

Publication status: Preprint has been published in a journal as an article
DOI of the published article: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220019.supl.1.1>

Factors associated with functional disability in older adults with cancer treated at reference outpatient clinics in the state of Mato Grosso, Brazil

Juliana Fernandes Cabral, Noemi Dreyer Galvão, Amanda Cristina de Souza Andrade, Ageo Mário Cândido da Silva

<https://doi.org/10.1590/1980-549720220019.supl.1.1>

Submitted on: 2022-04-14

Posted on: 2022-04-19 (version 1)
(YYYY-MM-DD)

REV BRAS EPIDEMIOL 2022; 25: E220019.supl.1

DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220019.supl.1.1>

ARTIGO ORIGINAL

Fatores associados à incapacidade funcional em idosos com câncer atendidos em ambulatórios de referência no estado de Mato Grosso, Brasil

Factors associated with functional disability in older adults with cancer treated at reference outpatient clinics in the state of Mato Grosso, Brazil

Título resumido: Fatores associados à incapacidade funcional em idosos com câncer

Juliana Fernandes Cabral

<http://orcid.org/0000-0003-3215-4111>

Faculdade de Ciências Agrárias, Biológicas, Engenharias e da Saúde, Universidade do Estado de Mato Grosso (Unemat) e Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT). Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil.

Noemi Dreyer Galvão

<http://orcid.org/0000-0002-8337-0669>

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT) e Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

Amanda Cristina de Souza Andrade

<http://orcid.org/0000-0002-3366-4423>

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

Ageo Mário Cândido da Silva

<http://orcid.org/0000-0001-5293-9413>

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT) e Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

Autor correspondente: Juliana Fernandes Cabral. Endereço: Avenida das Palmeiras, 436, Jardim Imperial, Cuiabá, CEP 78.075-905. E-mail: julianacabral@unemat.br.

Agradecimentos: À Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso pela parceria na elaboração dos instrumentos e o contato com os serviços oncológicos; ao MPT 23^a Região pelo financiamento da pesquisa, aos hospitais Universitário Júlio Muller e de Câncer de Mato Grosso que proporcionaram a realização da coleta de dados em locais adequados para os pacientes.

Conflito de interesses: Os autores informam a inexistência de qualquer tipo de conflito de interesses.

Financiamento: Projeto Financiado pelo MPT 23^a Região, por meio do Acordo de Cooperação Técnica nº 08/2019.

Número de identificação/aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa: O projeto teve aprovação no Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio Muller (CEP-HUJM), número do parecer 3.048.183 de 20/11/2018 e no do CEP SES-MT, número do parecer 3.263.744 em 12/04/2019.

Colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito: JFC, AMCS e ACSA participaram na concepção, delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados. NDG da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito, participou da aprovação final da versão a ser publicada e na garantia de sua precisão e integridade.

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores associados à incapacidade funcional em idosos com câncer atendidos em ambulatórios de referência do estado de Mato Grosso, Brasil.

Método: Estudo transversal, com 463 idosos com 60 anos ou mais. A variável desfecho foi a incapacidade funcional avaliada através da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) desenvolvida por Lawton e Brody. As variáveis independentes foram as características sociodemográficas, estilo de vida, apoio social e condições de saúde. Foram realizadas análises bivariada e múltipla, calculando as Razões de Prevalência (RP), utilizando-se Regressão de Poisson com variância robusta.

Resultados: Prevalência de incapacidade funcional para as AIVD foi de 55,3%. As variáveis que se associaram à incapacidade funcional para as AIVD na análise múltipla foram: não trabalhar (RP=1,36, IC95%: 1,03-1,78), percepção de apoio afetivo baixo (RP=1,49, IC95%: 1,10-2,03) e médio (RP=1,30, IC95%: 1,04-1,64), sintomas depressivos (RP=1,31, IC95%: 1,10-1,56), desnutrição (RP=1,28, IC95%: 1,03-1,59), ter duas ou mais comorbidades (RP=1,30, IC95%: 1,03-1,64) e ter acompanhante aos serviços de saúde (RP=1,39, IC95%: 1,05-1,83). **Conclusão:** Além das condições de saúde física, comorbidade e desnutrição, as questões emocionais, de apoio social e trabalho, se associaram à incapacidade funcional, reforçando a importância de uma atenção integral e ações de manutenção e recuperação da capacidade funcional, promovendo maior qualidade de vida, independência do idoso com câncer e redução do risco de desfechos adversos em âmbito biopsicossocial.

Palavras-chave: Idoso; Estado Funcional; Neoplasias; Oncologia; Instituições de Assistência Ambulatorial; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors associated with functional disability in older adults with cancer treated at reference outpatient clinics in the state of Mato Grosso, Brazil.

Method: Cross-sectional study with 463 elderly aged 60 years or older. The outcome variable was the functional disability assessed using the Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) developed by Lawton and Brody. The independent variables were sociodemographic characteristics, lifestyle, social support and health conditions. Bivariate and multiple analyzes were performed, calculating the Prevalence Ratios (PR), using Poisson Regression with robust variance. **Results:** Prevalence of functional disability for IADL was 55.3%. The variables associated with functional disability for IADL in the multiple analysis were: not working (PR=1.36; 95%CI: 1.03-1.78), perception of low (PR=1.49, 95%CI %: 1.10-2.03) and medium (PR=1.30, 95%CI: 1.04-1.64) affective support, depressive symptoms (PR=1.31, 95%CI: 1.10-1.56), being malnourished (PR=1.28, 95%CI: 1.03-1.59), having two or more comorbidities (PR=1.30, 95%CI: 1.03-1.64) and having a companion to the services health care (PR=1.39, 95%CI: 1.05-1.83). **Conclusion:** In addition to physical health conditions, comorbidity and malnutrition, emotional, social support and work issues were associated with functional disability, reinforcing the importance of comprehensive care and actions to maintain and recover functional capacity, promoting greater quality of life, independence of the older adults with cancer and reduced risk of adverse outcomes in the biopsychosocial scope.

Keywords: Aged; Functional Status; Neoplasms; Medical Oncology; Ambulatory Care Facilities; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de morte no mundo e tem contribuído para modificar o padrão de crescimento da expectativa de vida em todos os países, a incidência e a mortalidade por câncer têm crescido de maneira acelerada¹. Em 2020, aproximadamente 19,3 milhões de pessoas no mundo tinham câncer e a previsão é que esse número chegue a 28,4 milhões em 2040².

Aproximadamente 70,0% dos casos de câncer no mundo ocorrem em pessoas após os 65 anos de idade¹. Em 2020, 12,3 milhões de casos novos de câncer foram estimados em idosos a partir dos 60 anos de idade³. No Brasil, a prevalência de câncer é até quatro vezes maior em idosos do que em adultos⁴, as estimativas foram de 592 mil casos novos de câncer em 2020, destes, mais de 62,0% em idosos³.

O cenário oncológico, seja o diagnóstico, a progressão do câncer, recidiva e tratamento, é determinante do declínio funcional⁵, que por sua vez é preditor de menor sobrevida. Pode contribuir também com alguns resultados adversos como morbidade, mortalidade, hospitalizações e quimiotoxicidade⁵. Além dos efeitos negativos sobre a saúde física, existem os custos psicossociais e financeiros do câncer em idosos⁶.

O câncer causa estresse físico e emocional, independentemente da idade, no entanto, quando comparado aos pacientes jovens, os idosos têm mais doenças crônicas pré-existentes, função física e cognitiva prejudicada e reserva fisiológica diminuída⁷, além disso, os idosos com câncer têm maior chance de apresentar incapacidade funcional⁸. O conceito de incapacidade funcional tem um caráter multidimensional, nessa abordagem a Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), definiu funcionalidade e incapacidade como resultado de uma complexa interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, distúrbios, traumas, entre outros) e os fatores contextuais: fatores ambientais e pessoais⁹.

A incapacidade funcional no idoso é geralmente expressa em termos de dificuldade em tarefas básicas de autocuidado, dentre elas as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), que levam a limitação na autonomia, dependência, reduzindo a qualidade de vida e aumentando o uso dos serviços de saúde^{10,11}. Nos estudos epidemiológicos geralmente é mensurada utilizando-se a escala de Lawton e Brody¹².

Estudo de meta-análise mostrou que a prevalência de incapacidade funcional em AIVD nos idosos com câncer da população mundial geral foi de 54,0%¹². Dos 43 estudos selecionados no referido estudo, apenas um foi realizado no Brasil, demonstrando que as pesquisas relacionadas à temática ainda são escassas no país. Em estudo nacional de base populacional 33,0% dos idosos referiram que o câncer ou algum problema por ele provocado, causava limitação nas atividades habituais¹³.

Estudos transversais indicaram uma relação entre as variáveis situação socioeconômica¹⁴, sedentarismo¹⁵, estado nutricional deficiente¹⁶, comorbidades¹⁷, depressão¹⁸, apoio social¹⁹ e a incapacidade funcional no idoso com câncer. Os estudos longitudinais demonstram a importância de se avaliar o comprometimento basal no estado funcional, polifarmácia, depressão, estado nutricional anormal, comprometimento cognitivo, comorbidades e maior carga de sintomas, que são preditores de declínio funcional em idosos com câncer^{5,8,20-22}.

Levando-se em consideração que a incapacidade é um conceito multidimensional e diante da escassez de estudos regionais, o presente estudo objetivou analisar os fatores sociodemográficos, de estilo de vida, saúde e apoio social associados à incapacidade funcional em idosos com câncer atendidos em ambulatórios de referência no estado de Mato Grosso.

MÉTODOS

Estudo transversal, faz parte da pesquisa “Câncer e seus fatores associados: análise de registro de base populacional e hospitalar de Cuiabá-MT”, desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) em parceria com o Ministério Público do Trabalho e com a Secretaria de Estado de Saúde. As entrevistas ocorreram de novembro de 2019 a março de 2020 e a coleta de dados em prontuário, de dezembro de 2019 a junho de 2021, sendo interrompida entre os meses de março de 2020 a abril de 2021, devido à pandemia da COVID-19. Os hospitais selecionados para o estudo foram o Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM), hospital-escola da UFMT e o Hospital de Câncer de Mato Grosso (HCan), uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), responsável por cerca de 70% do total de atendimentos oncológicos no estado (MT)²³.

A população estimada para MT em 2021 foi de 3.567.234 habitantes, no último censo quase 8% da população correspondiam a idosos. O estado possui 141 municípios distribuídos de forma heterogênea, apenas 5 tem população maior que 100 mil habitantes, sendo a maior concentração populacional na capital Cuiabá, com 623.614 habitantes^{24,25}.

Para o cálculo da amostra da pesquisa original considerou-se o número de internações por câncer de pacientes de 20 anos ou mais, atendidos em duas unidades hospitalares do estado de MT e obtidas do Registro Hospitalar de Câncer (2015), a proporção máxima ($p=0,50$), erro tolerável de 2,5% e nível de confiança de 95%. A amostra estimada foi de 1.050 pacientes, considerando 10% de perdas. Os critérios de inclusão para a seleção dos participantes foram os seguintes: pessoas com 18 anos ou mais, em tratamento para o câncer, atendidas nos ambulatórios do HCan e do HUJM, durante o período da coleta de dados, que aceitassem participar do estudo e que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram convidados a participar da pesquisa 1.122 pacientes, destes, 6 recusaram, totalizando 1.116. Durante a coleta de informações dos

prontuários, 21 entrevistados não tiveram seus prontuários localizados e em 83 o diagnóstico de câncer não foi confirmado. Assim a amostra final foi de 1.012 pacientes.

Para o presente estudo, foram selecionados da amostra total, os idosos com 60 anos ou mais, que estavam em atendimento ambulatorial, com diagnóstico de câncer, confirmado através do prontuário, independente do estadiamento e tipo de tratamento, totalizando 463 idosos. Como a amostra do estudo original não se restringiu a idosos, foi calculado a *posteriori* o poder da amostra para investigar os fatores associados à incapacidade funcional. Dessa forma, com a definição do tamanho da amostra de 463 idosos, a razão entre expostos e não expostos de 1,4, prevalências de 0,65 e 0,48 nos expostos e não expostos, respectivamente, e o alfa de 0,05, o poder foi de 95,7%.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista face a face nos próprios ambulatorios e por entrevistadores treinados, utilizando um coletor eletrônico de dados (*Open Data Kit* - ODK)²⁶. Eram convidados a participar do estudo os idosos que estavam agendados para consulta, somente o paciente poderia responder as questões. O questionário de coleta de dados continha questões sobre os principais fatores de risco para o câncer, doenças crônicas e incapacidade, além de utilização de questões já validadas utilizadas em pesquisas populacionais^{27,28}.

A variável desfecho foi a incapacidade funcional avaliada pela escala de Lawton e Brody²⁹ e validada para uso no Brasil³⁰, que avalia o desempenho do indivíduo em oito atividades que exigem maior elaboração e envolvem as funções cognitivas: usar o telefone, fazer compras, arrumar a casa, preparar refeições, realizar trabalhos domésticos manuais, usar os meios de transporte, manejar as medicações e controlar as finanças. Cada questão tem três possibilidades de resposta, que gera uma pontuação: 1 ponto (dependente); 2 pontos (dependência parcial) e 3 pontos (independente). O *score* final é a somatória da pontuação dos domínios e pode variar de 8 a 24 pontos. A

incapacidade foi definida como a necessidade de ajuda parcial ou total em pelo menos uma atividade (*score* \leq 23 pontos)²⁹.

As variáveis independentes foram as características sociodemográficas, estilo de vida, apoio social, religiosidade e condições de saúde. As variáveis sociodemográficas foram sexo, faixa etária, estado civil, raça/cor, escolaridade, classificação econômica utilizando o Critério de Classificação Econômica Brasil³¹, trabalha atualmente e município de residência.

As variáveis de estilo de vida, religiosidade e apoio social incluíram consumo de álcool, fuma e/ou fumou, fumante passivo no domicílio, atividade física no lazer, tempo abusivo de tela, permanecem conectados ao celular mais de 3h/dia. Religiosidade organizacional e não-organizacional. Apoio social: apoio material, apoio informacional/emocional, apoio afetivo e interação social positiva, cada dimensão foi categorizada de acordo com os *scores* em: baixo, médio e alto.

Em relação as variáveis de condições de saúde, foram incluídas antecedente de câncer na família, estadiamento, autoavaliação de saúde, possui convênio/plano de saúde, sintomas depressivos, ter acompanhante aos serviços de saúde, Índice de Massa Corporal (IMC) obtido a partir de peso e altura autorreferidos pelos pacientes durante a entrevista e classificado conforme a recomendação do Ministério da Saúde para idosos³², as medidas autorreferidas de peso e altura podem ser utilizadas como alternativas válidas para estimar o estado ponderal na população idosa brasileira^{28,33}. As comorbidades foram avaliadas utilizando a questão: “Algum médico já lhe deu o diagnóstico de: hipertensão arterial; diabetes; doença renal; doença endócrina; doença respiratória, ou outra doença (se sim, qual ou quais?)” e categorizada em: 2 ou mais; 1 ou nenhuma comorbidade. Também foram incluídas as variáveis clínicas: tipo de câncer conforme CID-10 (C00-C97; D46), estadiamento, metástase e tipo de tratamento, obtidas a partir do prontuário.

Para análise da prática de atividade física no lazer foram consideradas algumas respostas sobre o tipo de atividade realizada pelo idoso, frequência e duração da prática: considerados indivíduos ativos no lazer aqueles que realizam mais de 150 minutos de atividades físicas moderadas ou 75 minutos de atividades vigorosas semanalmente ou um combinado dessas, totalizando 150 minutos, seguindo as recomendações da OMS¹⁵. Multiplicou-se o tempo de duração pela frequência semanal das atividades consideradas moderadas e vigorosas^{15,27,28}.

Para avaliar o tabagismo atual e progresso as seguintes questões foram utilizadas: “Atualmente, o(a) sr(a) fuma algum produto do tabaco (...)?” e “No passado, o(a) sr(a) fumou algum produto do tabaco diariamente?”. Para investigar o tabagismo passivo: “Alguma das pessoas que moram com o(a) sr(a) costuma fumar dentro de casa?”. O consumo de álcool habitual foi definido como a ingestão de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, independente da dose²⁷.

O comportamento sedentário foi avaliado pelas questões: “Em média, quantas horas do seu tempo livre, este uso do computador, televisão, tablet ou celular ocupa por dia?”²⁸ e foi considerado tempo abusivo de tela, os indivíduos que despenderam três ou mais horas diárias do tempo livre nessas atividades.

As questões sobre religiosidade, fazem parte da versão em português da Escala de DUREL, utilizamos os dois primeiros itens do instrumento³⁴. As questões relacionadas aos sintomas depressivos, fazem parte do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), que se mostrou apropriado para rastreio de episódio depressivo maior na população brasileira, foi adotado o ponto de corte ≥ 9 , conforme recomendado³⁵.

As questões relacionadas ao apoio social fazem parte da Escala de Apoio Social (MOS-SSS) validada para o português³⁶, que aplica uma escala *Likert*: 0 (nunca); 1 (raramente); 2 (às vezes); 3 (quase sempre) e 4 (sempre). Foi utilizada a classificação em pontos de corte propostos por Zanini et al.³⁷ para avaliar as dimensões: apoio

material, apoio emocional/informacional, apoio afetivo e interação social positiva. Quanto mais alto o *score* maior é a percepção de apoio recebido em cada dimensão³⁷.

Na análise descritiva dos dados foram utilizadas frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e médias e desvios-padrão para variáveis numéricas. Na análise bivariada e múltipla foram calculadas as Razões de Prevalência (RP) e seus respectivos Intervalos de 95% de Confiança (IC 95%) como medida de associação entre a variável dependente incapacidade funcional nas AIVD e as variáveis independentes, utilizando-se Regressão de Poisson com variância robusta. Na análise múltipla foram incluídas todas as variáveis que apresentaram *p-valor* <0,20 na análise bivariada. Foi utilizado o método *backward*, onde foram retiradas progressivamente do modelo as variáveis que não apresentaram *p-valor* < 0,05, exceto as variáveis sexo e faixa etária que foram mantidas no modelo como ajuste. A adequação do modelo foi verificada pelo teste de *Goodness-of-fit*. Todas as análises foram realizadas no programa Stata® versão 16.1.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUIJM, sob parecer consubstanciado número 3.048.183 e pelo CEP da SES/MT com parecer de número 3.263.744.

RESULTADOS

A maioria dos idosos com câncer do presente estudo tinham entre 60 e 69 anos (56,4%), a média de idade foi de 69,4 anos (DP=7), eram do sexo masculino (61,8%), viviam com companheiro (54,2%), com escolaridade de até 8 anos de estudo (72,1%) e recebiam de 1 a menos que 3 salários mínimos (80,8%). Os tipos de câncer mais frequentes foram: próstata (36,7%), mama (17,7%), cólon e reto (7,1%), brônquios e pulmões (3,9%) e pele (2,6%). Autorreferiram duas ou mais comorbidades (31,6%), sendo as mais frequentes a hipertensão arterial (60,0%), o diabetes (17,3%), a doença renal crônica (10,6%) e a doença respiratória crônica (7,6%).

Quanto ao estadiamento do câncer, tinham estadiamentos classificados em 0, I e II (29,8%), III e IV (46,2%) e sem informação (24,0%). Estavam em tratamento curativo para o câncer (79,3%) e tratamento paliativo (20,7%). Quanto à presença de metástase à distância, 49,5% não possuía (M0), 19,2% apresentava metástase (M1), 4,3% eram os casos com impossibilidade de avaliar a presença de metástase à distância (MX) e 27,0% dos prontuários não tinham essa informação.

A prevalência de incapacidade nas AIVD foi de 55,3% (IC 95%: 50,7-59,9), sendo que as atividades em que os idosos apresentaram maior incapacidade na sua realização foram: arrumar a casa (41,3%), realizar compras (25,9%) e utilização de meio de transporte (22,9%).

Na análise bivariada, as variáveis sociodemográficas que se associaram à incapacidade nas AIVD foram a faixa etária de 70 anos e mais, escolaridade de até 8 anos de estudo e não trabalhar atualmente (Tabela 1).

As variáveis de apoio social que se associaram à incapacidade nas AIVD foram: nível de percepção de apoio informacional e emocional médio e nível de percepção de interação social positiva médio (Tabelas 3).

As variáveis de condições de saúde que se associaram à incapacidade nas AIVD foram: não possuir plano de saúde, ter 2 ou mais comorbidades crônicas, sintomas depressivos, desnutrição e ter acompanhante aos serviços de saúde. O estadiamento não teve associação significativa com a incapacidade funcional (III, IV ($p = 0,841$); sem informação ($p = 0,422$)) (Tabela 4).

As variáveis que permaneceram associadas à incapacidade funcional nas AIVD na análise múltipla foram: não trabalhar atualmente (RP=1,36, IC95%: 1,03-1,78), percepção de baixo apoio afetivo (RP=1,49, IC95%: 1,10-2,03), percepção de médio apoio afetivo (RP=1,30, IC95%: 1,04-1,64), sintomas depressivos (RP=1,31, IC95%: 1,10-1,56), desnutrição (RP=1,28, IC95%: 1,03-1,59), ter duas ou mais comorbidades (RP=1,30, IC95%: 1,03-1,64) e ter acompanhante aos serviços de saúde (RP=1,39, IC95%: 1,05-1,83) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou alta prevalência de incapacidade funcional para as AIVD de idosos com câncer atendidos ambulatorialmente, e a incapacidade funcional se associou a sintomas depressivos, apoio afetivo, trabalho, comorbidades, desnutrição e ter acompanhante aos serviços de saúde.

Em meta-análise a prevalência média de incapacidade em idosos no Brasil, foi de 42,8% entre as mulheres e 39,6% entre os homens. Sendo que as taxas de prevalências variaram de 12,3 a 94,1% nos homens e de 14,9 a 84,6% nas mulheres³⁸, esta variabilidade pode ser devido aos diferentes tipos de estudo e de contextos de coleta de dados. Já meta-análise realizada com estudos de abrangência mundial, identificou uma prevalência de incapacidade para as AIVD em idosos com câncer, variando entre 13,0 a 75,0%, em ambientes ambulatoriais¹².

Em estudo com idosos brasileiros portadores de multimorbidades, a prevalência de incapacidade nas AIVD foi bem menor (29,1%)³⁹. Em estudo de base-populacional com idosos da comunidade, a prevalência identificada foi de 34,0%, mesmo com 89,3% dos idosos apresentando algum tipo de comorbidade⁴⁰.

As atividades em que os idosos relataram maior incapacidade foram: trabalhos domésticos, realizar compras e utilizar meios de transporte. Estes achados corroboram com estudos que tiveram achados semelhantes^{12,40}, onde foi demonstrado que os idosos apresentam incapacidade em AIVD imprescindíveis ao seu bem-estar, autonomia e até liberdade de locomoção.

Observou-se uma associação entre presença de sintomas depressivos e maior incapacidade funcional nos idosos com câncer. Outros estudos destacam esta associação que pode trazer consequências negativas e até mesmo irreversíveis^{11,41}. Estudo comparativo em idosos com e sem câncer, que também utilizou o PHQ-9, encontrou maior prevalência de depressão nos idosos com câncer⁴². A literatura relata um conjunto de fatores associados, incluindo a depressão e o isolamento, que indicam um maior risco de suicídio em idosos com câncer⁴³.

A percepção de baixo e de médio apoio afetivo se associaram à incapacidade funcional para as AIVD. Semelhante ao nosso achado, estudo mexicano realizado com idosos da comunidade revelou que os idosos que não eram satisfeitos com o apoio social recebido, eram mais propensos a ter limitações nas AIVD⁴⁴. Estudo de base populacional no Brasil observou que os idosos que não vivem com companheiro, não participam de atividade social e não desempenham nenhum trabalho voluntário/remunerado, têm maiores chances de incapacidade nas AIVD⁴⁵. Em idosos sobreviventes de câncer nos Estados Unidos, a adição de novos relacionamentos à rede social teve efeito protetor contra o comprometimento funcional, por sua vez o declínio na frequência de contato com as pessoas da rede social se associou ao déficit funcional¹⁹.

A desnutrição também se associou com a incapacidade funcional em AIVD na presente pesquisa. Esta condição de saúde pode piorar o prognóstico e levar a outras complicações ao paciente idoso com câncer além do declínio funcional, como baixa sobrevida global, pior qualidade de vida, maior tempo de internação hospitalar, readmissão hospitalar, dentre outros^{16,22}.

A comorbidade também se associou ao declínio funcional, comorbidade é a coexistência de distúrbios, além de uma doença primária de interesse¹⁷. As comorbidades mais frequentes no presente estudo foram a hipertensão arterial e o diabetes, em estudo de base populacional com idosos brasileiros, tais doenças também foram mais frequentes seguidas pela artrite, cardiopatia, depressão, acidente vascular encefálico (AVE) e doença pulmonar, tal estudo destacou ainda que as doenças que mais contribuíram para a dependência nas AIVD foram a artrite e o AVE⁴⁶. No presente estudo, entretanto, a prevalência das doenças do sistema osteomioarticular, como a artrite, foi baixa (1,5%, dados não mostrados), assim como o AVE (0,4%, dados não mostrados), e este resultado pode estar relacionado à forma de mensuração, pois essas morbidades foram avaliadas na questão “outra doença” e não como perguntas separadas.

No panorama do câncer, a comorbidade está associada à presença, natureza e gravidade das condições de saúde que coexistem juntamente com o câncer, o seu impacto deve ser avaliado tanto a nível de tratamento, como na sobrevida¹⁷. Os estudos comprovam a relação da presença e carga de comorbidades com o aumento de déficits funcionais, além de pior sobrevida nos idosos com câncer^{7,47,48}.

O fato de o idoso não estar trabalhando à época da coleta de dados se associou como a incapacidade, resultado que corrobora com outros estudos, em que os idosos sem atividade profissional apresentaram diminuição da capacidade funcional para as AIVD^{40,45} e até piora no desempenho físico⁴⁹. Uma outra explicação, é a possibilidade

de causalidade reversa, onde o fato de o idoso estar com câncer, pode levar à incapacidade funcional e conseqüente perda ou suspensão das atividades de trabalho.

O fato de o idoso ter acompanhante aos serviços de saúde se associou à incapacidade, resultado esperado pelo fato de que os idosos dependentes muitas vezes têm mobilidade reduzida, dificuldade de utilizar os meios de transporte sozinhos, dependendo de auxílio do acompanhante para se deslocar^{40,50}.

Algumas limitações do estudo devem ser mencionadas, como impossibilidade de utilizar informações clínicas do câncer na análise de associação devido à alta frequência de dados faltantes e o fato de não ter sido realizada a avaliação do estado cognitivo, que pode estar associado a presença de depressão e incapacidade⁴¹. Além disso, o estudo não foi delineado para avaliar especificamente a população idosa e utilizou uma subamostra do estudo original. Ainda, o delineamento transversal impossibilita estabelecer a temporalidade entre exposição e desfecho. Deve ser considerado ainda o viés de sobrevivência, pois os idosos mais dependentes, com cânceres mais graves e até os idosos com idade mais avançada, poderiam ter morrido ou estarem hospitalizados, subestimando assim as prevalências investigadas. Como pontos fortes do estudo, podemos considerar que é um estudo de dados primários inédito no estado de Mato Grosso, com utilização de instrumentos validados para uso na população brasileira, além de ter sido realizado em ambulatórios de referência no tratamento do câncer.

Os resultados do estudo reforçam a importância da atenção integral à saúde do idoso, além dos aspectos da saúde física, os aspectos psicossociais são importantes a serem considerados em uma condição tão complexa como o câncer. Deve ser realizada a avaliação da capacidade funcional no pré-tratamento, durante e após o mesmo, ofertando meios que possibilitarão a manutenção e recuperação da funcionalidade do idoso, diminuindo assim os desfechos adversos em âmbito biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; 68(6):394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021; 71(3):209-49. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer [Internet]. 2020. [accessed 15 Jul 2021]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>
4. Oliveira MM, Malta DC, Guauche H, Moura L, Azevedo e Silva G. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2015;18(Suppl 2):146-57. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060013>
5. Nightingale G, Battisti NML, Loh KP, Puts M, Kenis C, Goldberg A, et al. Perspectives on functional status in older adults with cancer: An interprofessional report from the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) nursing and allied health interest group and young SIOG. *J Geriatr Oncol* 2021;12(4):658-65. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.10.018>
6. Estapé T. Cancer in the Elderly: Challenges and Barriers. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018;5(1):40-2. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_52_17
7. Rowland JH, Hewitt M, Yancik R. Cancer survivors in the United States: age, health, and disability. *J Gerontol A* 2003;58(1):M82–91. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.1.m82>
8. van Abbema D, van Vuuren A, van den Berkmortel F, van den Akker M, Deckx L, Buntinx F, et al. Functional status decline in older patients with breast and colorectal cancer after cancer treatment: a prospective cohort study. *J Geriatr Oncol* 2017;8(3):176–84. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2017.01.003>
9. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

10. Zanesco C, Bordin D, Santos CB, Fadel CB. Dificuldade funcional em idosos brasileiros: um estudo com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS - 2013). *Ciência & Saúde Coletiva* 2020;25(3): 1103-18. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.19702018>
11. Cabral JF, Silva AMC, Andrade ACS, Lopes EG, Mattos IE. Vulnerabilidade e Declínio Funcional em pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde: estudo longitudinal. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2021;24 (1): e200302. <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200302>
12. Neo J, Fettes L, Gao W, Higginson IJ, Maddocks M. Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev.* 2017;61:94-106. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.10.006>
13. Francisco PMSB, Friestino JKO, Ferraz RO, Bacurau AGM, Stopa SR, Moreira Filho DC. Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2020;23(2):e200023. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200023>
14. Jang BS, Chang JH. Socioeconomic status and survival outcomes in elderly cancer patients: A national health insurance service-elderly sample cohort study. *Cancer Med.* 2019;8(7):3604-13. <https://doi.org/10.1002/cam4.2231>
15. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman M, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behavior. *British Journal of Sports Medicine* 2020;54:1451-62. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
16. van den Broeke C, Burghgraeve T, Ummels M, Gescher N, Deckx L, Tjan-Heijnen V, et al. Occurrence of malnutrition and associated factors in community-dwelling older adults: Those with a recent diagnosis of cancer are at higher risk. *J Nutr Health Aging* 2018;22:191-8. <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0882-7>
17. Sarfati D, Koczwara B, Jackson C. The impact of comorbidity on cancer and its treatments. *CA Cancer J Clin* 2016;66(4):337-50. <https://doi.org/10.3322/caac.21342>
18. Presley CJ, Arrato NA, Janse S, Shields PG, Carbone DP, Wong ML, et al. Functional disability among older versus younger adults with advanced non-small-cell lung cancer. *JCO Oncol Pract.* 2021;17(6):e848-58. doi: 10.1200/OP.20.01004
19. Guida JL, Holt CL, Dallal CM, He X, Gold R, Liu H. Social relationships and functional impairment in aging cancer survivors: a longitudinal social network study. *Gerontologist* 2020;60(4):607-616. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz051>

20. Hoppe S, Rainfray M, Fonck M, Hoppenreys L, Blanc JF, Ceccaldi J, et al. Functional decline in older patients with cancer receiving first-line chemotherapy. *J Clin Oncol*. 2013;31(31):3877-82. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.47.7430>
21. Galvin A, Helmer C, Coureau G, Amadeo B, Rainfray M, Soubeyran P, et al. Determinants of functional decline in older adults experiencing cancer (the INCAPAC study). *J Geriatr Oncol*. 2019;10(6):913-20. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.03.006>
22. Zhang X, Edwards BJ. Malnutrition in Older Adults with Cancer. *Curr Oncol Rep* 2019; 21(80). <https://doi.org/10.1007/s11912-019-0829-8>
23. Mato Grosso. Resolução CIB/MT Ad referendum nº 001 de 20 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre a Aprovação do Plano de Ação da Atenção Oncológica no Estado de Mato Grosso de 2017 a 2019.
24. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2021: IBGE. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/panorama>
25. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/pesquisa/23/25207?tipo=ranking&indicador=25186>
26. Detoni MB, Lima DM, Silva TP, Machado LF, Tomiotto-Pellissier F, Costa IN, et al. Temporal and spatial distribution of American tegumentary leishmaniasis in north Paraná: 2010-2015. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2019;52(e20180119). <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0119-2018>
27. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: Manual de Entrevista de Saúde. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5591.pdf
28. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>

29. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
30. Santos RL, Virtuoso-Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais de vida diária. *Rev Bras Promoç Saúde* 2008;21(4):290-6. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/575>
31. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/09/2020. Critério de Classificação Econômica Brasil, ABEP, São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2020.pdf
32. Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção à Saúde. Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf
33. Moreira, Naiara Ferraz et al. Peso e altura autorreferidos são medidas válidas para determinar o estado de peso: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013). *Cadernos de Saúde Pública*. 2018;34(5):e00063917. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063917>
34. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Rev. psiquiatr. clín.* 2008; 35(1): 31-2. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>
35. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saude Publica* 2013;29(8):1533-43. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00144612>
36. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL e Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2005;21(3):703-14. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
37. Zanini DS, Peixoto EM e Nakano TC. Escala de Apoio Social (MOS-SSS): Proposta de Normatização com Referência nos Itens. *Trends in Psychology* 2018;26(1):387-99. <https://doi.org/10.9788/tp2018.1-15pt>

38. Campos ACV, Almeida MHM, Campos GV, Bogutchi TF. Prevalence of functional incapacity by gender in elderly people in Brazil: a systematic review with meta-analysis. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2016;19(3):545-59. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150086>
39. Schmidt TP, Wagner KJP, Schneider IJC, Danielewicz AL. Padrões de multimorbidade e incapacidade funcional em idosos brasileiros: estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2020;36(11):e00241619. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00241619>
40. Farías-Antúnez S, Lima NP, Bierhals IO, Gomes AP, Vieira LS, Tomasi E. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2018;27(2):e2017290. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200005>
41. Hajek A, König HH. Longitudinal predictors of functional impairment in older adults in Europe-evidence from the survey of health, ageing and retirement in Europe. *PLoS One* 2016;11(1):e0146967. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146967>.
42. Hammermüller C, Hinz A, Dietz A, Wichmann G, Pirlich M, Berger T, et al. Depression, anxiety, fatigue, and quality of life in a large sample of patients suffering from head and neck cancer in comparison with the general population. *BMC Cancer* 2021;21(94). <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07773-6>
43. Santos MA. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciênc. saúde coletiva* 2017; 22(9): 3061-75. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.05882016>.
44. Mendoza-Núñez VM, González-Mantilla F, Correa-Muñoz E, Retana-Ugalde R. Relationship between social support networks and physical functioning in older community-dwelling mexicans. *Int J Environ Res Public Health* 2017;14(9):993. <https://doi.org/10.3390/ijerph14090993>
45. Oliveira-Figueiredo DST, Felisbino-Mendes MS, Velasquez-Melendez G. Associação entre rede social e incapacidade funcional em idosos brasileiros. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(3):e20200770. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0770>
46. Costa Filho AM, Mambrini JVM, Malta DC, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Contribution of chronic diseases to the prevalence of disability in basic and instrumental activities of daily living in elderly Brazilians: the National Health Survey (2013). *Cad*

Saude Publica. 2018;34(1):e00204016. doi: 10.1590/0102-311X00204016. PMID: 29412330.

47. Pergolotti M, Deal AM, Lavery J, Reeve BB, Muss HB. The prevalence of potentially modifiable functional deficits and the subsequent use of occupational and physical therapy by older adults with cancer. *J Geriatr Oncol* 2015;6(3):194-201. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2015.01.004>

48. Williams GR, Mackenzie A, Magnuson A, Olin R, Chapman A, Mohile S, et al. Comorbidity in older adults with cancer. *J Geriatr Oncol*. 2016;7(4):249-57. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2015.12.002>

49. Ikegami EM, Souza LA, Tavares DMS, Rodrigues LR. Capacidade funcional e desempenho físico de idosos comunitários: um estudo longitudinal. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020;25(3):1083-90. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.18512018>

50. Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2019; 24(4):1369-1380. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>

Recebido: 16/08/2021

Revisado: 30/03/2022

Aprovado: 01/02/2022

Tabela 1. Prevalência de incapacidade funcional para as Atividades Instrumentais de Vida Diária conforme variáveis sociodemográficas de idosos com câncer atendidos na atenção ambulatorial, Mato Grosso – MT. 2020.

Variáveis	Total	Incapacidade funcional (AIVD)			
	n(%)	Prevalência	RP	IC95%	p-valor
		n(%)			
Sexo*					
Feminino	177(38,2)	104(59,8)	1,14	0,96-1,34	0,130
Masculino	286(61,8)	150(52,6)	1,00		
Faixa etária*					
70 e mais	202(43,6)	130(65,0)	1,36	1,15-1,60	0,001
60 a 69 anos	261(56,4)	124(47,9)	1,00		
Estado civil*					
Sem companheiro	212(45,8)	123(58,6)	1,11	0,95-1,31	0,200
Com companheiro	251(54,2)	131(52,6)	1,00		
Raça/cor da pele**					
Parda/preta	288(64,0)	153(53,3)	0,90	0,76-1,07	0,230
Branca/amarela/indígena	162(36,0)	94(59,1)	1,00		
Escolaridade*					
Até 8 anos de estudo	333(72,1)	198(59,8)	1,38	1,11-1,72	0,004
9 e mais	129(27,9)	55(43,3)	1,00		
Classificação ABEP*					
Classes C1, C2, D-E	388(83,8)	216(56,3)	1,11	0,87-1,41	0,394
Classes A, B1, B2	75(16,2)	38(50,7)	1,00		
Trabalha atualmente*					
Não	372(80,5)	216(58,5)	1,39	1,07-1,80	0,013
Sim	90(19,5)	38(42,2)	1,00		
Município de Residência*					
Interior	282(61,3)	159(56,4)	1,05	0,89-1,25	0,573
Cuiabá e Várzea Grande	179(38,7)	95 (53,7)	1,00		

Obs.: RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; Dados faltantes: * de até 5 respondentes; **17 respondentes.

Tabela 2. Prevalência de incapacidade funcional para as Atividades Instrumentais de Vida Diária conforme variáveis de estilo de vida de idosos com câncer atendidos na atenção ambulatorial, Mato Grosso – MT. 2020.

Variáveis	Total	Incapacidade funcional (AIVD)			
	n(%)	Prevalência	RP	IC95%	p-valor
		n(%)			
Consumo habitual de álcool*					
Sim	61(13,2)	26(42,6)	0,75	0,55-1,01	0,058
Não	401(86,8)	227(57,2)	1,00		
Fuma e/ou fumou derivados do tabaco*					
Sim	269(58,1)	152(53,1)	1,07	0,90-1,27	0,423
Não	194(41,9)	102(56,9)	1,00		
Fumante passivo - domicílio*					
Sim	53(11,5)	35(66,0)	1,22	0,98-1,51	0,063
Não	410(88,5)	219(53,9)	1,00		
Atividade física no lazer*					
Inativo	392(84,5)	219(56,6)	1,18	0,67-1,11	0,240
Ativo	72(15,5)	35(48,6)	1,00		
Tempo abusivo de tela (TV, tablet, computador, celular)*					
Sim	229(49,5)	121(53,1)	0,92	0,78-1,09	0,333
Não	234(50,5)	133(57,7)	1,00		
Permanecem conectados ao celular mais de 3h/dia*					
Sim	48(10,4)	21(44,7)	0,79	0,57-1,10	0,161
Não	415(89,6)	233(56,6)	1,00		

Obs.: RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; Dados faltantes: * de até 5 respondentes.

Tabela 3. Prevalência de incapacidade funcional para as Atividades Instrumentais de Vida Diária conforme variáveis de religiosidade e apoio social de idosos com câncer atendidos na atenção ambulatorial, Mato Grosso – MT. 2020.

Variáveis	Total	Incapacidade funcional (AIVD)			
	n(%)	Prevalência	RP	IC95%	p-valor
		n(%)			
Religiosidade Organizacional *					
Raramente/nunca	128(27,9)	77(60,6)	1,14	0,96-1,35	0,148
Frequentemente	331(72,1)	175(53,4)	1,00		
Religiosidade Não-organizacional*					
Raramente/nunca	66(14,3)	33(50,0)	0,90	0,69-1,15	0,370
Frequentemente	397(85,7)	221(56,2)	1,00		
Apoio Material **					
Baixo	18(3,9)	7(38,9)	0,69	0,39-1,25	0,227
Médio	48(10,6)	29(60,4)	1,08	0,85-1,38	0,530
Alto	389(85,5)	215(55,8)	1,00		
Apoio informacional e emocional **					
Baixo	25(5,6)	13(52,0)	0,99	0,67-1,46	0,953
Médio	114(25,5)	71(62,8)	1,19	1,01-1,43	0,050
Alto	309(68,9)	161(52,6)	1,00		
Apoio Afetivo **					
Baixo	23(5,0)	15(65,2)	1,23	0,90-1,68	0,204
Médio	45(9,9)	30(66,7)	1,25	0,99-1,57	0,052
Alto	389(85,1)	205(53,3)	1,00		
Interação social positiva **					
Baixo	41(9,1)	20(48,8)	0,91	0,65-1,26	0,565
Médio	71(15,7)	47(66,2)	1,23	1,01-1,50	0,035
Alto	339(75,2)	180(53,7)	1,00		

Obs.: RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; Dados faltantes: * 4 a 8 e ** 10 a 19 respondentes.

Tabela 4. Prevalência de incapacidade funcional para as Atividades Instrumentais de Vida Diária conforme as condições de saúde de idosos com câncer atendidos na atenção ambulatorial, Mato Grosso – MT. 2020.

Variáveis	Total	Incapacidade funcional (AIVD)			
	n(%)	Prevalência	RP	IC95%	p-valor
		n(%)			
Antecedente de câncer na família*					
Sim	192(42,0)	104(54,7)	1,02	0,86-1,21	0,808
Não	265(58,0)	147(55,9)	1,00		
Estadiamento*					
III e IV	214(46,2)	116(54,7)	1,02	0,84-1,24	0,841
Sem informação	111(24,0)	64(58,7)	1,09	0,87-1,37	0,422
0, I e II	138(29,8)	74(53,6)	1,00		
Autoavaliação de saúde**					
Regular, ruim e muito ruim	243(52,9)	141(58,5)	1,13	0,96-1,35	0,132
Boa e Muito Boa	216(47,1)	110(51,4)	1,00		
Plano de Saúde*					
Não	287(62,0)	171(60,2)	1,27	1,05-1,53	0,010
Sim	176(38,0)	83(47,4)	1,00		
Comorbidades*					
2 ou mais	146(31,5)	90(61,6)	1,31	1,50-1,64	0,016
1	180(38,9)	101(56,4)	1,20	0,96-1,50	0,106
0	137(29,6)	63(47,0)	1,00		
Sintomas depressivos**					
Sim (<i>score</i> ≥9)	104(23,2)	76(73,8)	1,50	1,28-1,76	<0,001
Não (<i>score</i> 0 a 8)	345(76,8)	168(49,1)	1,00		
IMC***					
<22 (desnutrição)	67(15,9)	47(71,2)	1,38	1,11-1,71	0,004
>27 (obesidade)	204(48,3)	105(51,5)	0,99	0,81-1,22	0,969
≥22 a ≤27 (eutrofia)	151(35,8)	77(51,7)	1,00		
Ter acompanhante aos serviços de saúde **					
Sim	367(79,4)	218(60,1)	1,58	1,21-2,08	0,001
Não	95(20,6)	36(37,9)	1,00		

Obs.: RP: Razão de Prevalência; Dados faltantes: * 4; ** 8 a 18 e *** 44 respondentes.

Tabela 5. Regressão múltipla entre incapacidade funcional e variáveis sociodemográficas, apoio social e condições de saúde de idosos com câncer atendidos em ambulatórios de referência de Mato Grosso – MT. 2020.

Variáveis	RP Ajustado	IC(95%)	p- valor
Sexo			
Masculino	1,00		
Feminino	1,03	0,86-1,22	0,757
Faixa etária			
60 a 69 anos	1,00		
70 anos e mais	1,15	0,97-1,37	0,114
Trabalha atualmente			
Sim	1,00		
Não	1,36	1,03-1,78	0,028
Apoio afetivo			
Alto	1,00		
Médio	1,30	1,04-1,64	0,020
Baixo	1,49	1,10-2,03	0,010
Sintomas Depressivos			
Não	1,00		
Sim	1,31	1,10-1,56	0,003
Situação nutricional			
≥ 22 a ≤ 27 (eutrofia)	1,00		
> 27 (obesidade)	1,01	0,81-1,23	0,996
< 22 (desnutrição)	1,28	1,03-1,59	0,027
Comorbidades			
0	1,00		
1	1,20	0,96-1,52	0,110
2 ou mais	1,30	1,03-1,64	0,027
Ter acompanhante aos serviços de saúde			
Não	1,00		
Sim	1,39	1,05-1,83	0,020

RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

This preprint was submitted under the following conditions:

- The authors declare that they are aware that they are solely responsible for the content of the preprint and that the deposit in SciELO Preprints does not mean any commitment on the part of SciELO, except its preservation and dissemination.
- The authors declare that the necessary Terms of Free and Informed Consent of participants or patients in the research were obtained and are described in the manuscript, when applicable.
- The authors declare that the preparation of the manuscript followed the ethical norms of scientific communication.
- The authors declare that the data, applications, and other content underlying the manuscript are referenced.
- The deposited manuscript is in PDF format.
- The authors declare that the research that originated the manuscript followed good ethical practices and that the necessary approvals from research ethics committees, when applicable, are described in the manuscript.
- The authors declare that once a manuscript is posted on the SciELO Preprints server, it can only be taken down on request to the SciELO Preprints server Editorial Secretariat, who will post a retraction notice in its place.
- The authors agree that the approved manuscript will be made available under a [Creative Commons CC-BY](#) license.
- The submitting author declares that the contributions of all authors and conflict of interest statement are included explicitly and in specific sections of the manuscript.
- The authors declare that the manuscript was not deposited and/or previously made available on another preprint server or published by a journal.
- If the manuscript is being reviewed or being prepared for publishing but not yet published by a journal, the authors declare that they have received authorization from the journal to make this deposit.
- The submitting author declares that all authors of the manuscript agree with the submission to SciELO Preprints.