

CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO MUITO VELHO

Wilma Resende Lima¹, Joseane Mendes Santos², Karla Ticiania Daltro de Almeida³, Lausimary Araújo São Mateus da Silva⁴, Rita Maria Viana Rego⁵.

¹*Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de Sergipe (wilmaresende@yahoo.com.br)*

²*Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.*

³*Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.*

⁴*Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de Sergipe.*

⁵*Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de Sergipe. ritamvrego@gmail.com*

RESUMO

Em países em desenvolvimento são considerados idosos, aqueles indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, sendo que a faixa etária superior a 80 anos são denominados idosos velhos, idosos muito velhos ou velhice avançada. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a capacidade funcional do idoso muito velho cadastrado em uma Unidade Básica de Saúde no município de Aracaju. Estudo exploratório, descritivo, a amostra contou com 40 idosos, os dados foram obtidos no período de janeiro a junho de 2015, por meio de entrevistas com os idosos que responderam formulários com dados demográficos, socioeconômicos e de saúde, o da Escala de Katz para avaliar as Atividades Básicas de Vida Diária e da Escala de Lawton e Brody para avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária. Para análise dos dados utilizou-se o teste do Qui-Quadrado. Concluiu-se que a manutenção da capacidade funcional pode ter implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade do indivíduo de se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até as idades mais avançadas. Os achados deste estudo sugerem que a prevenção e o controle das doenças crônicas podem melhorar as atividades dos idosos e, conseqüentemente, promover o bem-estar desta população.

Palavras-chave: Idosos; capacidade funcional; idoso muito velho; envelhecimento.

INTRODUÇÃO

O aumento do número relativo das pessoas idosas é um processo que vem acontecendo há várias décadas em todo o mundo. No Brasil, ocorreu de forma rápida. Esta nova realidade requer melhora de diretrizes em políticas públicas, em especial, com maior investimento na área da saúde, pelo fato de os idosos serem um grupo particularmente vulnerável a ser acometido por diversas doenças¹.

Sergipe é o quinto Estado menos populoso do Brasil, com 75 municípios. De acordo com os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio no ano de 2007, a população residente em Sergipe era de 2,030 milhões de pessoas. A faixa etária que mais cresceu foi a de

45 a 49 anos, e a segunda foi de 70 anos e mais, tendo esta, aumentado de 51 mil para 72 mil pessoas, o que mostra o acelerado envelhecimento da população sergipana. A população da capital Aracaju foi estimada em 570.937 habitantes. Destes, aproximadamente 10% representam pessoas com 60 anos e mais.

Quanto ao entendimento da definição do ser idoso, em países em desenvolvimento são considerados idosos aqueles indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, sendo a faixa etária compreendida entre 60 e 69 anos, denominados idosos jovens, entre 70 e 79 anos, idosos; e, finalmente, os com idade igual ou superior a 80 anos, idosos velhos, idosos muito velhos ou velhice avançada².

Cabe ressaltar que essa população apresenta características peculiares, que tornam esse grupo mais vulnerável com o acometimento de doenças crônicas não transmissíveis, quedas, declínio da capacidade funcional, isolamento social, falta de atividade intelectual, independência econômica, além de sua história de vida também contribuir para o declínio da sua funcionalidade³.

A capacidade funcional⁴ está relacionada à medida do grau de preservação da capacidade do indivíduo para realizar Atividade Básica de Vida Diária (ABVD) e desempenhar Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD).

As atividades de vida diária (AVDs), as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e mobilidade são as medidas frequentemente utilizadas para avaliar a capacidade funcional do indivíduo. As AVDs consistem nas tarefas de autocuidado, como tomar banho, vestir-se e alimentar-se e se baseiam no índice de Katz. Em geral, quanto maior o número de dificuldades que uma pessoa tem com as AVDs, mais severa é a incapacidade.

As AIVDs são tarefas mais adaptativas ou necessárias para vida independente na comunidade, como por exemplo, fazer compras, telefonar, utilizar o transporte, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição, cuidar do próprio dinheiro. Estas tarefas são consideradas mais difíceis e complexas do que as AVDs⁵.

A mobilidade constitui outro componente essencial da avaliação funcional. Refere-se à capacidade de sair da residência e pode ser mensurada por meio de um enfoque hierárquico, iniciando-se com tarefas simples como transferir-se da cama para a cadeira e progredindo para

as tarefas mais complexas como caminhadas de curtas e longas distâncias, subir e descer escadas, atividades que exigem amplitude de movimento, resistência e força muscular. Essa tarefa possui um grau de complexidade intermediária entre as AVDs e as AIVDs. Estudos demonstram que fatores sócio demográficos como idade, sexo, arranjo familiar e educação têm influência sobre a capacidade funcional do idoso⁵.

O interesse pelo tema surgiu com a crescente preocupação da pesquisadora, evidenciado pelo aumento progressivo do processo de envelhecimento e da longevidade populacional, com alargamento do topo da pirâmide etária. Acredita-se que o estudo possa contribuir com a comunidade científica aumentando o acervo sobre o assunto, além de conscientizar e incentivar o uso de instrumentos para a avaliação funcional do idoso na consulta de enfermagem⁵.

A relevância do estudo dessa temática ancora-se no fato das evidências de que com o avançar da idade há um comprometimento fisiológico da capacidade funcional do longo, com implicações relevantes para a família, comunidade, sistema público de saúde e para a própria vida do idoso, uma vez que a incapacidade possibilita uma dependência progressiva na velhice, interferindo no bem-estar e a qualidade de vida dos idosos⁶.

Sendo a capacidade funcional do longo um tema relevante para o entendimento de como as pessoas estão vivendo os anos adicionais ganhos com a longevidade, estabeleceu-se como questão da pesquisa: qual a relação entre os diversos fatores que limitam a capacidade funcional do idoso longo? Diante do exposto, objetivou-se com este estudo avaliar a capacidade funcional do idoso muito velho do município de Aracaju- Sergipe.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, realizado com os 40 idosos muito velhos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Edézio Vieira de Melo, no município de Aracaju. Esta Unidade pertence à 2ª Região Centro Sul na 2ª microrregião, com população total de 353 idosos com idade ≥ 80 anos, sendo que 105 são do sexo masculino e 248 do sexo feminino, em 2011². A amostra foi dimensionada por cálculo estatístico, com precisão de 95% e erro amostral de 5%.

Participaram da pesquisa, idosos de ambos os sexos, com 80 anos ou mais, em condições de verbalização, cadastrados na unidade de saúde e que após esclarecimentos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário, no período de janeiro a junho de 2015, na residência dos idosos, que responderem os instrumentos com os dados demográficos socioeconômicos e de saúde, as Escalas de Katz e de Lawton e Brody.

Os dados da pesquisa foram apurados pelo SPSS Statistics Standard Edition. Este software oferece ferramentas que permitem aos usuários visualizar rapidamente os dados, por intermédio de tabelas e gráficos, formular testes estatísticos e realizar procedimentos de estudos e análises.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 40 idosos com 80 anos ou mais, 32 (80%) eram do sexo feminino e 8 (20%) masculino. A idade variou entre 80 a 85 anos (18%) e apenas 5 (12,5%) apresentaram 90 anos ou mais. Eram viúvos (60%) e 7,5% divorciados. Quanto à renda, concentrou-se na faixa de um a dois salários mínimos (62,5%). Não concluiu o primeiro grau 62,5% dos idosos, 12,5% eram analfabetos e 12,5% possuíam o segundo grau completo.

Referente à composição familiar, apenas 1 (2,5%) mora sozinho, enquanto 97,5% residem com a família. Quanto a religião houve predomínio da católica (85%) seguido da evangélica (15%). Faziam uso de até três medicações, 37,5%; 50% de quatro ou mais, enquanto 12,5% não faziam uso de nenhuma medicação.

Interrogados quanto à própria saúde, apenas 7,5% alegaram situação de saúde ruim e a maioria 80% afirmaram possuir boa saúde. Quanto ao incidente queda, 80% confirmaram não ter sofrido o evento nos últimos três meses. Questionados quanto à prática de atividade física, 70% dos longevos afirmaram não realizar de forma regular (mínimo de três vezes por semana).

Sobre a alimentação, a maioria dos idosos (72,5%) se alimentava em uma frequência de quatro ou mais refeições ao dia, enquanto 27,5% realizavam as três refeições básicas do dia (café, almoço e janta). Referente à ingestão hídrica, 55% afirmaram consumir mais que um litro de água por dia, outros idosos (45%) registraram consumo inferior a um litro por dia.

Relativo às patologias auto referidas, (95,3%) idosos alegaram sofrer alguma morbidade, com maior frequência, a Hipertensão Arterial Sistêmica referida por (35,9%) dos idosos, seguida por osteoporose (18,8%), Diabetes Mellitus (12,5%) e outras doenças (15,6%). As Tabelas 1e 2 demonstram as características sociodemográficas e de saúde dos idosos.

Tabela 1: Características sociodemográficas e de saúde dos idosos muito velhos, Aracaju 2015.

ESCOLARIDADE			
	Masculino(%)	Feminino (%)	Total(%)
Analfabeto	1 (12,5)	4 (12,5)	5 (12,5)
1º Grau Completo	1 (12,5)	3 (9,4)	4 (10)
1º Grau Completo Incompleto	4 (50)	21 (65,6)	25 (62,5)
2º Grau Completo	2 (25)	3 (9,4)	5 (12,5)
2º Grau Completo Incompleto	0 (0)	1 (3,1)	1 (2,5)
Sub Total	8 (100)	32(100)	40 (100)
RENDA			
1 a 2 Salários Mínimos	4 (50)	21 (65,6)	25 (62,5)
2 a 5 Salários mínimos	4 (50)	11 (34,4)	15 (37,5)
Sub Total	8 (100)	32 (100)	40 (100)
MEDICAÇÃO			
Até Três Medicacões	2 (25)	13 (40,7)	15 (37,5)
Quatro ou mais Medicacões	3 (37,5)	17 (53,1)	20 (50)
Não faz uso	3 (37,5)	2 (6,2)	5 (12,5)
Sub Total	8 (100)	32 (100)	40 (100)
SAÚDE			
Ótima	1 (12,5)	4 (12,5)	5 (12,5)
Boa	7 (87,5)	25(78,1)	32 (80)
Ruim	0 (0)	3 (9,4)	3 (7,5)
Sub Total	8 (100)	32 (100)	40 (100)
IDADE			
80 --85	3 (37,5)	15 (46,8)	18 (45)
85 --90	3 (37,5)	14 (43,8)	17 (42,5)

90 e Mais	2 (25)	3 (9,4)	5 (12,5)
Sub Total	8 (100)	32 (100)	40 (100)
QUEDA			
Sim	2 (25)	6 (18,8)	8 (20)
Não	6 (75)	26 (81,2)	32 (80)
Sub Total	8 (100)	32 (100)	40 (100)
ATIVIDADE FÍSICA			
Sim	1 (12,5)	11 (34,4)	12 (30)
Não	7 (87,5)	21 (65,6)	28 (70)
Sub Total		32 (100)	40 (100)
ALIMENTAÇÃO			
Três Refeições por dia	1 (12,5)	10 (31,2)	11 (27,5%)
Quatro ou mais Refeições por dia	7 (87,5)	22 (68,8)	29 (72,5)
Sub Total	8 (100)	32 (100)	40 (100)
INGESTÃO HIDRICA			
Menos de Um litro por dia	4 (50)	14 (43,8)	18 (45)
Mais de Um litro por dia	4 (50)	18 (56,2)	22 (55)
Sub Total	8 (100)	32 (100)	40 (100)
COMPOSIÇÃO FAMILIAR			
Sozinho	1 (12,5)	1 (3,1)	1 (2,5)
Família	7 (87,5)	31 (96,9)	39 (97,5)
Sub Total	8 (100)	32 (100)	40 (100)
SITUAÇÃO CONJUGAL			
Solteiro	0 (0)	4 (12,5)	4 (100)
Casado	4 (50)	5 (15,6)	9 (22,5)
Viúvo	3 (37,5)	21 (65,6)	24 (60)
Divorciado/ Separado	1 (12,5)	2 (6,2)	3 (7,5)
Sub Total	8 (100)	32 (100)	40 (100)

Fonte: elaborado pelas autoras, com base em dados da pesquisa.

Tabela 2: Enfermidades mais acometidas no idoso muito velho, Aracaju- SE 2015.

ENFERMIDADES	Ocorrências	%
NÃO	3	4,7%
SIM	61	95,3%
Hipertensão Arterial Sistêmica	23	35,9%
Osteoporose	12	18,8%
Diabetes Mellitus	8	12,5%
Câncer	3	4,7%
Cardiopatia	3	4,7%
Depressão	2	3,1%
Outras Doenças	10	15,6%
Total	64	100,0%

Fonte: elaborado pelas autoras, com base em dados da pesquisa.

A Tabela 3 apresenta a descrição de cada uma das atividades básicas e instrumentais da vida diária conforme o grau de dependência dos idosos. Relativo às atividades de autocuidado, a menor proporção de independência foi observada para “Vestir-se” (80%), “Tomar banho” (82,5%) e “Ir ao banheiro” (87,5). Já nas atividades instrumentais, os idosos foram menos independentes para “Arrumar a casa” (17,5%), “Fazer trabalhos domésticos”(17,5%), “Cuidar do dinheiro”(17,5%), “Fazer compras”(20%) e “Fazer refeições” (22,5%).

Tabela 3: Descrição do grau de dependência para as atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos

Atividades	Sem ajuda		Ajuda parcial		Não consegue	
	n	%	n	%	n	%
Atividades básicas						
Tomar banho	33	82,5	6	15	1	2,5
Vestir-se	32	80	6	15	2	5
Ir ao banheiro	35	87,5	4	10	1	2,5
Deitar e levantar da cama/ cadeira	39	97,5	1	2,5	0	0
Urinar e/ ou evacuar	39	97,5	1	2,5	0	0
Comer	39	97,5	1	2,5	0	0
Atividades instrumentais						
Usar o telefone	27	67,5	10	25	3	7,5
Usar o meio de transporte	10	25	22	55	8	20
Fazer compras	8	20	12	30	20	50
Fazer refeições	9	22,5	16	40	15	37,5
Arrumar a casa	7	17,5	13	32,5	20	50
Trabalhos domésticos	7	17,5	13	32,5	20	50

Lavar roupas	10	25	10	25	20	50
Tomar remédios	26	65	9	22,5	5	12,5
Cuidar do dinheiro	7	17,5	25	62,5	8	20

Fonte: elaborado pelas autoras, com base em dados da pesquisa.

É sabido que, o “envelhecer” sofre influências de diversos fatores. Uma vez que o perfil socioeconômico e demográfico, estilo de vida, alimentação e atividade física refletem direta ou indiretamente na qualidade de vida do atual e futuro idoso.

O perfil sócio demográfico deste estudo corrobora com estudos anteriores ^{2,7} que avaliaram a influência dessas variáveis já citadas. Evidenciando que desta forma, a maioria dos idosos eram mulheres viúvas, maior percentual na faixa etária de 80 anos ou mais de idade, escolaridade de 0 a 4 anos (primeiro grau incompleto), prevalência da religião católica e residiam com a família.

Os dados⁸ demonstram que a longevidade dos brasileiros vem aumentando: ganhou quase 10 anos de vida desde 1980. Em 1960, a expectativa era 54,6 anos. As mulheres vivem bem mais: em 2010, a média para as mulheres era de 77 anos, contra 69,4 para os homens.

A realidade em Sergipe não difere do Brasil, reforçando que as idosas aparecem como maioria na condição de viúva sendo 43,6% e 14,7% idosos homens, devido principalmente à sua menor longevidade e ao recasamento⁹. Em outro estudo¹⁰ observaram-se mais homens vivendo com companheiras, do que mulheres com companheiros. Os achados corroboram com a realidade de Sergipe, evidenciando que a maioria dos idosos são viúvas.

Referente à religião, os resultados enfatizam a realidade brasileira, destacando-se o maior percentual de pessoas católicas (85%) e menor número de evangélicos (15%) em relação ao perfil nacional ¹¹.

O acesso à escola para o grupo de idosos avaliados foi menor que o da população brasileira, em geral, em que os idosos alfabetizados representavam 64,8% e os analfabetos 35,2%. O nível de instrução da população aumentou. Nas pessoas de dez anos ou mais de idade por nível de instrução, de 2000 para 2010, o percentual dos sem instrução ou com o nível fundamental incompleto caiu de 65,1% para 50,2%. Já a taxa de pessoas com pelo menos o curso superior completo aumentou de 4,4% para 7,9%. O percentual referente à parcela sem instrução ou com o fundamental incompleto foi maior nas regiões Nordeste (59,0%) e Norte

(53,6%)¹¹. O trabalho identificou que as idosas tiveram um grau de instrução escolar maior que os idosos, estando em consonância com o panorama brasileiro expresso no IBGE (2010) em que o nível de instrução das mulheres ficou mais elevado que o dos homens e elas ganharam mais espaço no mercado de trabalho. Entretanto, este estudo mostrou-se controverso¹⁰, o qual evidenciou que os homens possuíam maior escolaridade em relação às mulheres, principalmente na categoria ensino médio e superior.

A renda dos idosos deste estudo permaneceu de um até dois salários mínimos. Os homens apresentaram maior renda per capita que as mulheres, o que pode ser, em parte, explicado pela diferença da situação de trabalho entre os sexos¹². Enquanto a maior parte dos homens apresentava-se ativo, as mulheres tinham atividades restritas ao lar. Ainda, os resultados¹¹, evidenciam que, se em 1991, 45,8% dos idosos responsáveis pelos domicílios que viviam na área urbana recebiam até um salário mínimo, em 2000 esta proporção passa para 39,8%. No caso dos idosos homens, os dados da PNAD mostram que, em 1999, os rendimentos de aposentadoria representavam o principal componente da renda (54,1%), enquanto o rendimento do trabalho respondia por apenas 36%. Já para as idosas, quase 80% da renda era formada pelos rendimentos de pensão e aposentadoria. Interessante ressaltar que, apesar da maioria apresentar baixa renda salarial, possuíam sua casa própria, sendo por vezes, o sustentáculo da família.

Referente às morbidades crônicas auto referidas, houve predomínio da Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Osteoporose. O que se correlaciona com achados^{5,13} evidenciando que as doenças crônicas apresentam uma forte influência na capacidade funcional do idoso. 70,9% dos idosos relataram ter uma ou mais doenças, principalmente hipertensão arterial (51%)¹⁴.

Com relação a medicações, houve predomínio do uso de um a quatro ou mais, o coaduna com o estudo¹⁵, que identificou 67,1% dos idosos fazendo uso crônico de medicamentos, desses, 42,9% usavam somente um tipo de medicamento, enquanto 21,4% e 14,3% usavam respectivamente três e quatro medicações.

Referente à queda, 80% não sofreram incidente traumático no período considerado e 70% não praticavam atividade física. Este resultado foi de encontro ao obtido por¹⁶ que observou uma

diferença estatisticamente significativa entre o nível de atividade física pouco ativo e a queda com o estado de saúde dificultando a prática de atividade física. Todos os idosos pouco ativos que sofreram quedas relataram que sua condição de saúde atual dificultava a prática de atividade física.

Percebeu-se também que a condição de saúde auto relatada como boa, é expressiva entre os idosos (80%). Ou seja, embora sofrendo de alguma morbidade, sem praticar atividade física, pelo menos três vezes por semana, e sem sofrer queda, estes idosos alegaram estar satisfeitos com sua saúde. Entretanto, faz-se necessário o incentivo e a busca de programas a fim de que o idoso possa exercitar-se regularmente e, por conseguinte, garantir boa qualidade de vida.

Referente à alimentação, neste estudo, uma parcela dos idosos tinham o hábito de alimentar-se com uma frequência de três vezes ao dia, não distribuindo a alimentação diária em pelo menos seis refeições. Em estudos¹⁷, eles relacionam recursos financeiros ao consumo alimentar dos idosos, revelando que a falta deste, muitas vezes, obriga-os a não realização de uma das refeições. Ou seja, ao considerar as condições de vida desses idosos e a maneira como a sua renda é distribuída, esse fator pode influenciar e afetar o seu consumo alimentar, uma vez que esses ganhos não se destinam apenas à sua alimentação.

Quanto a ingestão hídrica, embora a maioria dos idosos alegasse consumir mais que um litro de água por dia, ainda assim, é pequeno o consumo de água. Este estudo corrobora com o de¹⁵, em que 2 (5%) idosos referem beber seis a oito copos e 22 (55%) idosos relataram beber menos de quatro copos. Logo, faz-se necessário o incentivo por partes dos profissionais de saúde, com ênfase a nutricionista, a fim de direcionar programas educativos sobre a importância e benefícios da água para a saúde do idoso.

Com relação à capacidade para realizar as ABVD, no estudo¹⁴ foi identificado que 57,9% dos idosos eram independentes, 37,9% dependentes para a minoria das ABVD e 4,2% dependentes para a maioria destas atividades. Estes dados são semelhantes aos nossos, uma vez que a maioria dos idosos avaliados possui a capacidade de fazer as atividades básicas de vida diária sem ajuda, correspondendo a 40%, sendo que as idosas predominam com 46,9% sobre os homens 12,5%. Segundo¹⁴ o comprometimento na independência para realizar as

ABVD antes dos 70 anos sugere um envelhecimento mal sucedido, provavelmente devido as condições socioeconômicas que influenciam negativamente no estado de saúde do indivíduo. Logo, acredita-se que na nesta amostra, a questão social e econômica pode ter influenciado nos resultados.

Em relação às ABVD, os resultados encontrados demonstram maior capacidade na deambulação dos idosos, controle dos esfíncteres e vestir-se/tomar banho. Entretanto, para outros estudos^{14,19} foi evidenciado o controle dos esfíncteres como sendo a atividade com maior grau de dependência. Segundo¹⁹, este dado é preocupante, uma vez que a falta de controle dos esfíncteres pode levar ao isolamento social, alterações na autoestima e autoimagem podendo influenciar também nas AIVD. Dentre estas investigadas neste trabalho, lavar a roupa, arrumar a casa, realizar trabalhos domésticos e fazer compras foram as atividades em que os idosos encontraram maior dificuldade na sua realização. Esses achados são similares aos estudos de^{14,20} os quais retratam a complexidade na execução dessas atividades. A incapacidade na realização de uma dessas atividades básicas e instrumentais de vida diária, além de prejudicar a vida social do idoso, potencialmente implica em transtornos para ele e sua família, a qual, dependendo da atividade, terá que mobilizar maior tempo disponível, energia e recursos financeiros para suprir as demandas existentes.

CONCLUSÃO

Em relação ao perfil sócio econômico a maioria dos idosos eram mulheres viúvas, na faixa etária de 80 anos ou mais, com escolaridade de 0 a 4 anos, prevalência da religião católica e residiam com a família. A renda permaneceu de um até dois salários mínimos. Os homens apresentaram maior renda per capita que as mulheres.

Quanto a saúde, nas morbidades auto referidas, houve predomínio da Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Osteoporose. Com relação a medicações, houve predomínio do uso de um a quatro ou mais. Referente à queda, 80% não sofreram incidente traumático no período considerado e 70% não praticavam atividade física.

Percebeu-se também que a condição de saúde auto relatada como boa, é expressiva entre os idosos (80%). Faz-se necessário o incentivo e a busca de programas a fim de que o idoso possa exercitar-se regularmente e, por conseguinte, garantir boa qualidade de vida.

Uma parcela significativa dos idosos não distribuía a alimentação diária em pelo menos seis refeições, tinham o hábito de alimentar-se com uma frequência de três vezes ao dia. Quanto a ingesta hídrica, embora a maioria dos idosos afirmasse consumir mais que um litro de água por dia, o que é considerado é pequeno o consumo de água.

Com relação à capacidade para realizar as ABVD, no estudo²¹ foi identificado que 57,9% dos idosos eram independentes, 37,9% dependentes para a minoria das ABVD e 4,2% dependentes para a maioria destas atividades.

Essas pesquisas destacam que os anos a mais adquiridos devem ser acompanhados de qualidade de vida e isentos de um alto custo de dependência.

Este estudo contribui com investigações que enfatizam os diversos fatores que podem interferir no desempenho funcional diário do idoso. A equipe de enfermagem em conjunto com a equipe multidisciplinar deve estar preparada para aplicação de instrumentos que avaliem o idoso em relação ao déficit funcional, bem como para elaboração e prática de atividades que melhorem seu desenvolvimento, visando à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Macedo AML *et al.* Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm.* 2012 25(3): 358-63.
2. Lima WR. Estilo de vida e sua associação com a longevidade de idosos muito velhos de Aracaju, SE. 2014. [Internet] Acesso 2015, março/3. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Enfermagem, Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-26062014-121118/pt-br.php>>.
3. Rosset *et al.* Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter) nacional. *Rev. Esc Enferm USP.* 2011 45(1): 264-71.
4. D'orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. *Rev Saúde Pública,* 2011.45(4):685-92.

5. Alves LC *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(8):1924-30.
6. Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. Acta Paul Enferm. 2011; 24(1) 29-35.
7. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. Motriz. 2010 Oct/Dec; 16(4): 1024-32.
8. IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - 2010). [Internet] 2000 Acesso em 2015, 11/ julho. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos.pdf>>.
9. Rosa TEC *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Revista de Saúde Pública. 2003 37(1): 40-48.
10. Paskulin, LMG; Viana, LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. Rev Saúde Pública. 2007, 41(5) 757-68.
11. IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). [Internet] Censo 2010. Acesso em 2015, 10/julho. Disponível em <www.ibge.gov.br>.
12. Bonard IS. Determinantes da qualidade alimentar de adultos e idosos atendidos em uma Unidade de Saúde da família (Rubião Júnior, Botucatu, SP). 2009. 70 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/98387>>.
13. Nakatani AYK *et al.* Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2009;11(1): 144.
14. Nunes, DP *et al.* Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). Ciênc saúde coletiva 2010;15(6): 2887-98.
15. Bueno, JM *et al.* Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. Ciência & Saúde Coletiva, 2008; 13(4): 1237-46.
16. Mazo, G. Z., *et al.* Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. Rev Bras Fisioter 2007;11(6): 437-42.
17. Almeida, Ivana Carneiro, *et al.* Hábitos alimentares da população idosa: padrões de compra e consumo. Agroalimentaria 2011;17(33): 95-110.
18. Barbosa BR *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Centro. 2014;39:2.
19. Frank S *et al.* Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na saúde comunitária. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento 2007;11.



4º CIEH

CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ENVELHECIMENTO HUMANO

Longevidade: Transformações, Impactos e Perspectivas

24 A 26 DE SETEMBRO DE 2015

