

Funcionalidad global y factores asociados en los adultos mayores acompañados por la Atención Domiciliar de la Atención Básica*

Mariane Lurdes Predebon¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1085-3034>

Gilmara Ramos²

 <https://orcid.org/0000-0003-0198-3320>

Fernanda Laís Fengler Dal Pizzol³

 <https://orcid.org/0000-0002-6790-0121>

Naiana Oliveira dos Santos⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-5439-2607>

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin^{5,6}

 <https://orcid.org/0000-0003-1444-4086>

Idiane Rosset^{5,7}

 <https://orcid.org/0000-0003-3651-652X>

Objetivo: analizar la asociación de la funcionalidad global con los principales sistemas funcionales y con variables sociodemográficas de los adultos mayores vinculados a la Atención Domiciliar de la Atención Básica. **Método:** estudio transversal con 124 adultos mayores realizado por medio de entrevistas domiciliarias. La funcionalidad fue evaluada por las Actividades Básicas de Vida Diaria (Barthel) y por las Actividades Instrumentales de Vida Diaria (Lawton y Brody); los principales sistemas funcionales fueron evaluados con el Mini Examen del Estado Mental, el test *Timed Up and Go* y la Escala de Depresión Geriátrica (15 ítems); además, se utilizó el cuestionario con variables sociodemográficas. Se aplicaron análisis bivariados y multivariados (Regresión de Poisson). **Resultados:** 46% de los adultos mayores poseían dependencia moderada/grave/total para las actividades básicas y presentaron mediana de 12 en las actividades instrumentales. En los análisis multivariados, hubo asociación entre dependencia moderada/grave/total en las actividades básicas con disminución cognitiva ($p=0,021$) y en postrado en cama o en silla de ruedas ($p=0,014$). En la dependencia de las actividades instrumentales hubo asociación con edad ≥ 80 años ($p=0,006$), estado conyugal soltero/divorciado ($p=0,013$) con disminución cognitiva ($p=0,001$), postrado en cama o en silla de ruedas ($p=0,020$) y *Timed Up and Go* ≥ 20 segundos ($p=0,048$). **Conclusión:** la disminución del estado cognitivo y de la movilidad estuvo asociada con peor funcionalidad en las actividades básicas e instrumentales. Los hallazgos destacan la necesidad del acompañamiento de la Atención Domiciliar para esos individuos y sirven como orientadores de acciones de salud.

Descriptor: Enfermería Geriátrica; Envejecimiento; Actividades de la Vida Diaria; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; Cuidados de Enfermería en el Hogar; Atención Primaria de Salud.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Funcionalidad global y factores asociados en personas mayores vinculadas a la Atención Domiciliar en Atención Primaria", presentada en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Apoyo Financiero del Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE/HCPA), Proceso 160580, Brasil.

¹ Unimed Porto Alegre, Provimento de Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Hospital Moinhos de Ventos, Unidade de Internação, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ University of Alberta, Faculty of Nursing, Edmonton, Alberta, Canadá.

⁴ Universidade Franciscana, Departamento de Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁶ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Coordenação do Grupo de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁷ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Enfermagem em Atenção Primária em Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil.

Cómo citar este artículo

Predebon ML, Ramos G, Dal Pizzol FLF, Santos NO, Paskulin LMG, Rosset I. Global functionality and associated factors in the older adults followed by Home Care in Primary Health Care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3476.

[Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5026.3476>

Introducción

La Atención Domiciliar (AD) posee potencial estratégico delante del escenario de rápido envejecimiento poblacional y del aumento de enfermedades crónicas que repercuten en la funcionalidad de los individuos. En el Sistema Único de Salud (SUS), la AD está organizada en tres modalidades: Atención Domiciliar tipo 1 (AD1), que está destinada a los usuarios que requieren cuidados con menor frecuencia y complejidad, siendo de responsabilidad de la Atención Básica; Atención Domiciliar tipo 2 (AD2) y Atención Domiciliar tipo 3 (AD3), las cuales constituyen el programa Mejor en Casa, siendo de responsabilidad de servicios especializados denominado Servicio de Atención Domiciliar (SAD)⁽¹⁾.

La AD1 todavía está insuficientemente estructurada y la sistematización del cuidado prestado es poco abordada en publicaciones científicas, cuando comparada la AD2 y AD3. Entre tanto, la AD1 posee importante papel para evitar agravamientos y complicaciones de salud de individuos que tienen dificultad para trasladarse hasta un servicio de salud⁽¹⁾. A pesar de que no es dirigida solamente a los adultos mayores se observa, en la práctica, que gran parte de los usuarios posee más de 60 años, principalmente en locales con población más envejecida.

Los adultos mayores inseridos en la AD1 poseen algún comprometimiento de salud y con frecuencia limitaciones en sus capacidades funcionales. En ese sentido, la evaluación de la funcionalidad global y de factores asociados es esencial para la identificación de alteraciones, implementación de intervenciones y establecimiento de metas terapéuticas individualizadas⁽²⁾.

La funcionalidad global es un concepto amplio que comprende la capacidad del individuo de administrar su propia vida y cuidar de sí mismo. Se trata de la base del concepto de salud de los adultos mayores y tiene como núcleo a los principales sistemas funcionales de cognición, comunicación, humor y movilidad⁽²⁾. Estudios conducidos en Brasil, Estados Unidos e Inglaterra, con adultos mayores en general, identificaron como factores asociados a la disminución de la capacidad funcional⁽³⁻⁵⁾: no ser alfabetizado, tener edad avanzada (arriba de 70 años), poseer enfermedades crónicas, con déficit cognitivo y no tener soporte social, evidenciando de esa forma una compleja red, de factores multidimensionales, relacionada con la funcionalidad.

La Enfermería Gerontológica en la comunidad puede actuar en diversos frentes, como en el soporte psicológico, nutricional y físico a los adultos mayores pudiendo ser dirigida especialmente a las acciones de funcionalidad global y de actividades de la vida diaria⁽⁶⁻⁸⁾. En ese sentido, un estudio de intervención realizado en Nueva Zelanda, por enfermeras especialistas en Gerontología, evaluó la funcionalidad global de los adultos mayores

de la comunidad por medio del índice de Barthel y de la escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody. Los autores identificaron un aumento estadísticamente significativo para la intervención en relación al grupo control ($p=0,03$), en lo que se refiere a la realización de fisioterapia como forma de rehabilitación⁽⁹⁾. En esa perspectiva, es necesario relacionar la funcionalidad global con los factores asociados de los adultos mayores acompañados por la AD1; con ese conocimiento se puede viabilizar la planificación y la implementación de intervenciones específicas de Enfermería Gerontológica que contribuyan para prevenir agravamientos, postergar o rehabilitar incapacidades detectadas, además de auxiliar en la gestión del cuidado. Además, la evaluación de la funcionalidad global puede ser utilizada para extraer indicadores de salud y trazar planes de cuidados de los adultos mayores acompañados por la AD1.

La AD1 posee gran proximidad con los individuos acompañados por ser de responsabilidad de la Atención Básica, ya que esta mantiene el vínculo, la integralidad y la continuidad del cuidado en sus usuarios; esto que permite intervenir precozmente y monitorear condiciones de salud⁽¹⁰⁾. Sin embargo, todavía existe mucho a ser explorado, principalmente en lo que se refiere a la Enfermería Gerontológica y su sistematización. Es necesario ampliar los conocimientos y las tecnologías siguiendo el ritmo de la transición demográfica y epidemiológica, lo que requiere servicios y equipos de salud preparados para atender una población anciana en crecimiento acelerado, ya que puede existir un porcentaje significativo de los adultos mayores dependientes de cuidados, consecuentemente, de asistencia domiciliar, especialmente, prestada por el SUS.

Delante de lo expuesto, el objetivo del estudio fue analizar la asociación de la funcionalidad global a los principales sistemas funcionales y a las variables sociodemográficas de los adultos mayores vinculados a la Atención Domiciliar de la Atención Básica. El presente estudio contribuye para la discusión sobre nuevas prácticas de salud, especialmente las orientadas a la Enfermería Gerontológica y sobre políticas de salud dirigidas al cuidado de los adultos mayores vinculados a la AD1.

Método

Delineamiento del Estudio, Escenario, Período y Población

Se trata de un transversal analítico, realizado en el Distrito Sanitario (DS) Centro del municipio de Porto Alegre (RS), en Brasil, en el período de octubre de 2018 hasta abril de 2019. Entre las capitales brasileñas, Porto Alegre es la capital con mayor proporción de los

adultos mayores y el DS Centro, además es el DS más populoso del municipio, también tiene la mayor proporción de la población anciana ($n = 60,371$), representando aproximadamente 28,5% del municipio⁽¹¹⁾. El DS Centro está compuesto por tres servicios de Atención Básica que acompañan 227 usuarios en la AD1. De este total, 225 son adultos mayores, como se muestra en las listas suministradas por profesionales de la salud de los respectivos servicios.

Definición de la Muestra y Criterios de Selección

Para el cálculo del tamaño de la muestra fue utilizado el programa WinPepi, versión 11.65. Con base en un estudio realizado en la misma ciudad⁽¹²⁾, considerando un nivel de significación de 5%, poder estadístico de 80%, proporción de mayor dependencia funcional estimada en 40% y una razón de prevalencia leve de 1,7 para estimar factores asociados a los instrumentos que evalúan la capacidad funcional, el resultado fue de 112 los adultos mayores ancianos. Sin embargo, se optó por incluir la totalidad de la población anciana vinculada a la AD1 de los tres servicios; al aplicar los criterios de inclusión y de exclusión, la muestra tuvo un total de 124 adultos mayores.

Los criterios de inclusión fueron los adultos mayores ≥ 60 años, vinculadas a la AD1 del DS Centro del municipio de Porto Alegre. Los criterios de exclusión fueron: los adultos mayores no localizados después de tres intentos de contacto telefónico, en turnos y días diferentes, y que no estuviesen en el domicilio en el momento de la visita domiciliar; los adultos mayores sin capacidad de comunicación verbal o escrita; con diagnóstico médico previo de demencia avanzada; y institucionalizados. Esas condiciones fueron informadas por el equipo de salud con base en la ficha médica del usuario, o por el cuidador en la ocasión del contacto telefónico o de la visita domiciliar.

Recolección de Datos

La recolección de datos fue realizada por medio de entrevistas estructuradas, en el domicilio de los participantes, realizadas por enfermeras y discentes de graduación de Enfermería, previamente capacitados. Inicialmente fue realizada la identificación de los usuarios vinculados a la AD1 del DS Centro, del municipio de Porto Alegre, por medio de las listas con datos de contacto, suministradas por el equipo de salud. Para aquellos individuos que cumplieron con los criterios de inclusión, fue realizado el contacto telefónico para programar la entrevista en el domicilio; si el contacto telefónico no fue posible, se intentaría una visita domiciliar. En ese primer abordaje fueron confirmados los criterios de elegibilidad; así, 101 adultos mayores fueron excluidos.

Variables del Estudio e Instrumentos Utilizados para la Recolección de las Informaciones

Se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos conteniendo las siguientes variables: edad, sexo, escolaridad, estado conyugal, renta familiar, residiendo solo o acompañado, morbilidades y tiempo de acompañamiento en la AD1. Además de eso, fue investigada la presencia o no de cuidador, considerando que el cuidador es la persona responsable por auxiliar o realizar los cuidados físicos, emocionales y/o financieros; el cuidador podría ser informal (familiar o amigo no remunerado) o formal (contratado para cuidar de forma remunerada)⁽¹³⁾. Es conveniente recordar que esos datos fueron autorreferidos.

La funcionalidad global fue medida por la capacidad funcional para desempeñar Actividades Básicas e Instrumentales de Vida Diaria por el Índice de Barthel y por la Escala de Lawton y Brody, respectivamente. El Índice de Barthel, versión validada para uso en Brasil⁽¹⁴⁾, evalúa la funcionalidad en diez Actividades Básicas de Vida Diaria (ABVD), variando la puntuación de 0 a 100. Se considera dependiente total aquel que presenta puntuación inferior a 20; de 20 a 35, dependiente grave; de 40 a 55, dependiente moderado; de 60 a 99, dependiente leve y 100 independiente⁽¹⁴⁾. Además, se utilizó la versión de la Escala de Lawton y Brody reconocida por el Ministerio de la Salud⁽¹⁵⁾, ampliamente empleada para evaluación funcional de los adultos mayores en la Atención Básica y en la práctica clínica. Esa escala evalúa nueve Actividades Instrumentales de Vida Diaria (AIVD), siendo atribuido para cada actividad una puntuación de un a tres puntos ("Sin ayuda" – tres puntos; "Con ayuda parcial" – dos puntos; "No consigue" – un punto). Cuanto mayor es el puntaje total mayor será la independencia de los adultos mayores⁽¹⁵⁾. El autor de la escala original y la versión que consta en el material del Ministerio de la Salud⁽¹⁵⁾ no propone un punto de corte. Así, debido a que la distribución encontrada, en el presente estudio, era asimétrica, se optó por análisis estadísticos para clasificar la puntuación en dos categorías, de acuerdo con la mediana encontrada ($=12$). Son ellas: (a) adultos mayores con mayor nivel de dependencia para actividades instrumentales, fueron clasificados los adultos mayores que obtuvieron puntuación inferior a 12 y (b) ancianos con menor nivel de dependencia para actividades instrumentales, en el caso de aquellos que tuvieron la puntuación igual o mayor a 12.

Los principales sistemas funcionales evaluados fueron: cognición, comunicación, movilidad y humor. La cognición fue medida con el Mini Examen del Estado Mental (MEEM), versión adaptada para uso en Brasil⁽¹⁶⁾. El puntaje total varía de 0 a 30 puntos, y el punto de corte

establecido para disminución cognitiva es calculado de acuerdo con la escolaridad: 13 puntos para analfabetos, 18 para baja y media escolaridad (1 a 8 años incompletos) y 26 para alta escolaridad (8 o más años)⁽¹⁶⁾. Para evaluar la comunicación fueron utilizadas las cuestiones de 6 a 11 del MEEM⁽¹⁶⁾; estas incluyen ítems de repetición de frases y cumplimientos de órdenes que dependen de la audición de los adultos mayores, además de escribir y diseñar. La puntuación de esas cuestiones varía de 0 a 9 puntos, cuanto mayor es la puntuación, mejor será la comunicación. Las cuestiones que evaluaron la comunicación no fueron incluidas en el análisis multivariado por ser, también, cuestiones de la escala de cognición con fuerte correlación entre esas variables.

La Escala de Depresión Geriátrica (15 ítems), versión reducida y validada para uso en Brasil, fue utilizada en la evaluación del humor⁽¹⁷⁾. La puntuación total varía de 0 a 15 puntos. Entre 0 y 5 se considera ausencia de síntomas depresivos, de 6 a 10, síntomas depresivos leves y de 11 a 15, síntomas depresivos severos^(15,17).

El test *Timed Up and Go* (TUG), versión brasileña, fue utilizado para evaluar la movilidad⁽¹⁸⁾. Ese instrumento fue aplicado de acuerdo con lo preconizado por los autores del instrumento original. Así, se orientó a los adultos mayores que se sentara en una silla con brazos y se levantase después de la orden "puede iniciar"; debería caminar hacia adelante hasta una marca establecida en el piso, con su velocidad habitual; girar el cuerpo para regresar y caminar hasta poder sentarse en la misma silla⁽¹⁹⁾. Los puntos de corte para ese instrumento fueron basados en el estudio original (<10 segundos; 10 a 19 segundos; 20 a 29 segundos; ≥ 30 segundos)⁽¹⁹⁾; sin embargo, considerando que este estudio estuvo compuesto de sujetos que, en general, poseen limitaciones de locomoción (criterio de inclusión en la AD1), se optó por clasificar el TUG en dos categorías: buena movilidad (tiempo menor que 20 segundos) y alteración de la movilidad (tiempo igual o mayor que 20 segundos). Se destaca que el instrumento no fue utilizado como criterio de exclusión, apenas empleado en la evaluación de movilidad de los individuos que conseguían realizar el test. Por tanto, el TUG no fue aplicado para individuos postrados en cama o en silla de ruedas, los cuales fueron así clasificados en la categoría movilidad.

Tratamiento y Análisis de los Datos

Los datos recogidos fueron introducidos dos veces en la planilla del programa Excel[®] y, posteriormente, transportados para el SPSS 21.0. Para evaluar los factores asociados a la funcionalidad global se aplicó el análisis bivariado y multivariado de Regresión de Poisson; se analizaron de forma dicotómica, siendo presentado el resultado de mayor riesgo: "dependencia moderada/

grave/total" en las ABVD y puntuación <12 en las AIVD. El criterio para la entrada de la variable en el modelo multivariado fue que ella debía presentar un valor $p < 0,10$ en el análisis bivariado. La medida de efecto utilizada fue la Razón de Prevalencias (RP), en conjunto con el intervalo de 95% de confianza. El nivel de significación adoptado fue de 5% ($p < 0,05$).

Aspectos Éticos

El estudio fue aprobado por los Comités de Ética en Investigación del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 2.740.678) y de la Secretaría Municipal de Salud de la Porto Alegre (nº 2.900.696).

Resultados

Hubo predominio del sexo femenino (75,8%), con edad media de 82,8 años ($\pm 9,2$). La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas y el tiempo de acompañamiento en la AD1 de la muestra. Se destaca que, aproximadamente, la mitad de la muestra (48,4%) fue acompañada hace más de tres años por la AD1.

Tabla 1 – Características sociodemográficas y tiempo de acompañamiento de los adultos mayores en la AD1. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

Variables	n=124 (%)
Sexo*	
Femenino	94 (75,8)
Masculino	30 (24,2)
Intervalo etario*	
60 – 69	15 (12,1)
70 – 79	25 (20,2)
80 – 89	54 (43,5)
90 – 99	30 (24,2)
Estado conyugal*	
Casado	33 (26,6)
Soltero/Divorciado	32 (25,8)
Viudo	59 (47,6)
Nivel de escolaridad *	
0 – 4 años	56 (45,2)
5 – 8 años	37 (29,8)
> 8 años	31 (25,0)
Renta familiar**	
Hasta 2 s.m.	43 (34,7)
3-5 s.m.	58 (46,8)

(continúa en la columna siguiente...)

Variables	n=124 (%)
> 5 s.m.	23 (18,5)
Fuente de renta**	
Jubilación	99 (79,8)
Beneficio de seguridad social	36 (29,0)
Ayuda de la familia	27 (21,8)
Tiempo de acompañamiento en la AD1*	
<1 año	20 (16,1)
≥1 la 3 años	44 (35,5)
≥3 la 5 años	31 (25,0)
≥5 años	29 (23,4)

*Variables categóricas (%); †s.m. = Salario mínimo de 2018 R\$ 954,00; ‡El anciano podía tener más de una fuente de renta

En lo que se refiere a los cuidadores, 77 adultos mayores (62,1%) poseían cuidador, entre ellos 59 (76,6%) eran del tipo informal (familiares o amigos). Además de eso, 84% de los adultos mayores residían con compañía, conviviendo con hasta ocho personas en el mismo domicilio. La mediana de morbilidad fue 3 (2-4). En relación a la funcionalidad global, de acuerdo con los datos presentados en la Tabla 2, apenas 15 (12,1%) eran independientes para las ABVD y 52 (41,9%) poseían dependencia leve en las ABVD. Mientras que, en las AIVD la mediana encontrada fue de 12; siendo la muestra de 124 adultos mayores, 73 (58,9%) presentaron menor nivel de dependencia para las AIVD. En lo que se refiere a los principales sistemas funcionales, 61 adultos mayores (49,2%) poseían disminución cognitiva, presentaron media de 7,1 en la comunicación (próximo al límite superior evaluado) 61 (49,2%) expresaron tener síntomas depresivos (leves o severos), de los cuales 11,3% eran severos, 49 (39,5%) estaban postrados en cama o en silla de ruedas; entre los que podían deambular (n=75), más de la mitad (64%) presentó TUG ≥20 segundos.

Tabla 2 – Funcionalidad global y los principales sistemas funcionales: cognición, comunicación, humor y movilidad de los adultos mayores. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

Variables	n=124 (%)
ABVD - Barthel*	
Independiente	15 (12,1)

(continúa en la columna siguiente...)

Variables	n=124 (%)
Dependencia leve	52 (41,9)
Dependencia moderada	15 (12,1)
Dependencia grave	19 (15,3)
Dependencia total	23 (18,6)
AIVD - Lawton y Brody†	12 (10 - 21)‡
AIVD- Lawton y Brody<12‡	51(41,1)
AIVD- Lawton y Brody≥12‡	73(58,9)
COGNICIÓN – disminución cognitiva*	
Sin	63 (50,8)
Con	61 (49,2)
COMUNICACIÓN†	
	7,1 ± 2,0
HUMOR – síntomas depresivos*	
Sin	63 (50,8)
Leves	47 (37,9)
Severos	14 (11,3)
MOVILIDAD*	
TUG <20 segundos (n=27)	27 (21,8)
TUG ≥20 segundos (n=48)	48 (38,7)
Postrado en cama o en silla de ruedas	49 (39,5)

*Variables categóricas (%); †Variables continuas [media y desviación estándar o mediana e intervalo intercuartil (P25-P75)]; ‡Puntuación inferior a 12: ancianos con mayor nivel de dependencia para actividades instrumentales; puntuación igual o mayor que 12: ancianos con menor nivel de dependencia para actividades instrumentales

La Tabla 3 presenta el análisis bivariado de factores asociados a la dependencia moderada/grave/total en las ABVD y con puntuación inferior a 12 en las AIVD. Se destaca que las variables que presentaron p<0,10, en el análisis bivariado (Tabla 3) fueron para el modelo multivariado. En la perspectiva del análisis bivariado, se destaca el sistema funcional comunicación, el cual esclareció que para cada punto a más en su evaluación disminuye en 16% el riesgo de dependencia moderada/grave/total en las ABVD y 18% de mayor dependencia en las AIVD.

Tabla 3 – Análisis bivariado de la asociación de alteración de la funcionalidad global con los principales sistemas funcionales y variables sociodemográficas de los adultos mayores. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

Variables (n=124)	ABVD			AIVD		
	Dependencia* n=57 (%) [§]	RP [†] (IC 95%)	P	<12 [‡] n=64(%) [§]	RP [†] (IC 95%)	P
Sexo						
Masculino (n=30)	12 (40,0)	1,00		12 (40,0)	1,00	
Femenino (n=94)	45 (47,9)	1,20 (0,74 la 1,95)	0,469	52 (55,3)	1,38 (0,86 la 2,22)	0,180
Intervalo etario						
< 80 años (n=40)	14 (35,0)	1,00		13 (32,5)	1,00	
≥ 80 años (n=84)	43 (51,2)	1,46 (0,91 la 2,34)	0,114	51 (60,7)	1,87 (1,16 la 3,02)	0,010
Escolaridad						
0 a 4 años (n=56)	27 (48,2)	0,83 (0,55 la 1,24)	0,367	33 (58,9)	1,02 (0,70 la 1,47)	0,938
5 a 8 años (n=37)	12 (32,4)	0,56 (0,32 la 0,97)	0,039	13 (35,1)	0,61 (0,36 la 1,03)	0,063
> 8 años (n=31)	18 (58,1)	1,00		18 (58,1)	1,00	
Reside solo						
Si (n=20)	2 (10,0)	0,19 (0,05 la 0,71)	0,014	2 (10,0)	0,17 (0,05 la 0,63)	0,008
No (n=104)	55 (52,9)	1,00		62 (59,6)	1,00	
Estado conyugal						
Casado (n=33)	12 (36,4)	1,00		13 (39,4)	1,00	
Soltero/Divorciado (n=32)	14 (43,8)	1,20 (0,66 la 2,19)	0,545	15 (46,9)	1,19 (0,68 la 2,09)	0,544
Viudo (n=59)	31 (52,5)	1,45 (0,87 la 2,41)	0,159	36 (61,0)	1,55 (0,97 la 2,48)	0,068
Renta familiar [¶]						
1 a 2 s.m. (n=43)	16 (37,2)	0,54 (0,33 la 0,86)	0,010	18 (41,9)	0,54 (0,35 la 0,81)	0,003
3 a 5 s.m. (n=58)	25 (43,1)	0,62 (0,42 la 0,93)	0,019	28 (48,3)	0,62 (0,44 la 0,87)	0,006
> 5 s.m. (n=23)	16 (69,6)	1,00		18 (70,3)	1,00	
Disminución cognitiva						
Sin (n=63)	16 (25,4)	1,00		15 (23,8)	1,00	
Con (n=61)	41 (67,2)	2,65 (1,67 la 4,18)	<0,001	49 (80,3)	3,37 (2,13 la 5,34)	<0,001
Comunicación	-	0,84 (0,79 la 0,90)	<0,001	-	0,82 (0,78 la 0,87)	<0,001
Síntomas depresivos						
Sin (n=63)	22 (34,9)	1,00		24 (38,1)	1,00	
Leves (n=47)	26 (55,3)	1,58 (1,04 la 2,42)	0,033	27 (57,4)	1,51 (1,01 la 2,25)	0,044
Severos (n=14)	9 (64,3)	1,84 (1,10 la 3,08)	0,020	13 (92,9)	2,44 (1,72 la 3,45)	<0,001
Movilidad						
<20 segundos (n=27)	1 (3,7)	1,00		1 (3,7)	1,00	
≥20 segundos (n=48)	18 (37,5)	10,1 (1,43 la 71,7)	0,020	24 (50,0)	13,5 (1,93 la 94,3)	0,009
Postrado en cama o en silla de ruedas (n=49)	38 (77,6)	20,9 (3,04 la 144)	0,002	39 (79,6)	21,5(3,12 la 147)	0,002

*Dependencia moderada, grave y total en el Índice de Barthel; [†]RP = Razón de Prevalencia; [‡]Puntuación inferior a 12 en la escala de Lawton y Brody (ancianos con mayor nivel de dependencia para actividades instrumentales); [§]Porcentaje referente a la muestra total (n=124); [¶]s.m. = Salario mínimo de 2018 R\$ 954,00

En la Tabla 4 se presentan los resultados del análisis multivariado de factores asociados con la alteración de la funcionalidad global. Fue consolidada la asociación estadísticamente significativa de dependencia moderada/grave/total en las ABVD con la disminución cognitiva ($p=0,021$) y restricción total de movilidad (postrados en cama o en silla de ruedas) ($p=0,014$).

Por otro lado, en las AIVD se mantuvo la asociación de la puntuación inferior a 12 con el intervalo etario mayor o igual a 80 años ($p=0,006$), estado conyugal soltero/divorciado ($p=0,013$), presencia de disminución cognitiva ($p<0,001$), movilidad arriba de 20 segundos en el TUG ($p=0,048$) y postrado en cama o en silla de ruedas ($p=0,020$).

Tabla 4 – Análisis multivariado de la asociación de alteración de la funcionalidad global con los principales sistemas funcionales y variables sociodemográficas de los adultos mayores. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

Variables	ABVD*		AIVD†	
	RP‡ (IC 95%)	P	RP‡ (IC 95%)	P
Intervalo etario				
< 80 años (n=40)	-	-	1,00	
≥ 80 años (n=84)	-	-	1,58 (1,14 la 2,18)	0,006
Escolaridad				
0 a 4 años (n=56)	0,88 (0,59 la 1,29)	0,498	1,02 (0,74 la 1,41)	0,903
5 a 8 años (n=37)	0,72 (0,45 la 1,17)	0,190	0,74 (0,51 la 1,07)	0,112
> 8 años (n=31)	1,00		1,00	
Reside solo				
Si (n=20)	0,40 (0,15 la 1,06)	0,066	0,38 (0,13 la 1,12)	0,078
No (n=104)	1,00		1,00	
Estado conyugal				
Casado (n=33)	-	-	1,00	
Soltero/Divorciado (n=32)	-	-	1,58 (1,10 la 2,26)	0,013
Viudo (n=59)	-	-	1,31 (0,90 la 1,90)	0,157
Renta familiar§				
1 a 2 s.m. (n=43)	0,78 (0,53 la 1,15)	0,209	0,73 (0,53 la 1,01)	0,060
3 a 5 s.m. (n=58)	0,76 (0,54 la 1,08)	0,125	0,88 (0,67 la 1,15)	0,336
> 5 s.m. (n=23)	1,00		1,00	
Disminución Cognitiva				
Sin (n=63)	1,00		1,00	
Con (n=61)	1,66 (1,08 la 2,54)	0,021	2,23 (1,54 la 3,23)	<0,001
Síntomas depresivos				
Sin (n=63)	1,00		1,00	
Leves (n=47)	1,41 (0,95 la 2,09)	0,089	1,26 (0,91 la 1,75)	0,160
Severos (n=14)	1,04 (0,70 la 1,56)	0,833	1,25 (0,96 la 1,63)	0,093
Movilidad				
<20 segundos (n=27)	1,00		1,00	
≥20 segundos (n=48)	6,10 (0,87 la 42,7)	0,069	6,77 (1,01 la 45,3)	0,048
Postrado en cama o en silla de ruedas (n=49)	11,5 (1,66 la 80,5)	0,014	9,56 (1,43 la 64,2)	0,020

*Dependencia moderada, grave y total en el Índice de Barthel; †Puntuación menor que 12 en la escala de Lawton y Brody; ‡RP = Razón de prevalencia; §s.m. = Salario mínimo de 2018 R\$ 954,00

Discusión

Fueron observadas asociaciones entre dependencia moderada/grave/total en las ABVD con la disminución cognitiva y restricción de movilidad, en los adultos mayores en acompañamiento de la AD1. En las AIVD hubo asociación entre mayor dependencia con edad ≥ 80 años, estado conyugal soltero/divorciado con disminución cognitiva, restricción de movilidad y TUG ≥ 20 segundos. Se percibió que la disminución de la cognición y movilidad estuvo asociada con peor funcionalidad en las ABVD y AIVD, evidenciando la necesidad de preservar esos sistemas para la manutención de la independencia en el desempeño de sus actividades.

La mayor parte de la muestra era del sexo femenino, semejante a otros estudios realizados en Brasil, Estados Unidos y China, con adultos mayores en cuidado domiciliario⁽²⁰⁻²²⁾. En lo que se refiere a la edad, más de la mitad de la muestra tenía una edad igual o mayor a 80 años, siendo superior al intervalo etario encontrada en otro estudio con adultos mayores en cuidado domiciliar, en comunidades de bajo nivel económico del mismo municipio⁽²⁰⁾ y similar a un estudio transversal realizado en Estados Unidos con adultos mayores atendidos en el domicilio⁽²³⁾. Es posible que personas en situación socioeconómica menos favorable, asociada a otros factores como enfermedades crónicas, situaciones clínicas, propensión a caídas y capacidad limitada para desempeñar ejercicios físicos desarrollen dependencia para el desempeño de actividades y tengan necesidad de recibir cuidados en el domicilio precozmente⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Aproximadamente, mitad de la muestra (48,4%) fue acompañada desde hace más de tres años por la AD1. Cuanto mayor es el tiempo de acompañamiento, mayor será el vínculo entre profesional y usuario, lo que puede incentivar el cuidado de la manutención de la funcionalidad de los adultos mayores. Estudios japoneses y europeos destacan la creciente necesidad de AD con énfasis en la calidad de vida de los adultos mayores indicando que para alcanzar ese propósito es necesario intervenir en la funcionalidad; además mencionan la necesidad de invertir en acciones dirigidas al comprometimiento social, al desarrollo cognitivo y a la salud mental⁽²⁵⁻²⁷⁾. También, un estudio de revisión sistemática y metaanálisis de estudios prospectivos de cohorte destaca que la evaluación precoz de la fragilidad puede prevenir efectivamente la ocurrencia de deficiencia, inducida por la fragilidad de los adultos mayores⁽⁶⁾. Se destaca que entre los participantes del presente estudio, 67 adultos mayores (54%) eran independientes o poseían dependencia leve para las ABVD y 73 (58,9%) presentaron menor nivel de dependencia para las AIVD, señalando la importancia de la intervención

precoz de los profesionales de salud en la población de los adultos mayores de la AD1.

En lo que se refiere a la necesidad de tener un cuidador, de residir acompañado y de la relación con el número de morbilidades, se observó que más de la mitad de los adultos mayores poseían cuidador (tipo informal), residían acompañados y con mediana de tres morbilidades. La necesidad de poseer un cuidador con el avance de la edad, es un hecho que está siendo discutido en estudios nacionales e internacionales^(13,28-29). Más específicamente, el cuidado informal es la principal forma de cuidado prestado a los adultos mayores, en muchos países⁽³⁰⁾, lo que es apreciado como un pilar fundamental para la garantía y manutención de la asistencia domiciliar a los adultos mayores fragilizados^(28,31). De esa forma, de acuerdo con una revisión sistemática, que tuvo como objetivo identificar las preferencias y las necesidades en relación a la organización del cuidado informal en 44 estudios de 17 países diferentes, se deben considerar aspectos demográficos, financieros y culturales de cada realidad, ya que estos pueden influenciar las preferencias y las necesidades de los cuidadores informales⁽²⁸⁾. Siendo así, es imprescindible fortalecer la red de apoyo, especialmente la AD1, con la finalidad de auxiliar tanto al cuidador informal como a los adultos mayores con limitaciones funcionales en el domicilio^(13,29).

En cuanto a la funcionalidad global, más de un tercio de la muestra poseía dependencia leve para las ABVD y mayor dependencia para las AIVD (con baja mediana); este perfil era esperado para el acompañamiento AD1⁽²⁾, a pesar de que no se sabía el porcentaje de esos datos referentes a esa población específica. En el envejecimiento natural, el individuo ve reducido primero su capacidad para las actividades más complejas, aumentando gradualmente la necesidad de recibir soporte familiar y social en las demás tareas⁽⁴⁾. Hasta hace poco tiempo los adultos mayores recibían el cuidado, apenas del servicio de salud, pero era necesario que se trasladaran, muchas veces con gastos propios para el transporte, en cuanto otros solo accedían a estos servicios por medio de la atención por el servicio de emergencia; en ese sentido, la AD1 facilita el acceso a los servicios de salud. Para esto, las intervenciones prestadas deben ser dirigidas para la prevención de agravamientos, tratamiento, paliación y rehabilitación, considerándose la evaluación del contexto socioeconómico, individualmente⁽²⁾.

En relación al sistema funcional de la cognición, el porcentaje de disminución cognitivo, en estudios que utilizaron el MEEM, se mostró mayor que el encontrado en estudio transversal con adultos mayores comunitarios de siete ciudades brasileñas, en este 65,1% de los

participantes tenían menos de 75 años de edad y apenas 24,8% poseían disminución cognitiva⁽³²⁾; también, mayor que el encontrado en estudio de cohorte norteamericano con adultos mayores con edad basal media de 90.3 ± 6.3 , en que solamente 25% de estos adultos mayores presentaban déficit cognitivo⁽³³⁾. Los datos referidos destacan las limitaciones específicas presentes en adultos mayores que reciben AD. Además, un estudio en Corea del Sur, realizado con adultos mayores de la comunidad, apuntó que la disminución cognitiva es un factor que puede influenciar la determinación de fragilidad de los adultos mayores⁽³⁴⁾.

Un estudio en África del Sur, con grupos focales realizado con adultos mayores residentes en la comunidad, en tres áreas (alta, media y baja renta) indica que la comunicación es fundamental para que el adulto mayor entienda su condición de salud y presente adhesión al plan de cuidados presentado⁽³⁵⁾. A ese respecto, en el sistema funcional comunicación, la media estuvo próxima al límite superior evaluado, demostrando que la muestra poseía una buena comunicación por medio de: lenguaje, escritura, diseño y audición. Otro estudio en una población anciana que utiliza la internet, en el Reino Unido y en Australia, muestra que la tecnología digital puede facilitar la vida de los adultos mayores, ya que permite superar barreras físicas para acceder a los servicios; entre tanto, los adultos mayores con más edad todavía presentan dificultades en lidiar con las nuevas tecnologías⁽³⁶⁾. Como de contribución de la tecnología para uso del adultos mayores, se cita la necesidad de realizar acciones de inclusión y de orientación para el uso de aplicativos de comunicación como *WhatsApp*, o de aquellos desarrollados para producir recordaciones, (como recordar beber agua, por ejemplo) y aplicativos para estimularlos (como juegos de memoria o práctica de yoga). Sin embargo, es necesario orientar a los adultos mayores y sus cuidadores, que en ocasiones también son adultos mayores para el uso de estas tecnologías, especialmente la robótica, que puede estar calificando y facilitando la asistencia proporcionada. Además, un estudio canadiense propuso una evaluación remota para residentes más viejos de la comunidad, durante la pandemia del COVID-19, apuntó que en casos en los cuales los adultos mayores poseen dificultades en utilizar la tecnología, ellos pueden ser asesorados por otra persona, como un profesional de la salud o un cuidador⁽³⁷⁾.

Referente al sistema funcional humor, aproximadamente la mitad de la muestra poseía síntomas depresivos leves o severos, lo que indicó la necesidad de realizar abordajes de escucha activa, con enfoque psicosocial, para esos individuos. Esta proporción de adultos mayores con síntomas depresivos

fue superior a la encontrada en otros estudios nacionales con adultos mayores de la comunidad que usaron el mismo instrumento de evaluación⁽³⁸⁻³⁹⁾. Ese hallazgo puede estar relacionado a la limitación para salir del domicilio, la que es una característica frecuente en usuarios de la AD1. La presencia de síntomas depresivos puede repercutir en desinteresarse por realizar actividades de la vida diaria⁽⁴⁰⁾. Además de eso, un estudio transversal canadiense con individuos, con disturbios musculoesqueléticos relacionados con el trabajo, sugiere que la fatiga contribuye para la incapacidad y para reducciones significativas de esta, pueden ser alcanzadas por medio de intervenciones psicosociales que promuevan la reintegración del individuo, reduciendo, por consecuencia, la gravedad de los síntomas depresivos⁽⁴¹⁾. En ese sentido, es necesario que los profesionales de la salud presten atención a esas situaciones, promoviendo actividades que objetiven reducir los síntomas depresivos, sin descuidar el proceso natural del envejecimiento.

La movilidad fue el sistema funcional, en que los participantes, presentaron una gran limitación, ya que más de un tercio estaba postrado en cama o en silla de ruedas; entre los que tenían capacidad para deambular, más de la mitad presentó tiempo igual o superior a 20 segundos en el TUG. Dificultades en la movilidad, como presentadas en este estudio, con un tiempo mayor para el desempeño del TUG sirven como señales de alerta para realizar acciones preventivas, sobre todo porque aumentan la propensión de caídas⁽¹⁸⁾. Es posible que esa alteración de la movilidad y sus repercusiones en la participación social puedan estar relacionadas con los síntomas depresivos, presentes en casi mitad de la muestra.

En relación a los factores asociados a la funcionalidad global, las características sociodemográficas no presentaron asociación estadísticamente significativa en el análisis multivariado con dependencia moderada/grave/total en las ABVD, lo que difiere de otros estudios nacionales con adultos mayores, en general, que utilizaron el Índice de Katz⁽³⁻⁴⁾. Entre tanto, con puntuación inferior a 12 en las AIVD, fue encontrada asociación significativa con el intervalo etario igual o superior a 80 años ($p=0,006$) y el estado conyugal de soltero/divorciado ($p=0,013$), indicando que con el avance de la edad, se pierde antes de tiempo la capacidad de desempeñar actividades más complejas. Ese hallazgo coincide con un estudio transversal en 313 adultos mayores en Portugal, el cual mostró longevos sin gran preocupación con las actividades de autocuidado, ya que sienten que no vale la pena vivir, presentando mayor dependencia funcional⁽⁴²⁾.

En el análisis multivariado hubo asociación significativa de mayor dependencia funcional en las

ABVD y AIVD con los sistemas funcionales cognición y movilidad. Ese hallazgo puede estar relacionado con las enfermedades neurodegenerativas y su mayor prevalencia en edades más avanzadas. La disminución cognitiva presentó asociación semejante a la encontrada en otros estudios brasileños con adultos mayores, en general, que utilizaron el MEEM^(3,38). El estudio transversal realizado en cuatro locales de Canadá y de Latinoamérica, en 1.071 participantes residentes en la comunidad (con edades entre 64 y 75 años), destaca la necesidad de realizar intervenciones orientadas al desempeño cognitivo y físico de adultos mayores para prevención de incapacidades⁽⁴³⁾. Los adultos mayores con disminución cognitiva presentaron, en este estudio, cerca de 1,7 veces la probabilidad - de quien no tiene disminución cognitiva - de tener dependencia moderada/grave/total en las ABVD, y 2,2 veces de presentar mayor dependencia en las AIVD, evidenciando la gran interferencia de la cognición en el desempeño de las actividades. La razón de prevalencia fue mayor en las actividades más complejas (AIVD), ya que, como demostrado en otros estudios, para realizarlas es necesaria una mayor capacidad cognitiva^(4,43).

En cuanto a la alteración de la movilidad, estar postrado en cama o en silla de ruedas, presentó asociación con mayor dependencia en las ABVD y AIVD. La asociación encontrada resalta la necesidad de tener un plan de cuidados individualizado, dirigido para las implicaciones de alteración o restricción de movilidad en el desempeño de las actividades, objetivando acciones rehabilitadoras y/o preventivas de complicaciones, como lesiones por presiones y síndrome de inmovilidad⁽²⁾. Además, un tiempo mayor o igual a 20 segundos en el TUG presentó asociación con mayor dependencia en las AIVD ($p=0,048$), destacando que las actividades más complejas, fundamentales para mantener una vida independiente en la comunidad, pueden requerir mejor desempeño de los principales sistemas funcionales. Un estudio transversal mexicano, con 146 adultos mayores - que utilizó la Escala de Lawton y Brody para evaluación de las AIVD y el sistema GAITRite, software conectado a una pasarela portátil para evaluación de la movilidad, mostró que la velocidad de caminar, cadencia y largo del paso son variables que influyen en las AIVD⁽⁴⁴⁾.

La comunicación en el análisis bivariado apuntó que para cada punto a más en su evaluación, disminuye en 16% el riesgo de dependencia moderada/grave/total en las ABVD y de 18% de mayor dependencia en las AIVD. Ese hallazgo refuerza la importancia, de los profesionales de la salud, en la implantación de acciones dirigidas a la comunicación de estímulo y prevención, contemplando visión, audición y de hablar. Un ensayo clínico aleatorizado con 150 adultos mayores entre 65 y 98 años de edad

demostró que es importante incentivar a los adultos mayores a utilizar tecnologías, sobre todo porque algunas de estas ya son proyectadas para facilitar el uso por individuos longevos, como el sistema de computador PRISM, desarrollado para ser más útil y fácil de usar; este puede generar beneficios para el adulto mayor en su memoria y humor, además de fortalecer la red de apoyo⁽⁴⁵⁾.

Por otro lado, el sistema funcional humor no presentó, en el análisis multivariado, asociación significativa con mayor dependencia, diferente de otros estudios brasileños con muestras mayores de adultos mayores de la comunidad que utilizaron las escalas de Lawton y Brody, Katz y de Depresión Geriátrica en versión reducida⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾. Sin embargo, se destaca la importancia de los profesionales de intervenir precozmente, capacitando familiares para prestar atención a los síntomas indicativos de depresión y comunicarlos al equipo, objetivando minimizar la dependencia para el desempeño de la capacidad funcional e impacto sobre las morbilidades en el adulto mayor⁽⁴⁶⁾.

Los resultados de esta investigación posibilitan ampliar la visibilidad en cuanto al potencial de la AD1 frente a las nuevas demandas de salud, especialmente en el monitoreo del adulto mayor con limitaciones funcionales. Estudios internacionales de orden teórico y de investigación apuntan que son necesarios más esfuerzos para implementar y coordinar servicios de AD que garanticen buenas prácticas, con el objetivo de obtener una atención de calidad y la condiciones de salud a un costo razonable, para usuarios con incapacidad, de manera a promover el envejecimiento exitoso⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾. Así, se considera que, con el acelerado envejecimiento poblacional y el consecuente aumento de demandas en servicios de salud para adultos mayores, sobre todo en la asistencia domiciliar, es necesario que los enfermeros actuantes en la Atención Básica perfeccionen conocimientos dirigidos a los cuidados en Geriátrica y Gerontología.

En la práctica clínica, se observa que una evaluación geriátrica amplia, con adecuada anamnesis y abordaje de los principales sistemas funcionales, evaluados en este estudio, conjuntamente con la elaboración de un plan de cuidados centrado en esa población, objetivando dar continuidad a ese cuidado; así, posibilitando retardar los problemas de salud y consecuentemente el aumento de la calidad de vida del adulto mayor, además de reducir los costos para el sistema de salud y el estigma asociado a la incapacidad⁽⁵⁰⁾. Es conveniente recordar que la AD1 está presente en la gestión de cuidados, puede identificar necesidades precozmente, fortalecer los vínculos y la red de apoyo formal e informal, de ese modo, ampliando el acceso a la salud.

Este estudio presenta como limitación el diseño transversal, que impide inferencias causales. Además de eso, los resultados no pueden ser generalizados, debido a las características específicas de determinada región y al hecho de no haber incluido adultos mayores sin capacidad de comunicación y/o con demencia avanzada.

Como resultado, se sugiere realizar nuevos estudios de intervención, con la finalidad de obtener más contribuciones para evaluar la funcionalidad global de adultos mayores acompañados por la AD1, de modo a ampliar la discusión, con el objetivo de agregar bienestar a la longevidad, ofreciendo soporte y amparo a los adultos mayores, a los familiares y/o a los cuidadores.

Conclusión

La disminución de los sistemas funcionales de cognición y de movilidad estuvo asociada con peor funcionalidad en relación a las actividades básicas e instrumentales de vida diaria; las variables sociodemográficas edad ≥ 80 años y estado conyugal soltero/divorciado, estuvieron asociadas con peor funcionalidad a las AIVD. Los hallazgos destacan la necesidad del acompañamiento de la AD1 para esos individuos y sirven como importantes orientadores para la planificación e implementación de intervenciones de salud dirigidas a la mantención de la funcionalidad y al bienestar de la población anciana.

La gestión del cuidado y la evaluación gerontológica del adulto mayor en la AD de la Atención Básica mantiene el vínculo del adulto mayor con el servicio y mejoran la ampliación de acciones de mantención, recuperación de la salud, prevención de agravamientos y reinternaciones, así como la promoción de la salud en el ambiente domiciliar. En ese sentido, con base en los resultados provenientes de este estudio, el enfermero será capaz de evidenciar indicadores de salud, además de desarrollar planes de cuidados personalizados para el adulto mayor en la Atención Básica, en el contexto domiciliar.

Agradecimientos

Agradecemos a Juana Vieira Soares por la colaboración en la fase de recolección de datos.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [Acesso 12 out 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
2. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
3. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, et al. Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26:295-304. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000200007>
4. Araújo GKN, Souto RQ, Alves FAP, Sousa RCR, Ceballos AGC, Santos RC, et al. Functional capability and associated factors in the elderly living in the community. *Acta Paul Enferm*. 2019;32:312-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900043>
5. Zaninotto P, Batty GD, Stenholm S, Kawachi I, Hyde M, Goldberg M, et al. Socioeconomic Inequalities in Disability-free Life Expectancy in Older People from England and the United States: A Cross-national Population-Based Study. *J Gerontol A Biol Med Sci*. 2020;75(5):906-13. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/glz266>
6. Chang SF, Cheng CL, Lin HC. Frail Phenotype and Disability Prediction in Community-Dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *J Nurs Res*. 2019;27(3):e28. doi: <https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000299>
7. Goes M, Lopes MJ, Oliveira H, Fonseca C, Marôco J. A Nursing Care Intervention Model for Elderly People to Ascertain General Profiles of Functionality and Self Care Needs. *Sci Rep*. 2020;10(1770). doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58596-1>
8. Walters K, Kharicha K, Goodman C, Handley M, Manthorpe J, Cattan M, et al. Promoting independence, health and well-being for older people: a feasibility study of computer-aided health and social risk appraisal system in primary care. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):47. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0620-6>
9. King AII, Boyd ML, Raphael DL, Jull A. The effect of a gerontology nurse specialist for high needs older people in the community on healthcare utilisation: a controlled before-after study. *BMC Geriatr*. 2018;18(22). doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0717-3>
10. Ministério da Saúde (BR). Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [Acesso 6 fev 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
11. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Dados demográficos IBGE 2010 [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2020 [Acesso 12 out 2020]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918
12. Paskulin LMG, Bierhals CCBK, Santos NO, Day CB, Machado DO, Pinheiro EM, et al. Depressive symptoms of

- the elderly people and caregiver's burden in home care. *Invest Educ Enferm*. 2017;35:210-20. doi: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v35n2a10>
13. Li J, Song Y. Formal and informal care. *Encycl Gerontol Popul Aging*. 2019;1-8. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_847-1
14. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. *Acta Paul Enferm*. 2010;23:218-23. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
15. Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [Acesso 12 out 2020]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
16. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52:1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
17. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1999;57(2B):421-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
18. Dutra MC, Cabral ALL, Carvalho GA. Brazilian version of Timed Up and Go Test. *Rev Interfaces, Saúde, Hum Tecnol*. 2016;3(9):81-8. doi: <http://doi.org/10.16891/2317-434X.430>
19. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(2):142-8. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415>
20. Del Duca GF, Martinez AD, Bastos GAN. Profile of the elderly individual dependent on home care in low socioeconomic level communities in Porto Alegre in the state of Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17:1159-65. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500010>
21. Harrison KL, Leff B, Altan A, Dunning S, Patterson CR, Ritchie CS. What's Happening at Home: A Claims-based Approach to Better Understand Home Clinical Care Received by Older Adults. *Med Care*. 2020;58(4):360-7. doi: <http://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001267>
22. Hu B, Li B, Wang J, Shi C. Home and community care for older people in urban China: Receipt of services and sources of payment. *Health Soc Care Community*. 2019;00:1-11. doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.12856>
23. Zhao Y, Alderden J, Lind B, Stibrany J. Risk factors for falls in homebound community-dwelling older adults. *Public Health Nurs*. 2019;00:1-7. doi: <https://doi.org/10.1111/phn.12651>
24. Brennan DS, Keuskamp D, Balasubramanian M, Amarasena N. General health and well-being among primary care patients aged 75+ years: Associations with living conditions, oral health and dependency. *Australas J Ageing*. 2018;37(1):1-6. doi: <http://doi.org/10.1111/ajag.12475>
25. Biering P. Helpful approaches to older people experiencing mental health problems: a critical review of models of mental health care. *Eur J Ageing*. 2019;16:215-25. doi: <https://doi.org/10.1007/s10433-018-0490-3>
26. Sala G, Jopp D, Gobet F, Ogawa M, Ishioka Y, Masui Y, et al. The impact of leisure activities on older adults' cognitive function, physical function, and mental health. *PLoS One*. 2019;14(11):e0225006. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225006>
27. Arai H, Ouchi Y, Toba K, Endo T, Shimokado K, Tsubota K, et al. Japan as the front-runner of super-aged societies: perspectives from medicine and medical care in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15:673-87. doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.12450>
28. Plöthner M, Schmidt K, de Jong L, Zeidler J, Dammal K. Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):1-22. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1068-4>
29. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Informal and paid care for Brazilian older adults (National Health Survey, 2013). *Rev Saúde Pública*. 2017;51:1s-9s. doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000013>
30. World Health Organization. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2021 Feb 04]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Akgun-Citak E, Attepe-Ozden S, Vaskelyte A, van Bruchem-Visser RL, Pompili S, Kav S, et al. Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: Qualitative research in four European countries, the TRACE project. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020;87:103971. doi: <http://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103971>
32. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Methodology and social, demographic, cognitive, and frailty profiles of community-dwelling elderly from seven Brazilian cities: the FIBRA Study. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:778-92. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400015>
33. Santanasto AJ, Marron MM, Boudreau RM, Feitosa MF, Wojczynski MK, Arbeev KG, et al. Prevalence, Incidence, and Risk Factors for Overall, Physical, and Cognitive Independence Among Those From Exceptionally Long-

- Lived Families: The Long Life Family Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2020;75(5):899-905. doi: <http://doi.org/10.1093/gerona/glz124>
34. Ko H, Jung S. Association of Social Frailty with Physical Health, Cognitive Function, Psychological Health, and Life Satisfaction in Community-Dwelling Older Koreans. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(2):818. doi: <http://doi.org/10.3390/ijerph18020818>
35. Kelly G, Mrengqwa L, Geffen L. "They don't care about us": older people's experiences of primary healthcare in Cape Town, South Africa. *BMC Geriatr.* 2019;19(98):1-14. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1116-0>
36. Blažič BJ, Blažič AJ. Overcoming the digital divide with a modern approach to learning digital skills for the elderly adults. *Educ Inf Technol.* 2020;25(1):259-79. doi: <https://doi.org/10.1007/s10639-019-09961-9>
37. Beauchet O, Cooper-Brown L, Ivensky V, Launay CP. Telemedicine for housebound older persons during the Covid-19 pandemic. *Maturitas.* 2020;142(1):8-10. doi: <http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.06.024>
38. Nunes WA, Dias FA, Nascimento JS, Gomes NC, Tavares DMS. Cognition, functionality and depression indicative among elderly. *Rev Rene.* 2016;17:103-11. doi: <http://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100014>
39. Tavares DMS, Gomes NC, Soares LAL, Marchiori GF. Factors associated with the functional independence of community-dwelling elderly individuals aged 80 or over. *Cogitare Enferm.* 2019;24:e61527. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61527>
40. Hu B, Wang J. Unmet long-term care needs and depression: The double disadvantage of community-dwelling older people in rural China. *Health Soc Care Community.* 2018;27(1):126-38. doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.12630>
41. Yamada K, Adams H, Ellis T, Clark R, Sully C, Sullivan MJL. Reductions in Fatigue Predict Occupational Re-engagement in Individuals with Work-Related Musculoskeletal Disorders. *J Occup Rehabil.* 2020;30(1):135-45. doi: <http://doi.org/10.1007/s10926-019-09856-z>
42. Imaginário C, Rocha M, Machado P, Antunes C, Martins T. Functional capacity and self-care profiles of older people in senior care homes. *Scand J Caring Sci.* 2020;34(1):69-77. doi: <http://doi.org/10.1111/scs.12706>
43. Dansereau A, Hunter SW, Gomez F, Guralnik JM, DePaul VG, Auais M. Global cognition predicts the incidence of poor physical performance among older adults: a cross-national study. *Geriatr Gerontol Int.* 2020. doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.13864>
44. Duran-Badillo T, Salazar-González BC, Cruz-Quevedo JE, Sánchez-Alejo EJ, Gutierrez-Sanchez G, Hernández-Cortés PL. Sensory and cognitive functions, gait ability and functionality of older adults. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020;28:e3282. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3499.3282>
45. Mitzner TL, Savla J, Boot WR, Sharit J, Charness N, Czaja SJ, et al. Technology Adoption by Older Adults: Findings From the PRISM Trial. *Gerontologist.* 2019;59(1):34-44. doi: <http://doi.org/10.1093/geront/gny113>
46. Ferreira-Agreli B, Dias FA, Santos-Ferreira PCS, Gomes NC, Santos-Tavares DM. Functional disability and morbidities among the elderly people, according to socio-demographic conditions and indicative of depression. *Invest Educ Enferm.* 2017;35:48-58. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a06>
47. Aguiar BM, Silva PO, Vieira MA, Costa FM, Carneiro JA. Evaluation of functional disability and associated factors in the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22:e180163. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180163>
48. Mitra S, Brucker DL. Disability and aging: from successful aging to wellbeing through the capability and human development lens. *Disabil Health J.* 2020;13(4):100924. doi: <http://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100924>
49. Normal GJ, Wade AJ, Morris AM, Slaboda JC. Home and community-based services coordination for homebound older adults in home-based primary care. *BMC Geriatr.* 2018;18(1):241. doi: <http://doi.org/10.1186/s12877-018-0931-z>
50. Pinto AD, Shenfeld E, Lattanzio R, Aratangy T, Wang R, Nisenbaum R, et al. Routine identification of patients with disabilities in primary care: A mixed-methods study. *Disabil Health J.* 2020;13(2):100872. doi: <http://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100872>

Contribución de los autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Mariane Lurdes Predebon, Gilmar Ramos, Idiane Rosset. **Obtención de datos:** Mariane Lurdes Predebon, Gilmar Ramos, Idiane Rosset. **Análisis e interpretación de los datos:** Mariane Lurdes Predebon, Gilmar Ramos, Fernanda Laís Fengler Dal Pizzol, Naiana Oliveira dos Santos, Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, Idiane Rosset. **Análisis estadístico:** Mariane Lurdes Predebon, Gilmar Ramos, Idiane Rosset. **Obtención de financiación:** Mariane Lurdes Predebon, Gilmar Ramos, Idiane Rosset. **Redacción del manuscrito:** Mariane Lurdes Predebon, Gilmar Ramos, Fernanda Laís Fengler Dal Pizzol, Naiana Oliveira dos Santos, Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, Idiane Rosset. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Mariane Lurdes Predebon, Gilmar Ramos, Fernanda Laís Fengler Dal

Pizzol, Naiana Oliveira dos Santos, Lisiane Manganelli
Girardi Paskulin, Idiane Rosset.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 12.11.2020

Aceptado: 08.04.2021

Editora Asociada:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Mariane Lurdes Predebon

E-mail: predebon11@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1085-3034>