade em relação aos aspectos cognitivos, emocionais, risco para quedas e dependência funcional dos idosos.

| Variáveis | Idade (r_s) | p-valor |
|-----------|-----------------|---------|
| MEEM | -0,31 | <0,001 |
| GDS | 0,22 | <0,001 |
| Tinneti | -0,34 | <0,001 |
| Lawton | -0,27 | <0,001 |

Tabela 4 – Valores de correlação de Spearman (r_s) da dependência funcional em relação as variáveis analisadas.

| Variáveis | Lawton (r_s) | p-valor |
|----------------|------------------|---------|
| Idade | -0,27 | <0,001 |
| Anos de estudo | 0,26 | <0,001 |
| MEEM | 0,37 | <0,001 |
| GDS | -0,22 | <0,001 |
| Tinneti | 0,28 | <0,001 |

Tabela 5 – Associação do nível dependência funcional frente às diferentes variáveis estudadas.

| Variáveis | Lawton | | | | OR (IC95%) | p-valor |
|---------------------|------------|------|--------------|------|---------------------|---------|
| | Dependente | | Independente | | | |
| | Freq. | % | Freq. | % | | |
| Sexo | | | | | | |
| Mulher | 88 | 56,4 | 45 | 61,6 | 0,81 (0,46 - 1,42) | 0,454 |
| Homem | 68 | 43,6 | 28 | 38,4 | 1 | |
| Escolaridade | | | | | | |
| Analfabeto | 74 | 47,4 | 18 | 24,7 | 8,2 (0,7 - 95,8) | 0,002* |
| EFI | 76 | 48,7 | 45 | 61,6 | 3,38 (0,3 - 38,3) | |
| EFC | 03 | 1,9 | 3 | 4,1 | 2,0 (0,1 - 35,8) | |
| EMI | 1 | 0,6 | 1 | 1,4 | 2,0 (0,05 - 78,32) | |
| EMC | 1 | 0,6 | 4 | 5,5 | 0,50 (0,01 - 12,91) | |
| PosG | 1 | 0,6 | 2 | 2,7 | 1 | |
| Idade | | | | | | |
| Acima de 65 anos | 111 | 71,2 | 46 | 63,0 | 1,44 (0,80 - 2,60) | 0,216 |
| Até 65 anos | 45 | 28,8 | 27 | 37,0 | 1 | |
| Domicílio | | | | | | |
| Zona rural | 93 | 59,6 | 25 | 34,2 | 2,83 (1,6 - 5,1) | <0,001† |
| Zona urbana | 63 | 40,4 | 48 | 65,8 | 1 | |
| Consulta | | | | | | |
| Não | 39 | 25,0 | 20 | 27,4 | 0,88 (0,5 - 1,7) | 0,699 |
| Sim | 117 | 75,0 | 53 | 72,6 | 1 | |
| MEEM | | | | | | |
| Déficit | 68 | 43,6 | 25 | 34,2 | 1,48 (0,8 - 2,6) | 0,180 |
| Preservado | 88 | 56,4 | 48 | 65,8 | 1 | |
| GDS | | | | | | |
| Severa | 1 | 0,6 | 1 | 1,4 | 0,51 (0,03 - 8,42) | 0,023* |
| Média | 20 | 12,8 | 2 | 2,7 | 5,18 (1,2 - 22,8) | |
| Normal | 135 | 86,5 | 70 | 95,9 | 1 | |
| Tinneti | | | | | | |
| Alto | 12 | 7,7 | 0 | 0 | 14,01 (0,8 - 240,9) | 0,007‡ |
| Moderado | 33 | 21,2 | 11 | 15,1 | 1,67 (0,8 - 3,5) | |
| Baixo | 111 | 71,2 | 62 | 84,9 | 1 | |

* teste exato de Fisher; † Qui-quadrado; ‡ Qui-quadrado para associação linear. OR (IC95%): Odds Ratio (Intervalo de confiança de 95%). EFI: ensino fundamental incompleto; EFC: ensino fundamental completo; EMI: ensino médio incompleto; EMC: ensino médio completo; PosG: pós-graduação.

DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento vem sendo tema recorrente de pesquisas nas mais diversas áreas do conhecimento, destacando-se seus fatores intrínsecos e extrínsecos. Observou-se no presente estudo uma população idosa composta em sua maioria por mulheres, com baixa escolaridade, com média de 70 anos de idade, residindo em zona rural e com significativa busca aos serviços de saúde na unidade básica de referência.

O perfil de idosos brasileiro mostra uma prevalência na faixa etária de 60-69 anos, a maioria do sexo feminino e com baixa escolaridade¹⁹⁻²⁷. No entanto, uma pesquisa realizada com idosos do meio rural observou predominância de participantes homens, porém analfabetos²⁸.

Em relação ao acesso e procura pelos serviços de saúde na atenção primária, percebeu-se que estes se configuram como principais pontos de atenção à saúde para a população economicamente menos favorecida, que não possui plano de saúde complementar, inclusive pessoas idosas^{28,29}. Dessa forma, destaca-se o papel da ESF na minimização das desigualdades sociais na

população idosa, muito embora ainda apresentem barreiras de acesso que necessitam ser superadas³⁰.

O estado emocional relacionado à depressão em pessoas idosas se configura como um fator preditivo para a redução da funcionalidade, tornando-o mais suscetível a um nível de fragilidade comprometedor. Pessoas idosas com sintomas depressivos tendem a um isolamento social, participando menos de eventos na comunidade, além de apresentarem uma menor frequência de visitas a familiares e amigos, comprometendo ainda mais seu desempenho funcional e levando a um menor cuidado com a saúde³¹⁻³³.

Os voluntários deste estudo não demonstraram alterações emocionais relacionadas à depressão, dos quais pouco mais de 10% da amostra apresentou alterações. Isto corrobora com achados de outros estudos, ao observarem que 82,9% dos idosos participantes não apresentaram sintomatologia depressiva e a maioria dos idosos não pontuou acima da nota de corte na Escala de Depressão Geriátrica, muito embora esse fator tenha-se associado significativamente à vulnerabilidade^{26,34}.

Evidenciou-se que sintomas depressivos se

apresentaram com forte e crescente associação com níveis de pré-fragilidade e fragilidade entre os idosos, com os frágeis apresentando chance 2,6 vezes maior para sintomatologia depressiva, não havendo risco de vulnerabilidade em relação ao sexo²².

Um estudo longitudinal avaliou a redução da capacidade funcional em idosos, observando que sintomas de depressão foram fatores importantes para dependência, reduzindo significativamente sua capacidade funcional com um risco 2,4 vezes maior em relação aos idosos sem sintomas depressivos³⁵. Sexo feminino, incapacidade funcional e indicativo de depressão associaram-se a um maior número de morbidades²⁷.

Pesquisas na população idosa apontam grande incidência de dificuldades de equilíbrio e marcha oriundas do processo natural de envelhecimento, o qual traz consigo disfunções no aparelho locomotor e no sistema sensorial, gerando instabilidade e alterações³⁶. No entanto, os achados deste estudo divergiram do que aponta a literatura, uma vez que mostraram baixo risco para quedas, seguido de moderado e alto.

Alterações funcionais de equilíbrio e marcha entre idosos apontaram tendência para quedas, sendo a idade fator de risco, não havendo associação em relação ao gênero³⁷, similar ao descrito no presente estudo. Um estudo que avaliou exclusivamente a recorrência de quedas entre idosos residentes na comunidade apontou que 77,6% dos participantes sofreram com sua recorrência, sendo mais evidente em mulheres na faixa etária acima de 70 anos e com baixa escolaridade³⁸.

Cabe ressaltar que a presença de demência é compreendida como um dos principais fatores desencadeadores para o aumento no risco de quedas em idosos. Apesar do equilíbrio estar mais afetado nos graus mais graves da demência, já há significativo comprometimento no grau leve³⁹.

Relaciona-se o alto risco de quedas em idosos com déficits cognitivos pela grande possibilidade de exposição à negligência, exclusão social e sintomas depressivos⁴⁰, percebendo-se forte influência dos fatores cognitivos na funcionalidade e independência da pessoa idosa.

O evento da queda é disparador para vulnerabilidade da pessoa idosa, sendo fator importante para o desenvolvimento da síndrome da fragilidade bem como para fraturas, internações prolongadas, isolamento social decorrente ao medo da reincidência de cair e aumento da dependência²⁹.

Em relação às funções cognitivas, a maior parte dos idosos desta pesquisa apresentou preservação das capacidades, o que se assemelha aos resultados da avaliação em idosos independentes²⁹. Constatou-se que idosos com alterações cognitivas possuíam mais dificuldade para realizar AIVD quando comparados às ABVD, intensificado naqueles que viviam em situações de pobreza⁴¹. A literatura científica tem apontado que nos estágios iniciais de demência já pode haver alterações na realização das atividades de vida diária e que idosos com alterações cognitivas leves apresentam comprometimentos nas AIVD, enquanto para as ABVD esse comprometimento seria mais significativo em estágios mais avançados da demência⁴², podendo estar

associada a eventos de AVE⁴³, com as quedas podendo ser fator desencadeador de lesões que agravam o comprometimento das funções do sistema nervoso⁴⁴.

No presente estudo, 68,1% dos idosos foram avaliados como dependentes, sendo os fatores sexo feminino, baixa escolaridade, idade avançada e residir em zona rural significativos para sua dependência. Semelhante a esses resultados, encontrou-se descrição de dependência relacionada ao desempenho de atividades instrumentais de vida diária na população idosa^{24,34}.

Percebe-se que há forte divergência nos estudos analisados no que diz respeito à dependência dos idosos, dos quais muitos apontam dependência e outros independência^{21,23,24}. No entanto, é consenso que os idosos se tornam dependentes primeiro para as AIVDs retardando sua dependência para ABVDs. Diversos fatores vêm sendo relacionados à dependência funcional dos idosos para AIVDs na literatura científica, dentre eles idade avançada²⁰, número de condições crônicas e nível de envolvimento social³³, ausência de escolaridade e fragilidade²². Um estudo avaliando a redução da capacidade funcional de idosos residentes na comunidade entre 2011 e 2014 identificou como principais fatores contribuintes para a redução da independência o sexo feminino, idade acima dos 80 anos, analfabetismo, estado civil sem união, renda menor que um salário-mínimo e insuficiência ativa³⁵. Por outro lado, o presente estudo mostrou associação da dependência funcional com os resultados dos demais instrumentos de avaliação, observando-se que depressão leve e alto risco para quedas se apresentaram como fatores predispostos a dependência funcional. O grau leve de depressão e moradia em zona rural se constituíram como fatores significativos, no modelo de análise multivariada, à dependência funcional da pessoa idosa.

Um estudo realizado com idosos residentes na zona rural sugeriu que estes apresentaram pior desempenho nas AIVDs em relação às ABVDs e que tinham menos sintomas depressivos e menos multimorbidades do que os residentes em zona urbana²⁸, o que se estreita diretamente com o encontrado na presente pesquisa. Outros autores encontraram ainda forte relação entre a autopercepção do estado de saúde de sintomas depressivos com frequência de quedas, destacando que a depressão afeta a capacidade funcional dos idosos a partir dos sintomas cognitivos, minimizando a capacidade de realização para AVDs⁴⁵, o que difere dos resultados do presente estudo.

A atuação profissional na atenção primária à saúde baseada numa avaliação que identifica os fatores influenciadores pode contribuir para a manutenção e/ou retardamento da dependência funcional refletindo numa melhor qualidade de vida da pessoa idosa por mais tempo possível. Assim, torna-se importante o desenvolvimento de atividades que promovam o bem-estar não somente físico, mas que contribuam para a promoção das funções cognitivas e emocionais. Desta forma, as equipes de saúde da família podem desenvolver estratégias a partir das situações individuais e coletivas inerentes ao seu território, promovendo atividades que favoreçam a autonomia e a

independência dos idosos.

Apontam-se como limitações do estudo o levantamento de dados de uma única cidade e de pequeno porte, além do número de participantes limitados pela pandemia de COVID-19, assim como eventuais vieses na coleta de dados. Nesta perspectiva, abre-se a possibilidade de estudos futuros relacionados à dependência funcional da pessoa idosa no âmbito da atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

- Crews DE, Zavotka S. Aging, disability, and frailty: implications for universal design. *J Physiol Anthropol*. 2006;25(1):113-18. <https://doi.org/10.2114/jpa2.25.113>
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing 2019 (ST/ESA/SER.A/444)*. New York: UN; 2020 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://bit.ly/3wIC76v>
- World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva, Switzerland: WHO; 2014 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://bit.ly/3wkZGLm>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Número 39. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://bit.ly/3ccGVtl>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população*. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. Available from: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>
- World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*/World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Available from: <https://bit.ly/3CjKd44>
- Veras R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):887-905. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2022 Aug 21]. 68p. Available from: <https://bit.ly/3T9wMi7>
- Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n° 2.528, de 19 de outubro de 2006. *Approva a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil; 2006 Oct 19; seção 1. Available from: <https://bit.ly/3Ak33K0>
- Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Braz J Phys Ther*. 2010;14(4):322-9. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552010005000019>
- Guralnik JM, Fried LP, Salive ME. Disability as a public health outcome in the aging population. *Annu Rev Public Health*. 1996;17:25-46. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.17.050196.000325>
- Guimarães LHCT, Galdino DCA, Martins FLM, Abreu SR, Lima M, Vitorino DFM. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Rev Neurociências*. 2004;12(3):130-3. <https://doi.org/10.34024/rnc.2004.v12.8859>
- Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EAS, Bachion MM, De Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(6):2887-98. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600026>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/quixere/panorama>
- Freitas EV, Miranda RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: Freitas EV (ed). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 900-9.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;57(2-B): 421-6. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199910\)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8)
- Shumway-Cook A, Baldwin M, Polissar NL, Gruber W. Predicting the probability for falls in community dwelling older adults. *Phys Ther*. 1997;77:812-9. <https://doi.org/10.1093/ptj/77.8.812>
- Albuquerque AG, Oliveira GSM, Silva VL, Nascimento CB. Capacidade funcional e linguagem de idosos não-participantes e participantes de grupos de intervenção multidisciplinar na atenção primária à saúde. *Rev CEFAAC*. 2012;14(5):952-62. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462012005000019>
- Almeida MHG, Litvoc J, Perez MP. Dificuldades para atividades básicas e instrumentais de vida diária, referidas por usuários de um Centro de Saúde Escola do Município de São Paulo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(2):187-200. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000200002>
- 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;16(4):727-38. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400007>
- Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(8):1631-43. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126312>
- Lopes GL, Santos MIPO. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Rev. Bras. Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):71-83. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14013>
- Sousa AAD, Martins AMEBL, Silveira MF, Coutinho WLM, Freitas DA, Vasconcelos EL et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. *ABCS Health Sci*. 2018;43(1):14-24. <https://doi.org/10.7322/abcshs.v43i1.986>
- Bernardes GM, Mambriini JVM, Costa MFL, Peixoto SV. Perfil de multimorbidade associado à incapacidade entre idosos residentes na região metropolitana de Belo Horizonte, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(5):1853-64. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.17192017>
- Cabral JF, Silva AMC, Mattos IE, Neves AQ, Luz LL, Ferreira DB, et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(9):3227-3236. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.22962017>
- Tavares DMS, Pelizaro PB, Pegorari MS, Paiva MM, Marchiori GF. Prevalência de morbidades autorreferidas e fatores associados entre idosos comunitários de Uberaba, Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2019;24(9):3305-13.

- <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.31912017>
28. Macedo E, Ulrich V, Bós AMG, AJG. Fatores relacionados à autopercepção do estado de saúde em idosos residentes no meio rural do Brasil. *Sci Med*. 2018;28(3):29698.
 29. Silva FA, Matos MIB, Esteves LSF. Avaliação do risco de queda em idosos independentes. *Colloq Vitae*. 2017;9(1):18-22. <https://doi.org/10.5747/cv.2017.v09.n1.v184>
 30. Pedraza DF, Nobre AMD, Albuquerque FJB, Menezes TN. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(3):923-33. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.11702016>
 31. Buurman BM, Van Munster BC, Korevaar JC, de Haan RJ, de Rooij SE. Variability in measuring activities of daily living functioning and functional decline in hospitalized older medical patients: a systematic review. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(6):619-27. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.005>
 32. Kawamoto R, Yoshida O, Oka Y. Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly. *Geriatrics Gerontol Int*. 2004;4:105-10. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2004.00130.x>
 33. Armenian HK, Pratt LA, Gallo J, Eaton WW. Psychopathology as a predictor of disability: a population-based follow-up study in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol*. 1998;148(3):269-75. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009635>
 34. Rabelo DF, Neri AL. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(3):507-19. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14120>
 35. Matos FS, Jesus CS, Carneiro JAO, Coqueiro RS, Fernandes MH, Brito TA. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(10):3393-3401. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.23382016>
 36. Gunter KB, White KN, Hayes WC, Snow CM. Functional mobility discriminates nonfallers from one-time and frequent fallers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000;55(11):672-6. <https://doi.org/10.1093/gerona/55.11.M672>
 37. Alves LV, Taguchi CK, Oliveira TL, Sousa MGC. Avaliação da tendência à quedas em idosos de Sergipe. *Revista CEFAC*. 2014;16(5):1389-96. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201425312>
 38. Bortoli CG, Piovezan MR, Piovesan EJ, Zonta MB. Equilíbrio, quedas e funcionalidade em idosos com alteração da função cognitiva. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(3):587-97. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14057>
 39. Carvalho AM, Coutinho ESF. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):448-54. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14057>
 40. Carmeli E, Zinger-Vaknin T, Morad M, Merrick J. Can physical training have an effect on well-being in adults with mild intellectual disability? *Mech Ageing Dev*. 2005;126(2):299-304. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2004.08.021>
 41. Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(4):520-6. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000400012>
 42. Marra TA, Pereira LSM, Faria CDCM, Pereira DS, Martins MAA, Tirado MGA. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Braz J Phys Ther*. 2007;11(4):267-73. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000400005>
 43. Custodio AD, Morais Filho AB, Gomes ATN, Lobato IAF, Cavalcanti JRLP, Falcão D et al. Caracterização epidemiológica dos casos de acidente vascular encefálico em reabilitação no Sistema Único de Saúde em Mossoró, Rio Grande do Norte. *Rev Cienc Saude*. 2021;11(4):70-7. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v11i4.1163>
 44. Guimarães JS, Freire MAM, Lima RR, Souza-Rodrigues RD, Costa AM, dos Santos CD et al. Mecanismos de degeneración secundaria en el sistema nervioso central durante los trastornos neuronales agudos y el daño en la sustancia blanca. *Rev Neurol*. 2009;48(6): 304-10. <https://doi.org/10.33588/rn.4806.2008512>
 45. Matias AGC, Fonseca MA, Matos MAA. Factor analysis of depressive symptoms and occurrence of falls among the elderly. *Sci Med*. 2015;25(1):ID19804. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2015.1.19804>

Conflitos de interesse: Os autores informam não haver conflitos de interesse relacionados a este artigo.

Contribuição individual dos autores:

Concepção e desenho do estudo: JRSA, LCO
 Análise e interpretação dos dados: JRSA, LCO
 Coleta de dados: JRSA, LCO
 Redação do manuscrito: JRSA
 Revisão crítica do texto: MAMF
 Aprovação final do manuscrito*: JRSA, LS, MAMF, LCO
 Análise estatística: JRSA

Responsabilidade geral pelo estudo: JRSA, LCO

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito submetido para publicação da Rev Cienc Saude.

Informações sobre financiamento: não se aplica.