

Os muito idosos: avaliação funcional multidimensional

The oldest old: multidimensional functional assessment

Los ancianos mayores: evaluación funcional multidimensional

Rogério Manuel Clemente Rodrigues*; Cristiana Filipa Ribeiro da Silva**;
Luís Manuel de Jesus Loureiro***; Sílvia Manuela Dias Tavares da Silva****;
Sandrina Sofia da Silva Crespo*****; Zaida de Aguiar Sá Azeredo*****

Resumo

Enquadramento: O processo de transição demográfica, traduzido em envelhecimento populacional, impõe a adequação de serviços de saúde, e sociais, às necessidades e expectativas dos idosos. A definição de intervenções exige uma avaliação funcional multidimensional.

Objetivos: Avaliar a capacidade funcional em cinco áreas (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária) da população com idade ≥ 75 anos do concelho de Coimbra.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo e correlacional, com amostra constituída por 1153 indivíduos. Foi utilizado o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos classificando os participantes, em cada área funcional, de *excelente a limitação total*.

Resultados: Classificados com *limitação grave* ou *total* encontramos na área de: recursos sociais 12,5% dos participantes; recursos económicos 15,4%; saúde mental 16,0%; saúde física 45,6%; e atividades de vida diária 23,6%. As mulheres e os indivíduos com idade ≥ 85 anos apresentam tendencialmente piores classificações.

Conclusão: A avaliação multidimensional fornece dados que permitem a intervenção integrada dos serviços sociais e de saúde atendendo a diferenças de género e idade.

Palavras-chave: envelhecimento da população; avaliação geriátrica.

Abstract

Theoretical framework: When translated into population ageing, the demographic transition process imposes an adaptation of the healthcare and social services to the needs and expectations of the elderly. The definition of interventions requires a multidimensional functional assessment.

Objectives: To assess the functional capacity of individuals aged 75 years and older from the municipality of Coimbra in five areas (social resources, economic resources, mental health, physical health and activities of daily living).

Methodology: Quantitative, descriptive and correlational study, with a sample of 1153 individuals. The Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos was used to classify the participants from *excellent to totally impaired* in each functional area.

Results: The participants were classified with severe or total impairment in the following areas: 12.5% in social resources; 15.4% in economic resources; 16.0% in mental health; 45.6% in physical health; and 23.6% in activities of daily living. Women and individuals aged 85 years and older usually had lower scores.

Conclusion: The multidimensional assessment provides data for an integrated intervention of healthcare and social services, taking into account gender and age differences.

Keywords: population ageing; geriatric assessment.

* Ph.D., Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [rogerio@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: escreveu o artigo; tratamento e avaliação estatística; análise de dados e discussão. Morada para correspondência: Rua Central, 6-A, Espírito Santo das Touregas, 3045-040, Coimbra, Portugal.

** EN., Enfermeira, Bolsista de Investigação, Unidade de Investigação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [cfribeiro@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: recolha de dados; pesquisa bibliográfica; escreveu o artigo; tratamento e avaliação estatística; análise de dados e discussão.

*** Ph.D., Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [luisloureiro@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: tratamento e avaliação estatística; análise de dados e discussão.

**** Ph.D., Enfermeira, Unidade de Cuidados na Comunidade, Centro de Saúde de Oliveira de Azeméis. Unidade de Investigação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [silviaacc@esnf.com]. Contribuição no artigo: análise de dados e discussão; revisão do artigo.

***** EN., Enfermeira, Bolsista de Investigação, Unidade de Investigação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [sandrina@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: recolha de dados; pesquisa bibliográfica; escreveu o artigo; tratamento e avaliação estatística; análise de dados e discussão.

***** Ph.D., Médica de Clínica Geral, Professora, Instituto Piaget, 4100-175, Porto, Portugal [zaida.azeredo@gmail.com]. Contribuição no artigo: análise de dados e discussão; revisão do artigo.

Resumen

Marco contextual: El proceso de transición demográfica, traducido en el envejecimiento de la población, impone la adecuación de los servicios de salud y sociales a las necesidades y expectativas de los ancianos. La definición de las intervenciones requiere una evaluación funcional multidimensional.

Objetivos: Evaluar la capacidad funcional en cinco áreas (recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y actividades de la vida diaria) de la población de ≥ 75 años de Coimbra.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional con una muestra de 1.153 individuos. Se utilizó el *Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos* y los participantes se clasificaron en cada área funcional de *excelente a limitación total*.

Resultados: Clasificados con *limitación grave* o *total* se encuentra, en el área de recursos sociales, el 12,5 % de los participantes; recursos económicos el 15,4 %; salud mental 16,0 %; salud física 45,6 % y actividades de la vida diaria el 23,6 %. Las mujeres y las personas de ≥ 85 años tienden a presentar clasificaciones peores.

Conclusión: La evaluación multidimensional proporciona datos que permiten la intervención integrada de los servicios sociales y de salud teniendo en cuenta las diferencias de género y edad.

Palabras clave: envejecimiento de la población; evaluación geriátrica.

Recebido para publicação em: 20.05.14

Aceite para publicação em: 22.09.14

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenómeno global caracterizado pelo aumento da esperança média de vida e diminuição da taxa de fertilidade (World Health Organization, 2011). Este processo é irreversivelmente associado a um aumento da incapacidade, amplificando os custos sociais e de saúde. É, assim, fundamental criar condições de saúde, sociais e económicas, para que a pessoa possa permanecer autónoma e independente o maior número de anos possível (WHO, 2011).

Neste contexto, o projeto *Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra*, PTDC/CS-SOC/114895/2009, tem o intuito de avaliar a capacidade funcional e a utilização e necessidade sentida de serviços de saúde e de apoio social pelos indivíduos com idade ≥ 75 anos.

A informação obtida permite aos decisores das políticas de saúde e social, adequar e implementar intervenções dirigidas a esta população tendo por base os resultados da avaliação funcional multidimensional.

No presente artigo iremos debruçar-nos essencialmente sobre os dados relativos à avaliação da capacidade funcional, evidenciando as diferenças entre sexos e grupos etários, por ser uma componente essencial para o planeamento da prestação de cuidados de saúde.

Enquadramento

Em Portugal, observa-se um processo de envelhecimento demográfico semelhante ao de outros países desenvolvidos, refletindo a diminuição da natalidade, o aumento da longevidade e, mais recentemente, o crescimento dos fluxos emigratórios da população ativa (Instituto Nacional de Estatística, 2013).

O índice de envelhecimento é, atualmente, de 131 pessoas idosas (≥ 65 anos) por cada 100 jovens (0-14 anos), sendo a esperança média de vida de 79,8 anos (INE, 2013). Este fenómeno é mais acentuado nas mulheres, refletindo a sua maior longevidade (INE, 2013).

Verifica-se também um aumento do número e proporção dos muitos idosos (pessoas com 85 ou mais anos), constituindo cerca de 12,0% da população nos países desenvolvidos, sendo, inclusivamente, em

alguns países, a faixa etária com crescimento mais rápido (WHO, 2011). Os indivíduos deste grupo etário apresentarão naturalmente maior incapacidade sendo um foco relevante de estudo e intervenção.

A Organização Mundial de Saúde define o envelhecimento ativo como um “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação social e segurança, de forma a promover a qualidade de vida ao longo do envelhecimento” (2002, p. 12). É, assim, um processo a que estão inerentes determinantes que influenciam a sua evolução, nomeadamente, sociais, económicos, comportamentais, pessoais, ambiente físico e serviços de saúde e sociais (WHO, 2002).

Ao conceito de envelhecimento ativo está intimamente ligado o de capacidade funcional, definido pela manutenção da autonomia e independência do idoso na sua vida diária, apesar de poder apresentar alguma limitação física, mental ou social (Cardoso & Costa, 2010; WHO, 2002).

Para planificar intervenções específicas que visem a eliminação de fatores de risco relacionados com a incapacidade e, simultaneamente, atuar ao nível da promoção da saúde e prevenção das doenças que interferem com a capacidade funcional dos idosos, particularmente daqueles com mais de 75 anos, é necessário avaliar a capacidade funcional (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, & Moreira, 2012).

As medidas de avaliação multidimensionais são as mais adequadas para este propósito, pois este tipo de instrumentos tem em consideração a multiplicidade de diagnósticos de saúde a que os idosos estão sujeitos (Patiño, Vásquez-Vizoso, & Veras, 1996; Rodrigues, 2009), permitindo avaliar não só a saúde física do idoso mas também a sua saúde mental, recursos sociais, recursos económicos e Atividades de Vida Diária (AVD).

Neste estudo a opção recaiu na versão portuguesa do *Older Americans Resources and Services* (OARS), validado para a população portuguesa (Ferreira & Rodrigues, 1999; Rodrigues, 2008), passando a designar-se por Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI). Este permite avaliar a capacidade funcional e a utilização e necessidade sentida de serviços, bem como, fornecer dados para o planeamento de intervenções.

Os cuidados de saúde primários surgem como entidade capaz de gerar e dinamizar esta intervenção,

maximizando e promovendo a fundamentada afetação de recursos e fornecendo aos decisores das políticas de saúde, e sociais, informações sobre a população idosa, que possibilitarão intervir de forma personalizada (Rodrigues, 2009).

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo de tipo descritivo e correlacional.

População e amostra

Definimos como população alvo os utentes com idade ≥ 75 anos (a 31 de dezembro de 2011) inscritos, e residentes, na área geográfica dos seis centros de saúde do concelho de Coimbra, do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego.

A partir da listagem de todos os utentes procedeu-se à estratificação da amostra por: sexo; ano de nascimento; e área de residência. A seleção da amostra foi efetuada, em cada estrato, mediante seleção aleatória simples.

A população englobava 16474 indivíduos tendo sido obtida uma amostra de 1153 participantes, correspondendo a 7,0% da população.

Procedimento para a recolha de dados

O primeiro contacto foi realizado pelo Enfermeiro do centro de saúde e, caso a pessoa se mostrasse disponível, era contactada pelos investigadores.

A fase de recolha de dados decorreu de junho de 2012 a outubro de 2013. As entrevistas ocorreram no domicílio ou no centro de saúde de acordo com a preferência do entrevistado, com uma duração média de 47 minutos.

Instrumento de recolha de dados

O questionário utilizado foi o QAFMI. Este inicia-se pela caracterização sociodemográfica e pelo *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) que avalia a função cognitiva, determinando se o idoso é idóneo para responder ao questionário ou se é necessário recorrer a um informante.

Estruturalmente o QAFMI inclui duas partes. A parte A avalia a funcionalidade nas áreas de recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e AVD. A parte B recolhe informação sobre a utilização,

nos últimos seis meses, de seis conjuntos de serviços (saúde; avaliação e coordenação; apoio geral; apoio económico; sociais e recreativos; e não classificados), num total de 23 serviços.

Os recursos sociais são avaliados pela quantidade e adequação da interação social e pela disponibilidade de ajuda em caso de doença. A avaliação dos recursos económicos centra-se nos rendimentos e na autoavaliação das necessidades económicas. A avaliação da saúde mental inclui o SPMSQ; o *Short Psychiatric Evaluation Schedule* para identificação de sintomas psiquiátricos; e a autoavaliação da saúde mental. A avaliação da saúde física centra-se na existência de patologias, uso de medicamentos e autoavaliação. Por último, a área das AVD é avaliada com recurso às escalas de AVD instrumentais e físicas.

O QAFMI/OARS classifica a capacidade funcional dos respondentes, em cada área funcional, de 1 a 6, correspondendo a *excelente*, *boa*, *limitação pequena*, *limitação moderada*, *limitação grave* e *limitação total*. Esta classificação pode ser definida pelo entrevistador (questões 87 a 91 do questionário), ou recorrendo a programa informático. Esta última forma foi a utilizada no estudo por minimizar o viés do entrevistador. Estes aspetos encontram-se amplamente desenvolvidos no trabalho de Ferreira, Rodrigues, e Nogueira (2006).

Tratamento estatístico dos dados

Os dados obtidos foram processados no programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS[®] versão 22.0) do Windows, tendo-se recorrido às estatísticas resumo adequadas e ao teste de comparação de proporções do qui-quadrado e respetiva medida de associação (V de Cramer). Nas tabelas serão apresentados os dados relativos à comparação entre os dois grupos etários^[A] e entre sexos para cada um dos grupos (75-84 anos^[B] e ≥ 85 anos^[C]).

Considerações ético-legais

O estudo foi autorizado pela Administração Regional de Saúde do Centro, pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (autorização N°1713/2012) e pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (parecer N° 90-05/2012). No momento da entrevista o indivíduo era informado dos objetivos do estudo e da garantia de

confidencialidade dos dados recolhidos, assinando o consentimento informado.

Resultados

A amostra é constituída por 422 participantes do sexo masculino e 731 do sexo feminino. Quanto ao grupo etário é constituída por 814 indivíduos entre 75-84 anos e por 339 indivíduos com idade ≥ 85 anos.

Em relação ao estado civil dos participantes, o estado de solteiro foi referido maioritariamente por mulheres (10,1% contra 1,4% do sexo masculino), enquanto a percentagem de homens casados é superior (76,1% e 33,9% de mulheres). A situação de viúvo é mais frequente nas mulheres (52,5% e 20,6%, respetivamente).

Quanto às habilitações literárias, não sabiam ler nem escrever, 8,8% dos homens e 26,0% das mulheres. Detinham o ensino básico primário, 51,4% dos homens e 45,6% das mulheres, e o ensino superior 9,5% dos homens e 6,0% das mulheres.

A apresentação dos dados centra-se no género e grupo etário, aspetos centrais para o planeamento de intervenções, já que os dados globais, por si só, fornecem uma imagem mais difusa da população em estudo.

Para a área de recursos sociais, não foi possível obter informação subjetiva, necessária à construção deste indicador final, de 54 elementos da amostra, existindo assim 1099 respondentes para esta área funcional.

No grupo etário 75-84 anos (Tabela 1), observou-se que 22,0% dos homens são classificados com *excelente*, 36,0% com *boa* e 7,4% com *limitação grave ou total*. Quanto às mulheres observou-se que 15,3% são classificadas com *excelente*, 26,8% com *boa* e 17,5% com *limitação grave ou total*. Esta diferença entre sexos é significativa ($p < 0,001$) apresentando, as mulheres, piores classificações.

Para o grupo etário ≥ 85 anos, 29,7% dos homens têm *excelentes* recursos sociais e nenhum é classificado com *limitação total*. Nas mulheres observou-se que 12,5% têm *excelentes* recursos sociais, 38,9% *limitação pequena* e 12,5% *limitação grave ou total*. Neste grupo etário também se verificou diferença significativa entre sexos ($p < 0,001$), sendo as mulheres pior classificadas. No total da amostra, 17,8% dos participantes são classificados com *excelente*, 30,7% com *boa*, 26,2% com *limitação pequena*, 12,7% com *limitação moderada*, 8,6% com *limitação grave* e 3,9% com *limitação total*. As diferenças são significativas para: o grupo etário ($p < 0,01$), com os de 75-84 anos pior classificados; e género ($p < 0,001$), com pior classificação para as mulheres.

Tabela 1

Distribuição segundo a classificação do modelo QAFMI/OARS na área de recursos sociais em função do sexo e do grupo etário. Inclui resultados do teste de diferença de proporções do qui-quadrado (χ^2) e medida de associação V de Cramer

Grupo etário ^[A] (anos)	Classificação	Sexo		
		Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
75-84 ^[B]	Excelente	69 (22,0)*	73 (15,3)	142 (17,9)
	Boa	113 (36,0)*	128 (26,8)	241 (30,4)
	Limitação pequena	76 (24,2)	110 (23,0)	186 (23,5)
	Limitação moderada	33 (10,5)	83 (17,4)*	116 (14,6)*
	Limitação grave	14 (4,5)	59 (12,3)*	73 (9,2)
	Limitação total	9 (2,9)	25 (5,2)*	34 (4,3)
	Total	314 (100,0)	478 (100,0)	792 (100,0)
≥ 85 ^[C]	Excelente	27 (29,7)*	27 (12,5)	54 (17,6)
	Boa	30 (33,0)	66 (30,6)	96 (31,3)
	Limitação pequena	18 (19,8)	84 (38,9)*	102 (33,2)*
	Limitação moderada	12 (13,2)*	12 (5,6)	24 (7,8)
	Limitação grave	4 (4,4)	18 (8,3)	22 (7,2)
	Limitação total	- (0,0)	9 (4,2)*	9 (2,9)
	Total	91 (100,0)	216 (100,0)	307 (100,0)

*Resíduos ajustados estandardizados $> 1,96$

[A] $\chi^2 = 18,298$; $p = 0,003$; VC = 0,13; [B] $\chi^2 = 31,472$; $p = 0,000$; VC = 0,20; [C] $\chi^2 = 27,834$; $p = 0,000$; VC = 0,30.

Na área de recursos económicos (Tabela 2), no grupo etário 75-84 anos, verificou-se que, dos homens, 41,9% foram classificados com *boa*, 35,6% com *limitação moderada* e 9,7% com *limitação grave ou total* nesta área. Quanto às mulheres observou-se que 35,4% têm *limitação moderada* nesta área e 13,9% apresentam *limitação grave ou total*. Estas diferenças entre sexos são significativas ($p < 0,05$), apresentando as mulheres piores classificações. Quanto ao grupo etário ≥ 85 anos, nenhum dos participantes foi classificado com *excelente*. Dos homens, 39,2% foram classificados com *boa* e 18,6% com *limitação grave ou total*. Quanto às mulheres,

40,1% apresentam *limitação moderada* e 24,9% apresentam *limitação grave ou total*. Estas diferenças são significativas ($p < 0,01$) com pior classificação para as mulheres.

No total da amostra, 0,3% dos participantes são classificados com *excelente*, 32,8% com *boa*, 15,6% com *limitação pequena*, 35,9% com *limitação moderada*, 11,7% com *limitação grave* e 3,7% com *limitação total*. A diferença é significativa entre os grupos etários ($p < 0,001$), com pior classificação para os mais idosos, e para o género ($p < 0,001$), com pior classificação para as mulheres.

Tabela 2

Distribuição segundo a classificação do modelo QAFMI/OARS na área de recursos económicos em função do sexo e do grupo etário. Inclui resultados do teste de diferença de proporções do qui-quadrado (χ^2) e medida de associação V de Cramer

Grupo etário (anos) ^[A]	Classificação	Sexo		
		Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
75-84 ^[B]	Excelente	1 (0,3)	2 (0,4)	3 (0,4)
	Boa	134 (41,9)*	157 (31,8)	291 (35,7)*
	Limitação pequena	40 (12,5)	91 (18,4)*	131 (16,1)
	Limitação moderada	114 (35,6)	175 (35,4)	289 (35,5)
	Limitação grave	21 (6,6)	54 (10,9)	75 (9,2)
	Limitação total	10 (3,1)	15 (3,0)	25 (3,1)
	Total	320 (100,0)	494 (100,0)	814 (100,0)
≥ 85 ^[C]	Excelente	- (0,0)	- (0,0)	- (0,0)
	Boa	40 (39,2)*	47 (19,8)	87 (25,7)
	Limitação pequena	13 (12,7)	36 (15,2)	49 (14,5)
	Limitação moderada	30 (29,4)	95 (40,1)	125 (36,9)
	Limitação grave	14 (13,7)	46 (19,4)	60 (17,7)*
	Limitação total	5 (4,9)	13 (5,5)	18 (5,3)
	Total	102 (100,0)	237 (100,0)	339 (100,0)

*Resíduos ajustados estandardizados $> 1,96$

[A] $\chi^2 = 27,145$; $p = 0,000$; VC = 0,15; [B] $\chi^2 = 13,840$; $p = 0,017$; VC = 0,13; [C] $\chi^2 = 14,286$; $p = 0,006$; VC = 0,21.

Na área de saúde mental (Tabela 3), para o grupo etário 75-84 anos observou-se que 50,9% dos homens apresentam classificação de *boa*, 18,4% *limitação pequena* e 6,3% *limitação grave ou total*. Nas mulheres 27,9% apresentam classificação *boa*, 26,1% *limitação pequena* e 17,0% *limitação grave ou total*. Estas diferenças entre sexos são significativas ($p < 0,001$).

No grupo etário ≥ 85 anos, 33,3% dos homens apresenta *boa* capacidade funcional nesta área, 26,5% *limitação pequena* e 18,6% *limitação grave ou total*.

Quanto às mulheres 26,2% são classificadas com *limitação pequena*, 24,5% com *limitação moderada* e 25,7% com *limitação grave ou total*. Neste grupo etário as diferenças entre sexos são também significativas ($p < 0,001$).

No total da amostra, 11,7% são classificados com *excelente*, 32,0% com *boa*, 24,0% com *limitação pequena*, 16,3% com *limitação moderada*, 16,0% com *limitação grave ou total*. Verificam-se diferenças entre grupos etários ($p < 0,001$) e género ($p < 0,001$), sendo os idosos e as mulheres piores classificados.

Tabela 3

Distribuição segundo a classificação do modelo QAFMI/OARS na área de saúde mental em função do sexo e do grupo etário. Inclui resultados do teste de diferença de proporções do qui-quadrado (χ^2) e medida de associação V de Cramer

Grupo etário (anos) ^[A]	Classificação	Sexo		
		Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
75-84 ^[B]	Excelente	51 (15,9)*	47 (9,5)	98 (12,0)
	Boa	163 (50,9)*	138 (27,9)	301 (37,0)*
	Limitação pequena	59 (18,4)	129 (26,1)*	188 (23,1)
	Limitação moderada	27 (8,4)	96 (19,4)*	123 (15,1)
	Limitação grave ou total	20 (6,3)	84 (17,0)*	104 (12,8)
	Total	320 (100,0)	494 (100,0)	814 (100,0)
≥85 ^[C]	Excelente	15 (14,7)	22 (9,3)	37 (10,9)
	Boa	34 (33,3)*	34 (14,3)	68 (20,1)
	Limitação pequena	27 (26,5)	62 (26,2)	89 (26,3)
	Limitação moderada	7 (6,9)	58 (24,5)*	65 (19,2)
	Limitação grave ou total	19 (18,6)	61 (25,7)	80 (23,6)*
	Total	102 (100,0)	237 (100,0)	339 (100,0)

*Resíduos ajustados estandarizados > 1,96

[A] $\chi^2=42,647$; $p=0,000$; VC=0,19; [B] $\chi^2=72,515$; $p=0,000$; VC=0,30; [C] $\chi^2=27,802$; $p=0,000$; VC=0,29.

Na área de saúde física (Tabela 4), nenhum participante foi classificado com *excelente* ou *boa* capacidade funcional. Para o grupo etário 75-84 anos, 61,9% dos homens foram classificados com *limitação moderada* e 37,8% com *limitação grave ou total*. Nas mulheres, 57,1% são classificadas com *limitação moderada* e 42,6% com *limitação grave ou total*. No grupo etário ≥85 anos, 51,0% dos homens são classificados com *limitação moderada* e 49,0% com *limitação grave ou total*. Das mulheres, 39,2% são classificadas com *limitação moderada* e 60,8% com *limitação grave ou total*.

Atendendo ao total da amostra, 0,3% dos participantes são classificados com *limitação pequena*, 54,2% com *limitação moderada*, 24,7% com *limitação grave* e 17,9% com *limitação total*. A diferença entre grupos etários ($p<0,001$) é significativa, sendo pior classificados os mais idosos. Quanto ao gênero a diferença, no total da amostra, é significativa ($p<0,01$), sendo as mulheres pior classificadas, apesar de dentro de cada grupo etário tal não se ter verificado.

Tabela 4

Distribuição segundo a classificação do modelo QAFMI/OARS na área de saúde física em função do sexo e do grupo etário. Inclui resultados do teste de diferença de proporções do qui-quadrado (χ^2) e medida de associação V de Cramer

Grupo etário (anos) ^[A]	Classificação	Sexo		
		Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
75-84 ^[B]	Excelente	- (0,0)	- (0,0)	- (0,0)
	Boa	- (0,0)	- (0,0)	- (0,0)
	Limitação pequena	1 (0,3)	2 (0,4)	3 (0,4)
	Limitação moderada	198 (61,9)	282 (57,1)	480 (59,0)*
	Limitação grave	95 (29,7)	146 (29,6)	241 (29,6)*
	Limitação total	26 (8,1)	64 (13,0)	90 (11,1)
Total	320 (100,0)	494 (100,0)	814 (100,0)	

	Excelente	- (0,0)	- (0,0)	- (0,0)
	Boa	- (0,0)	- (0,0)	- (0,0)
	Limitação pequena	- (0,0)	- (0,0)	- (0,0)
≥85 ^[C]	Limitação moderada	52 (51,0)	93 (39,2)	145 (42,8)
	Limitação grave	24 (23,5)	54 (22,8)	78 (23,0)
	Limitação total	26 (25,5)	90 (38,0)	116 (34,2)*
	Total	102 (100,0)	237 (100,0)	339 (100,0)

*Resíduos ajustados estandardizados >1,96

[A] $\chi^2=88,458$; $p=0,000$; VC=0,28; [B] $\chi^2=4,900$; $p=0,179$; [C] $\chi^2=5,563$; $p=0,062$.

Como se verifica na Tabela 5, para a área de AVD, no grupo etário 75-84 anos, observou-se que 43,1% dos homens são classificados com *excelente ou boa*, 34,1% com *limitação moderada* e 11,2% com *limitação grave ou total*. Quanto às mulheres, 38,1% são classificadas com *excelente ou boa*, 33,0% com *limitação pequena* e 16,2% com *limitação grave ou total*, sendo as mulheres pior classificadas ($p<0,001$). No grupo etário ≥85 anos, 47,1% dos homens são classificados com *limitação moderada* e 35,3% com *limitação grave ou total*. Das mulheres, 19,8% são

classificadas com *limitação moderada* e 50,7% com *limitação grave ou total*. Também neste grupo etário as mulheres são pior classificadas ($p<0,001$).

Considerando o total da amostra, 31,4% dos participantes são classificados com *excelente ou boa*, 21,9% com *limitação pequena*, 23,2% com *limitação moderada*, 7,1% com *limitação grave* e 16,5% com *limitação total*. Observam-se diferenças entre grupos etários ($p<0,001$), com pior classificação para os mais idosos, e entre sexos ($p<0,001$), com maiores limitações nas mulheres.

Tabela 5

Distribuição segundo a classificação do modelo QAFMI/OARS na área de AVD em função do sexo e do grupo etário. Inclui resultados do teste de diferença de proporções do qui-quadrado (χ^2) e medida de associação V de Cramer

Grupo etário (anos) ^[A]	Classificação	Sexo		
		Masculino	Feminino	Total
		n (%)	n (%)	n (%)
75-84 ^[B]	Excelente ou boa	138 (43,1)	188 (38,1)	326 (40,0)*
	Limitação pequena	37 (11,6)	163 (33,0)*	200 (24,6)*
	Limitação moderada	109 (34,1)*	63 (12,8)	172 (21,1)
	Limitação grave	10 (3,1)	32 (6,5)*	42 (5,2)
	Limitação total	26 (8,1)	48 (9,7)	74 (9,1)
	Total	320 (100,0)	494 (100,0)	814 (100,0)
≥85 ^[C]	Excelente ou boa	8 (7,8)	28 (11,8)	36 (10,6)
	Limitação pequena	10 (9,8)	42 (17,7)	52 (15,3)
	Limitação moderada	48 (47,1)*	47 (19,8)	95 (28,0)*
	Limitação grave	9 (8,8)	31 (13,1)	40 (11,8)*
	Limitação total	27 (26,5)	89 (37,6)*	116 (34,2)*
	Total	102 (100,0)	237 (100,0)	339 (100,0)

*Resíduos ajustados estandardizados >1,96

[A] $\chi^2=186,798$; $p=0,000$; VC=0,40; [B] $\chi^2=84,062$; $p=0,000$; VC=0,32; [C] $\chi^2=26,492$; $p=0,000$; VC=0,20.

Discussão

No nosso país os estudos com esta metodologia, e instrumento, são menos abrangentes, circunscrevendo-se à população inscrita em centro de saúde, ou a área de concelho com amostra mais reduzida. Pela

primeira vez foi possível reunir recursos para abranger um concelho de média dimensão e uma amostra que permite fornecer dados aos decisores na área social (autarquias) e de saúde (Administração Regional de Saúde) para o planeamento de intervenções dirigida a este grupo etário (≥75 anos).

Na área de recursos sociais é nítida a diferença entre sexos, apresentando as mulheres piores classificações, como consequência do menor contacto e participação social, e menor disponibilidade de ajuda resultante da situação de viuvez, facto já observado por Rodrigues (2009), Rodrigues (2012) e Silva (2014).

Tal como verificado em estudos anteriores por Oliveira et al. (2010), Rodrigues (2009) e Silva (2014), foram observadas diferenças entre grupos etários, com pior classificação no grupo dos 75-84 anos. Este facto poderá ser explicado pelo apoio mais evidente, tanto informal pelos filhos, como formal pela prestação de serviços por parte de instituições, aos idosos com idade ≥ 85 anos. Neste grupo etário, apesar de poder ter diminuído a interação social e ocorrido a morte do cônjuge, o apoio adicional propicia uma resposta efetiva às suas necessidades e também uma melhor autoavaliação da ajuda disponível em caso de doença (Rodrigues, 2009).

Na área de recursos económicos, as mulheres apresentam piores classificações, refletindo situações laborais com menor remuneração e também a consequência de uma viuvez mais precoce, diminuindo os seus rendimentos. Esta relação foi também observada por Rodrigues (2009), Rodrigues (2012) e Silva (2014).

As diferenças entre grupos etários, também referidas por Rodrigues (2009), remetem-nos para as diferenças no nível de escolaridade, indicando que os mais idosos, com menor escolaridade, exerceram profissões menos diferenciadas e, por isso, com menores rendimentos. De acordo com Alvarenga, Oliveira, Faccenda, e Souza (2011) a escolaridade é um indicador preciso do nível socioeconómico de uma população pois influencia o acesso a emprego, habitação e utilização de serviços de saúde.

Na área de saúde mental observámos diferenças significativas entre sexos e grupos etários, sendo as mulheres e os de idade ≥ 85 anos pior classificados. Estes resultados, tal como em estudos anteriores (Lima, Silva, & Ramos, 2009; Oliveira et al., 2010; Rodrigues, 2009; Rodrigues, 2012; Silva, 2014), refletem um declínio cognitivo e um aumento da perceção de perda de memória, mais acentuado no sexo feminino (Rodrigues, 2009).

De acordo com Alvarenga et al. (2011), o sexo, as habilitações literárias, o grupo etário, as condições habitacionais e morar acompanhado são fatores associados com o declínio cognitivo. No mesmo

estudo, os idosos com sintomas depressivos apresentavam menores rendimentos, condições habitacionais precárias, não praticavam atividade física ou atividades sociais e avaliaram a sua saúde como má. Com o envelhecimento diminui a capacidade funcional na área de saúde mental e aumenta a prevalência de demências. O investimento na saúde cognitiva, através da sua estimulação, por exemplo, é fulcral na prevenção do compromisso cognitivo e da incapacidade funcional (Apóstolo, Cardoso, Marta, & Amaral, 2011).

Na área de saúde física, se considerarmos o total da amostra, as mulheres apresentaram pior capacidade funcional, podendo ser explicado por uma autoavaliação mais negativa do seu estado de saúde e maior número de comorbidades associadas. Este facto foi também observado nos estudos de Ferreira et al. (2012), Rodrigues (2009), Rodrigues (2012) e Silva (2014) e, particularmente no primeiro, foi correlacionado com a maior prevalência de condições não-fatais entre as mulheres (osteoporose, depressão, entre outras) e com uma maior probabilidade de coexistirem mais doenças.

Os participantes com idade ≥ 85 anos apresentaram as piores classificações. O facto de nenhum ser classificado com *excelente* ou *boa* saúde física pode ser resultado da morbilidade, do consumo elevado de medicação e de uma autoavaliação negativa da sua saúde física atual (Rodrigues, 2009; Silva, 2014).

Nas AVD, ao contrário dos estudos de Farinasso (2005) e Rodrigues (2009), observámos diferenças entre sexos e entre grupos etários, relacionadas com o declínio físico e mental dos participantes, traduzido na menor capacidade para as AVD (Nikolova, Demers, Beland, & Giroux, 2011; Oliveira et al., 2010).

A diferença entre sexos poderá decorrer da capacidade para desempenhar atividades diferentes. Enquanto os homens têm maior capacidade, por exemplo, para usar o telefone e administrar o dinheiro, as mulheres apresentam maior capacidade para preparar as refeições. Contudo, nos estudos de Oliveira et al. (2010), Rodrigues (2012) e Silva (2014), os homens apresentaram maior dependência funcional nas AVD por uma maior dificuldade para as tarefas domésticas. As dificuldades sentidas pelos idosos nas AVD, como utilizar o telefone, podem não estar apenas relacionadas com as suas limitações físicas mas também com o rápido avanço tecnológico nas telecomunicações, dificultando a realização desta atividade (Farinasso, 2005).

As limitações à utilização desta metodologia prendem-se com a dimensão do questionário e tempo despendido para a recolha de dados. Contudo, a quantidade e qualidade da informação justificam a sua utilização.

Conclusão

Foi possível a caracterização da população ≥ 75 anos do concelho de Coimbra, com um misto de características urbanas e rurais, nas cinco áreas funcionais definidas.

Na área de recursos sociais e económicos 12,5% e 15,4% dos participantes, respetivamente, foram classificados com *limitação grave ou total*. É evidente a necessidade de reforço dos serviços sociais de forma a responder às carências da população idosa.

A avaliação da área de saúde mental revela que 16,0% dos participantes, com particular atenção para as mulheres e os de idade ≥ 85 anos, apresentam limitações nesta área, o que aconselharia a que nos cuidados de saúde primários se promovesse a existência de profissionais especializados em cuidados de saúde mental.

As áreas em que os participantes apresentaram maior incapacidade foram as de saúde física (45,6% com *limitação grave ou total*) e AVD (23,6% com *limitação grave ou total*). Este facto revela a importância da promoção da saúde e prevenção de incapacidades que se manifestam nesta faixa etária, aconselhando a promoção de programas dirigidos à actividade física e AVD nos cuidados de saúde primários.

Considerando o objetivo do estudo, podemos assumir que existe uma diferença de género associada ao envelhecimento, apresentando as mulheres e os mais idosos, tendencialmente, piores resultados de capacidade funcional.

O QAFMI/OARS, enquanto instrumento de medição desenvolvido especificamente para idosos, demonstrou ser eficaz na avaliação da capacidade funcional, ao incluir as áreas determinantes do processo de envelhecimento.

Para futuro será relevante o estudo da adequação e integração desta metodologia em contexto clínico comunitário, como instrumento de avaliação geriátrica compreensiva da população idosa, facultando dados para o planeamento de intervenções que promovam a permanência do idoso integrado no seu meio social e familiar.

Referências bibliográficas

- Alvarenga, M., Oliveira, M., Faccenda O., & Souza, R. (2011). Perfil social e funcional de idosos assistidos pela estratégia da saúde da família. *Cogitare Enfermagem*, 16(3), 478-485. Recuperado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20944>.
- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L., & Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 193-201.
- Cardoso, J., & Costa, J. (2010). Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(6), 2871-78. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600024&script=sci_arttext. doi: 10.1590/S1413-81232010000600024.
- Farinasso, A. (2005). *Perfil dos idosos em uma área de abrangência da estratégia de saúde da família* (Dissertação de Mestrado) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Brasil. Recuperado de <http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/343>. doi: 10.5712/rbmf3(11)343.
- Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A., & Moreira, M. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(3), 513-518. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300004&script=sci_arttext.
- Ferreira, P., & Rodrigues, R. (1999). Portuguese version of the OARS multidimensional functional assessment of older adults questionnaire. *Quality of life research*, 8(7), 597.
- Ferreira, P., Rodrigues, R., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra, Portugal: Mar da Palavra.
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Estatísticas Demográficas 2012*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Lima, M., Silva, R., & Ramos, L. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 1-7. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852009000100001&script=sci_arttext.
- Nikolova, R., Demers, L., Beland, F., & Giroux, F. (2011). Transitions in the functional status of disabled community-living older adults over a 3-year follow-up period. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52, 12-17. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19945757>. doi: 10.1016/j.archger.
- Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A., & Veríssimo, M. (2010). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa, Portugal: Alto Comissariado da Saúde.
- World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department Ageing and Life Course. (2002). *Active ageing a policy framework*.

- Genebra, Suíça: Autor. Recuperado de http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/.
- World Health Organization. National Institute on Aging. National Institute of Health. (2011). *Global Health and Aging*. Bethesda, MD: Author. Recuperado de http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/.
- Patiño, P., Vázquez-Vizoso, F., & Veras, C. (1996). The handicaps and the need for services among the aged detected in the health survey OARS-Vigo. *Medicina Clínica*, 106(17), 641-648.
- Rodrigues, R. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23(2), 109-115.
- Rodrigues, R. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos*. Coimbra, Portugal: Mar da Palavra.
- Rodrigues, T. (2012). *O modelo OARS na enfermagem comunitária: Avaliação da funcionalidade e utilização de serviços de uma população idosa rural* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Silva, S. (2014). *Estado funcional e utilização de serviços em idosos no habitat urbano: Estudo em São João da Madeira* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade de Santiago de Compostela, Departamento de Psiquiatria, Radiologia e Saúde Pública, Espanha.