



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

dos Santos Tavares, Darlene Mara; Dias, Flavia Aparecida
Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 21, núm. 1, marzo, 2012, pp. 112-120
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71422299013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

CAPACIDADE FUNCIONAL, MORBIDADES E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS¹

Darlene Mara dos Santos Tavares², Flavia Aparecida Dias³

¹ Artigo decorrente de projeto - Qualidade de vida de idosos residentes no município de Uberaba, financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais, Processo nº APQ-05909-07. Período: 2008 a 2010.

² Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Minas Gerais, Brasil. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br

³ Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM. Minas Gerais, Brasil. E-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br

RESUMO: Pesquisa que objetivou descrever o perfil sociodemográfico, capacidade funcional e morbidades de idosos, e verificar a associação da qualidade de vida com o número de incapacidade funcional e de morbidades. Estudo analítico e transversal realizado com 2.142 idosos. Os dados foram coletados no domicílio com instrumento estruturado. A análise foi por meio da distribuição de frequência, teste ANOVA-F e *Bonferroni* ($p < 0,05$). A maioria era do sexo feminino, com 60-70 anos, casados, 4-8 anos de estudo e renda de um salário mínimo. Houve predomínio entre os idosos de 1-3 incapacidades funcionais, relacionadas à mobilidades e 4-7 morbidades associadas, sendo as mais prevalentes problemas de visão e de coluna e hipertensão arterial. Os maiores escores de qualidade de vida foram para relações sociais e funcionamento dos sentidos e os menores para o físico e a autonomia. O maior número de incapacidade funcional e de morbidades associou-se aos menores escores de qualidade de vida.

DESCRIPTORES: Envelhecimento. Idoso. Enfermagem geriátrica. Qualidade de vida.

FUNCTIONAL CAPACITY, MORBIDITIES AND QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY

ABSTRACT: This study was performed with the objective to describe the sociodemographic profile, functional capacity and morbidities of the elderly, and verify the association between quality of life and the number of functional incapacities and of morbidities. This analytical and cross-sectional study was performed with 2,142 elderly individuals. The data were collected at the subjects' homes using a structured instrument. The analysis consisted of frequency distribution, ANOVA-F and the *Bonferroni* test ($p < 0.05$). Most subjects were female, between 60-70 years old, married, with 4-8 years of education, and income of one minimum salary. Most subjects had between 1-3 functional incapacities, related to mobility, and 4-7 associated morbidities, with the most prevalent being those affecting their sight and back, and hypertension. The highest quality of life scores were for social relationships and sensory functioning, and the lowest for the physical domain and autonomy. It was found that the higher numbers of functional incapacities and morbidities were associated with lower quality of life scores.

DESCRIPTORS: Aging. Elderly. Geriatric nursing. Quality of life.

LA CAPACIDAD FUNCIONAL, LA MORBILIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA

RESUMEN: La investigación tiene como objetivo describir el perfil demográfico, la capacidad funcional y la morbilidad de los ancianos, y verificar la calidad de vida relacionado con el número de incapacidad funcional y la morbilidad. Estudio transversal analítico llevado a cabo con 2.142 personas mayores. Los datos fueron recolectados en el hogar con un instrumento estructurado. El análisis se realizó distribución de frecuencias, F-test de ANOVA y *Bonferroni* ($p < 0,05$). La mayoría eran mujeres, 60-70 años, casado, 4-8 años de escolaridad y los ingresos de un salario mínimo. Predominaron los adultos mayores 1-3 discapacidades funcionales relacionadas con la movilidad y 4-7 morbilidad, los problemas de visión más frecuente y la columna vertebral y la hipertensión. Las puntuaciones más altas de calidad de vida para las relaciones sociales y el funcionamiento de los sentidos y el más bajo para su desarrollo físico y la autonomía. El mayor número de incapacidad funcional y la morbilidad asociadas con bajas puntuaciones en la calidad de vida.

DESCRIPTORES: Envejecimiento. Anciano. Enfermería geriátrica. Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, houve um aumento de 8,8% para 11,1% de idosos, entre os anos de 1998 e 2008. Atualmente, estima-se que existam no país 21 milhões de sujeitos com 60 anos e mais.¹

Com a maior concentração de idosos na população observou-se aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas, que podem ser acompanhadas por sequelas, que limitam o desempenho funcional e geram dependência.²⁻³

Aproximadamente 80% dos sujeitos acima de 65 anos apresentam pelo menos um problema crônico de saúde e 10%, no mínimo, cinco. A presença de múltiplas doenças com diferentes graus de gravidade pode influenciar a desempenho das Atividades da Vida Diária (AVD).⁴

Pesquisa realizada evidenciou que 26,8% dos idosos apresentavam dependência para execução das AVD sendo as mais prevalentes tomar banho e vestir-se. Destaca-se que a capacidade funcional consiste em importante indicador do grau de independência, bem como da necessidade de instituir medidas preventivas e de intervenções terapêuticas. Tais medidas visam reduzir os mecanismos que afetam o declínio da habilidade do sujeito exercer diversas funções físicas e mentais cotidianas.⁵

Considerando que as doenças e as incapacidades funcionais causam impacto sobre a família, o sistema de saúde e o cotidiano dos idosos, deve-se buscar postergar sua evolução a fim de garantir longevidade com autonomia, independência e maior qualidade de vida.²⁻⁶

O conceito de qualidade de vida adotado para o presente estudo será o elaborado pelo grupo de estudiosos da Organização Mundial de Saúde (OMS), dada suas características de subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade, a saber: "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".^{7:1405}

No Brasil, observa-se a escassez de estudos com enfoque na incapacidade funcional e sua relação com a qualidade de vida, relação esta que não está bem estabelecida.⁸⁻⁹ Pesquisa com idosos

dependentes não observou associação entre o comprometimento da capacidade funcional e a qualidade de vida.⁸ Outra investigação evidenciou que a incapacidade funcional esteve relacionada a menores escores de qualidade de vida.⁹

Referente às morbidades, evidencia-se que idosos com maior número de doenças apresentam pior qualidade de vida.¹⁰ Porém, destaca-se que a mensuração da qualidade de vida tem sido realizada por meio de instrumentos genéricos que apresentam limitações para detectar itens relevantes para esta faixa etária.

Nesse sentido, esta pesquisa tem como objetivos descrever o perfil sociodemográfico, a capacidade funcional e as morbidades dos idosos, e verificar a associação da qualidade de vida com o número de incapacidade funcional e de morbidades, por meio de instrumento específico direcionado aos idosos, fornecendo subsídios para ações direcionadas aos grupos que necessitem de maior atenção.

MÉTODOS

Estudo analítico e transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido na zona urbana do município de Uberaba-MG.

Para a definição da população foi utilizado o cálculo da amostra populacional, realizado em estudo anterior pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva, que considerou 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de $\pi=0,5$ para as proporções de interesse. Desta forma, a amostra foi estimada em 2.892 idosos.

Participaram desta pesquisa os idosos que atenderam aos critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade; ter obtido pontuação mínima de 13 pontos na avaliação cognitiva*; ambos os sexos, morar na zona urbana no município de Uberaba-MG e concordar participar da pesquisa. Assim, participaram deste estudo 2.142 idosos.

Os dados foram coletados no domicílio, utilizando-se de instrumento semiestruturado para a caracterização da população e a qualidade de vida foi mensurada pelo WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. A coleta ocorreu no período de agosto a dezembro de 2008.

* A avaliação cognitiva, composta por seis questões, visa identificar a preservação da memória recente. O somatório das questões variam de zero a 19 pontos, tendo o número treze como ponto de corte. Desta forma, o idoso foi considerado sem declínio cognitivo, estando em condições de responder as questões propostas pela presente pesquisa.

O WHOQOL-BREF é uma versão abreviada do WHOQOL 100, composto por 26 questões, no qual as duas primeiras são genéricas. Esta versão foi validada no Brasil e possui quatro domínios.¹¹⁻¹² O módulo WHOQOL-OLD, direcionado especificamente aos idosos, validado no Brasil, tem 24 itens da escala *Likert* atribuídos em um escore total e seis facetas.¹³⁻¹⁴ Os escores de qualidade de vida variam de zero a 100, considerando-se que quanto maior o escore melhor a qualidade de vida.

As variáveis estudadas foram: sócio-demográficas (sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade e renda); capacidade funcional (AVDs, básicas e instrumentais); morbidades (especificação da doença e número de doenças associadas); qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-BREF (domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e pelo WHOQOL-OLD (facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer, e; intimidade).

Considerou-se incapacidade funcional quando o idoso referiu não conseguir realizar determinada AVD sem ajuda de outra pessoa.

Foi construída planilha eletrônica no programa *Excel*® e os dados coletados foram processados em microcomputador, por duas pessoas, em dupla entrada. Foi verificada a existência de registros de idosos duplicados, assim como de nomes diferentes entre as duas bases de dados. Procedeu-se então, à consistência dos campos verificando digitação errada. Quando havia dados inconsistentes retornava-se para a entrevista original, para confirmação e/ou correção.

Para a análise estatística foi utilizado o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foi analisado isoladamente e consolidado com suas respectivas sintaxes.

As variáveis categóricas foram analisadas por meio de distribuição de frequência simples. Para a comparação dos grupos foi utilizado ANOVA-F e o teste de *Bonferroni* devido a normalidade dos dados e a homogeneidade das variâncias. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo nº 897. Os idosos foram contactados em seus domicílios, aos quais foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e oferecidas as informações pertinentes. Somente

após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo foi conduzida a entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1, a seguir, encontram-se as características socioeconômicas e de saúde da população estudada.

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis socioeconômicas e de saúde dos idosos. Uberaba, 2010

Variáveis		n	%
Sexo	Masculino	804	37,5
	Feminino	1338	62,5
Faixa etária	60 70	994	46,4
	70 80	822	38,4
	80 e mais	326	15,2
Estado conjugal	Nunca se casou/morou com companheiro	110	5,1
	Mora com esposo(a) ou companheiro	1046	48,9
	Viúvo	796	37,2
	Separado/desquitado/divorciado	188	8,8
Escolaridade (em anos)	Nenhum	426	19,9
	1 4	683	31,9
	4 8	705	32,9
	8 anos	95	4,4
	9 e mais	215	10
Renda individual (em salários mínimos)	Nenhuma	224	10,5
	< 1	24	1,1
	1	1179	55
	1 3	577	26,9
	3 5	84	3,9
Incapacidade funcional	6 e mais	40	1,9
	0	1571	73,3
	1 3	475	22,2
	3 5	41	1,9
	> 5	55	2,6
Morbidades	0	38	1,8
	1 4	402	18,8
	4 7	704	32,9
	7 10	613	28,6
	≥ 10	385	18

A maioria era do sexo feminino (62,5%) (Tabela 1). Este dado tem sido descrito em estudos com percentuais semelhantes ao encontrado nesta pesquisa, evidenciando a maior longevidade do sexo feminino.¹⁵⁻¹⁶ Estima-se que as mulheres vivam, aproximadamente, sete anos a mais que os homens.¹⁷

Observou-se predomínio da faixa etária de 60-70 anos (46,4%) (Tabela 1). Percentual superior foi obtido em pesquisa realizada com idosos residentes na periferia (56,6%).¹⁵

Quanto ao estado conjugal, 48,9% eram casados ou morava com companheiro (Tabela 1). Resultado semelhante ao encontrado em investigação com idosos¹⁷, porém, outros estudos destacam percentual superior.¹⁵⁻¹⁸

Referente à escolaridade, prevaleceu 4-8 anos de estudo (32,9%) (Tabela 1). Percentual superior foi encontrado em inquérito realizado entre idosos cadastrados no PSF, que evidenciou 71,1% com menos de quatro anos de estudo.¹⁸

Observou-se que a maioria recebe um salário mínimo (55%) (Tabela 1). Resultado inferior ao obtido entre idosos residentes na periferia de uma capital brasileira (62,8%)¹⁵ e, superior ao encontrado entre aqueles residentes em município do interior de SP (30,7%)¹⁶.

Ressalta-se que 26,7% dos idosos apresentaram incapacidade funcional para a realização das AVDs com predomínio de 1-3 (22,2%) (Tabela 1). Inquérito observou prevalência de três ou mais incapacidades funcionais entre os idosos, diferente do encontrado nesta pesquisa.⁴

As AVDs que os idosos não conseguem realizar foram, predominantemente, cortar as unhas dos pés (25,1%), subir e descer escadas (6,7%) e andar perto de casa (4,8%). Estudo realizado com idosos verificou que 11% apresentaram dependência para realizar as atividades básicas da vida diária, dentre elas urinar e/ou evacuar (21,3%), vestir-se (9,9%) e tomar banho (8,9%), diferente do encontrado nesta pesquisa, na qual as maiores dificuldades foram relativas à locomoção.⁵

Os profissionais de saúde devem promover atividades preventivas direcionadas à manutenção da funcionalidade, visando postergar o aparecimento de incapacidades que impõem limitações à independência do idoso. O idoso deve ser alvo de ações educativas e atendimento individual, de forma que o enfermeiro possa estimular o autocuidado.

Por outro lado, as incapacidades funcionais em atividades relacionadas à mobilidade evidenciam a necessidade de adequação arquitetônica das construções urbanas tendo em vista que a proporção de idosos mais velhos e dependentes tende a aumentar nos próximos anos. Devem ser estimuladas discussões na esfera política e junto à comunidade a respeito da reestruturação dos

espaços urbanos e de moradia que facilitem o cotidiano do idoso.¹⁹

Destaca-se que 98,3% dos idosos apresentavam morbidades com predomínio de 4-7 (32,9%) (Tabela 1). É mister que os profissionais de saúde promovam ações voltadas ao auxílio do idoso no enfrentamento das dificuldades advindas de múltiplas morbidades. Durante a consulta de enfermagem, as necessidades de saúde expressa no relato dos idosos podem ser identificadas e a partir destas informações sistematizar o cuidado. A diversificação dos espaços de atendimento, bem como das ações em saúde permitirão maior visão do cuidado a ser desenvolvido. O atendimento no espaço domiciliar permite desvelar determinadas situações cotidianas e relações familiares que não seria possível identificar nos serviços de saúde. A educação em saúde em grupo favorece a troca de experiência, a sensação de que outras pessoas possuem desafios semelhantes, além de permitir ao enfermeiro maior vínculo com o idoso e melhor acompanhamento acerca do autocuidado em saúde.

Dentre as morbidades referidas, a maioria apresentou problemas de visão (78,1%) e de coluna (63,3%), hipertensão arterial (60,9%) e varizes (53,1%). Estas têm sido as morbidades prevalentes entre idosos.⁴⁻¹⁹ Diante disso, os enfermeiros devem, durante o cuidado, buscar evidências relacionadas às doenças mais prevalentes nesta faixa etária, visando o encaminhamento para o diagnóstico precoce e a atuação, no sentido de postergar as possíveis complicações.

Dentre os problemas de saúde que interferem na vida diária prevaleceram: problemas de coluna (54,9%), prisão de ventre (38,7%), varizes (38%) e hipertensão arterial (35,6%). Resultado semelhante, embora com percentuais inferiores ao deste estudo, foi encontrado em investigação com idosos na qual se observou que os problemas da coluna (18,6%) e a hipertensão arterial (16,3%) apresentaram maior prevalência de interferência na vida diária.¹⁹

Concernente à autoavaliação da qualidade de vida a maioria considerou como boa (67,3%) seguido por nem ruim nem boa (22%). Resultado semelhante foi obtido em outro estudo, em que a maioria dos idosos classificou a qualidade de vida como boa (46%) e nem boa, nem ruim (32%).²⁰

A autossatisfação com a saúde evidenciou que a maioria dos idosos estava satisfeita (64,4%) e nem satisfeito nem insatisfeito (16,4%). Considerando que a satisfação com a saúde pode estar

relacionada à diversos fatores como independência, a autonomia, o comportamento de busca e de viver plenamente,²¹ deve-se identificar, junto aos idosos, os fatores que interferem negativamente na sua autoavaliação e implementar ações que visem a sua melhoria.

A qualidade de vida, mensurada pelo WHOQOL-BREF, obteve maior escore para o domínio relações sociais (68,82), coincidindo com outro estudo¹⁸ e divergindo de inquérito realizado entre idosos atendidos em uma Equipe Saúde da Família que obteve maior escore no domínio psicológico (63,01).²²

O domínio físico (59,52) apresentou o menor escore de qualidade de vida. Resultado divergente ao encontrado em estudos realizados com idosos cadastrados no Programa Saúde da Família¹⁸ e atendidos em uma Equipe Saúde da Família²² que obtiveram menores escores no domínio meio ambiente.

A qualidade de vida mensurada através do WHOQOL-OLD evidenciou maiores escores na faceta funcionamento dos sentidos (79,95). Resultado divergente do encontrado entre idosos participantes de grupos de terceira idade (72) e idosos não institucionalizados (76,2) que encontraram maiores escore na faceta participação social.²³⁻²⁴

A faceta autonomia obteve o menor escore (60,44). Resultado semelhante ao apresentado em outros estudos.²³⁻²⁴ Pode-se garantir a autonomia do idoso de diversas maneiras, como oportunizando a decisão de escolher a roupa que deseja vestir, que alimentos prefere, que locais deseja passear, entre muitos outros itens. O importante é reconhecer as capacidades e potencialidades presentes, estimulando-o a viver desfrutando de seus direitos, mantendo seu espaço físico e existencial.²³

Na tabela 2, a seguir, encontra-se a distribuição dos escores de qualidade de vida, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, segundo número de incapacidade funcional da população estudada.

Tabela 2 - Distribuição dos escores de qualidade de vida, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, segundo número de incapacidade funcional. Uberaba-MG, 2010

Escore de qualidade de vida	Número de incapacidades funcionais				P*
	Sem	1 3	3 5	5 e mais	
WHOQOL-BREF					
Físico	63,69	50,9	40,51	29,16	<0,001
Psicológico	68,38	62,71	59,65	54,17	<0,001
Relações sociais	69,68	66,93	66,26	62,88	<0,001
Meio ambiente	63,57	59,43	60,82	61,14	<0,001
WHOQOL-OLD					
Funcionamento dos sentidos	82,85	72,52	75,91	65	<0,001
Autonomia	62,36	56,07	53,81	49,2	<0,001
Atividades passadas, presentes e futuras	66,67	62,97	63,57	59,09	<0,001
Participação social	67,07	59,2	54,11	44,77	<0,001
Morte e morrer	76,3	73,87	72,1	83,18	0,023
Intimidade	69,04	66,78	68,75	70,57	0,056

* ANOVA-F.

Verificou-se no domínio físico que conforme aumentou o número de incapacidades funcionais diminuiu o escore de qualidade de vida ($F=184,436$; $p<0,001$) (Tabela 2). Estudo realizado entre idosos com incapacidade funcional evidenciou 36,1 vezes mais risco de apresentar pior qualidade de vida no domínio físico do que os não possuíam incapacidades.⁹ Dentre os aspectos avaliados por este

domínio estão a mobilidade e a capacidade para realizar as atividades da vida cotidiana.¹¹

Concernente ao domínio psicológico o maior número de incapacidade funcional esteve associado ao menor escore de qualidade de vida ($F=53,450$; $p<0,001$) (Tabela 2). Pesquisa evidenciou que os idosos que referiram incapacidade funcional têm 16,9 vezes mais risco de apresentar me-

nor escore no domínio psicológico.⁹ Deste modo, evidencia-se que o maior número de incapacidades funcionais interfere na auto-estima, na imagem corporal e nos sentimentos positivos. O idoso pode se sentir desmotivado para o cuidado com a saúde, dado às limitações impostas pela incapacidade funcional, favorecendo os sentimentos negativos.

Os idosos com maior número de incapacidades funcionais apresentaram menores escores de qualidade de vida no domínio relações sociais, comparados àqueles que não possuíam incapacidades ($F=11,644$; $p<0,001$) (Tabela 2). Resultado divergente do obtido em investigação conduzida com idosos cadastrados em PSF no qual a incapacidade funcional não apresentou relação com este domínio.⁹ O idoso com incapacidade funcional necessita de maior suporte social para realização de suas atividades cotidianas. É possível que o maior número de incapacidade funcional, em especial, relacionada a mobilidade esteja comprometendo as relações pessoais do idoso. Neste contexto, o enfermeiro pode dar suporte ao idoso e seus familiares e/ou cuidadores, no sentido de discutir estratégias de adaptação da funcionalidade, visando sua manutenção. Ademais, o enfermeiro pode identificar na sua área de abrangência as instituições e organizações que desenvolvem atividades com idoso, com intuito de ampliar o suporte social.

No domínio meio ambiente, os idosos com 1-3 incapacidades funcionais apresentaram menor escore de qualidade de vida, comparados aos demais ($F=15,108$; $p<0,001$) (Tabela 2). Resultado divergente do obtido em investigação conduzida com idosos cadastrados em PSF no qual a incapacidade funcional não apresentou relação com este domínio.⁹ Este fato evidencia que os idosos com menor número de incapacidade funcional estão sentindo dificuldades para se adaptar ao meio, familiar e comunitário, além de terem pouca oportunidade para adquirir novas informações e lazer.

Na faceta funcionamento dos sentidos, os idosos com cinco e mais e 1-3 incapacidades funcionais apresentaram escores de qualidade de vida significativamente menores do que os demais ($F=48,146$; $p<0,001$) (Tabela 2). Estudo realizado com idosos dependentes não observou diferença significativa entre o comprometimento da capacidade funcional e a faceta funcionamento dos sentidos, diferente do encontrado nesta pesquisa.⁸

O maior número de incapacidades funcionais esteve associado ao menor escore de qualidade de vida na faceta autonomia ($F=46,024$; $p<0,001$) (Tabela 2). Resultado divergente foi obtido entre

idosos dependentes que não apresentaram diferença significativa entre o comprometimento da capacidade funcional e esta faceta.⁸ A maior dependência de outras pessoas para realizar as AVDs tem levado o idoso a perder a capacidade de decidir sobre sua vida. Este tema necessita ser trabalhado pelos profissionais de saúde junto aos idosos e familiares, uma vez que a dependência não está relacionada à perda da autonomia. Se preservada a capacidade cognitiva, o idoso, ainda que dependente, pode e deve decidir sobre sua vida.

Os idosos com cinco e mais e 1-3 incapacidades funcionais apresentaram menores escores de qualidade de vida na faceta atividades passadas, presentes e futuras comparados aos outros ($F=14,838$; $p<0,001$) (Tabela 2). Investigação realizada com idosos dependentes não obteve diferença significativa entre o comprometimento da capacidade funcional e a qualidade de vida mensurada por esta faceta, divergindo deste estudo.⁸ A menor satisfação com a vida e perspectivas futuras podem estar relacionadas à desesperança na realização de suas necessidades e aspirações dadas as limitações funcionais.

Referente a faceta participação social, verificou-se que conforme aumentou o número de incapacidades funcionais os idosos apresentaram menores escores de qualidade de vida ($F=77,525$; $p<0,001$) (Tabela 2). Resultado que corrobora com inquérito conduzido com idosos dependentes que identificou menores escores na faceta participação social (32,3) embora não tenha sido observada diferença significativa entre o grau de comprometimento da capacidade funcional e a qualidade de vida.⁸ Estes resultados evidenciam que os idosos com maior número de incapacidades funcionais apresentam limitações para participar em atividades na comunidade. Este fato reforça a necessidade dos profissionais de saúde, em parceria com a comunidade, discutir e implementar estratégias para a manutenção da inserção social do idoso.

Diferente do encontrado nas demais facetas, em morte e morrer os idosos com cinco e mais incapacidades funcionais apresentaram maior escore de qualidade de vida, comparados aos demais ($F=3,199$; $p=0,024$), Tabela 2. Resultado divergente do obtido em pesquisa conduzida com idosos dependentes no qual a incapacidade funcional não apresentou relação com esta faceta.⁸ Este fato remete a reflexão dos aspectos relacionados às inquietações e temores sobre morte que estão sendo mais facilmente vivenciados pelos idosos com maior número de incapacidades funcionais.

Na tabela 3, a seguir, encontra-se a distribuição dos escores de qualidade de vida, WHOQOL-

-BREF e WHOQOL-OLD, segundo número de morbidades da população estudada.

Tabela 3 - Distribuição dos escores de qualidade de vida, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD dos idosos segundo número de morbidades. Uberaba-MG, 2010

Escores de qualidade de vida	Número de morbidades					P*
	Nenhuma	1 4	4 7	7 10	10 e mais	
WHOQOL-BREF						
Físico	78,63	71,42	62,58	54,81	47,11	<0,001
Psicológico	72,59	71,22	67,4	65,13	61,98	<0,001
Relações sociais	67	70,22	69,74	68,84	65,88	<0,001
Meio ambiente	63,3	63,31	62,73	61,89	62,36	0,422
WHOQOL-OLD						
Funcionamento dos sentidos	87,33	83,97	80,89	77,84	76,75	<0,001
Autonomia	66,61	63,28	61,59	58,47	57,98	<0,001
Atividades passadas, presentes e futuras	69,08	67,78	66,27	63,88	64,46	<0,001
Participação social	69,41	66,03	65,71	63,56	61,72	<0,001
Morte e morrer	83,55	75,92	74,46	75,71	77,82	0,073
Intimidade	66,78	67,83	67,92	68,82	70,35	0,145

* ANOVA-F.

Verificou no domínio físico que conforme aumentou o número de morbidades ocorreu uma diminuição significativa no escore de qualidade de vida dos idosos ($F=184,436$; $p<0,001$) (Tabela 3). Estudo obteve menor escore de qualidade de vida no componente físico entre idosos com mais de uma doença crônica (37,59) comparado aos que não apresentam doenças (48,72).¹⁰ O maior número de morbidade pode estar relacionado a dor, ao desconforto, a dependência no uso de medicamentos e a necessidade de realizar o tratamento da doença nos serviços de saúde, fatores estes avaliados neste domínio.¹¹ A reorganização e reestruturação dos serviços que compõem as redes de atenção à saúde podem favorecer o enfrentamento destas situações vivenciadas pelos idosos. Estes aspectos trabalhos na perspectiva dos cuidados progressivos à saúde e na estratificação de risco, favorecerão o acesso, a resolutividade e a disponibilidade de recursos.

O maior número de morbidades dos idosos esteve associado ao menor escore de qualidade de vida no domínio psicológico ($F=34,737$; $p<0,001$) (Tabela 3). O maior número de morbidades pode contribuir para o advento de sentimentos negativos. Para que o idoso se sinta amparado e enfrente as adversidades relacionadas à sua doença, é necessário que ele tenha suporte. Nesse sentido, o enfermeiro deve promover ações educativas que

gerem, efetivamente, oportunidades de aprendizado, uma vez que auxiliam os sujeitos a desenvolver as habilidades e confiança para adaptação e convivência com a doença.²⁵

No domínio relações sociais os idosos com 10 e mais morbidades e aqueles que não possuíam doenças apresentaram menor escore de qualidade de vida, comparados aos demais ($F=8,418$; $p<0,001$) (Tabela 3). Assim como o maior número de morbidades interferiu de forma negativa na qualidade de vida, verificou-se que os idosos sem morbidades também apresentam menor escore de qualidade de vida. Neste domínio são avaliadas as questões relacionadas ao suporte social, atividade sexual e relações pessoais. Estes dados remetem à necessidade de novas investigações para maior compreensão dos fenômenos que estão interferindo negativamente na qualidade de vida dos idosos com e sem morbidades.

Conforme ocorreu aumento no número de morbidades entre os idosos houve uma diminuição significativa no escore de qualidade de vida na faceta funcionamento dos sentidos, ($F=10,520$; $p<0,001$) (Tabela 3). As comorbidades associadas às alterações decorrentes do processo de envelhecimento podem potencializar o impacto das perdas sensoriais, interferindo negativamente na qualidade de vida. O enfermeiro deve investigar este aspecto, durante a consulta de enfermagem,

de maneira a favorecer o tratamento, quando necessário, e a preservação da sociabilidade do idoso.

Os idosos com maior número de morbidades apresentaram menor escore de qualidade de vida na faceta autonomia, comparados aos demais ($F=14,651$; $p<0,001$) (Tabela 3). Tais resultados evidenciam que a manutenção da autonomia esta sendo dificultada pelo maior número de doenças. No entanto, este fato não impede que o idoso possa decidir sobre os interesses relacionados à sua vida.

Na faceta atividades passadas, presentes e futuras, os idosos com 7-10 morbidades apresentaram escores de qualidade de vida significativamente inferiores aos demais ($F=7,111$; $p<0,001$) (Tabela 3). As restrições impostas pela doença e/ou tratamento podem contribuir para o impacto desta faceta na qualidade de vida dos idosos com múltiplas morbidades. Os serviços de saúde podem contribuir para melhoria destes aspectos identificando os fatores que tem contribuído para minimização da esperança do idoso. Pode-se ainda, realizar atividades de acompanhamento e monitoramento da saúde do idoso, auxiliando-o na compreensão dos aspectos relacionados à sua doença. A enfermagem pode desenvolver estratégias que busquem incentivar os idosos no reconhecimento de novos planos e aspirações para o futuro conforme suas potencialidades.

O maior número de morbidades entre os idosos esteve associada ao menor escore de qualidade de vida na faceta participação social ($F=7,011$; $p<0,001$) (Tabela 3). As comorbidades podem afetar a qualidade de vida na medida em que o idoso encontra restrições nas suas atividades cotidianas e junto à comunidade. Assim, deve-se buscar incluir o idoso nas atividades familiares e junto à comunidade de acordo com seus interesses e possibilidades.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo evidenciam necessidade de direcionar a atenção para manutenção da funcionalidade e morbidades desta população.

A incapacidade funcional relacionada ao autocuidado e mobilidade sugerem que sejam desenvolvidas ações de estímulo a funcionalidade visando contribuir para maior independência do idoso. Podem ser realizadas atividades em grupos nos serviços de saúde além de ações individuais nas visitas domiciliares.

No que concerne ao número de morbidades, faz-se necessário que os serviços de saúde realizem

ações de monitoramento e acompanhamento de modo a evitar suas complicações.

Estas intervenções podem contribuir para minimizar o impacto das incapacidades e morbidades na qualidade de vida do idoso. É mister que os serviços de saúde priorizem ações visando diminuir a influência sobre o cotidiano e a autonomia do idoso. Além disso, pode-se buscar, junto à família e comunidade, recursos que favoreçam as expectativas futuras e novas realizações e implementação de atividades comunitárias que atendam aos seus desejos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2009 [online]. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2009 [acesso 2010 Mar 31]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009 Mai-Jun; 43(3):548-54.
3. Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005 Jun.; 17(5/6):370-8.
4. Pedrazzi EC, Rodrigues RAP, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Cienc Cuid Saúde*. 2007 Out-Dez; 6(4):407-13.
5. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2009 Out; 43(5):796-805.
6. Duarte TAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – saúde, bem-estar e envelhecimento – o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 185-200.
7. WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Soc Sci Med*. 1995 Nov; 41(10):1403-9.
8. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr*. 2009; 58(1):39-44.
9. Floriano PJ, Dalgalarrrondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2007; 56(3):162-70.
10. Belvis AG, Avolio M, Sicuro L, Rosano A, Latini E, Damiani G, et al. Social relationships and HRQL: a

- cross-sectional survey among older Italian adults. *BMC Public Health*. 2008 Oct 3; 8: 348.
11. Chachamovich E, Fleck MPA. Desenvolvimento do WHOQOL BREF. In: Fleck MPA organizador. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre (RS): Artmed, 2008. p.74-82.
 12. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000 Abr; 34(2):178-83.
 13. Chachamovich E, Trentini CM, Fleck MPA, Schmidt S, Power M. Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. In: Fleck MPA organizador. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre (RS): Artmed, 2008. p.102-11.
 14. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006 Out; 40(5):785-91.
 15. Caetano JA, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2008 Jun [acesso 2010 Mar 31]; 17(2):327-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200015
 16. Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública*. 2007 Fev; 41(1):131-8.
 17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão 2008*. Rio de Janeiro (RJ): IBGE - Depis. [acesso 2009 Mar 16]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>
 18. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd. Sul*. 2006 Jan-Abr; 28(1):27-38.
 19. Farinasso ALC, Marques S, Rodrigues RAP, Haas VJ. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006 Mar; 27(1):45-52.
 20. Moraes NAS, Witter, GP. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. *Bol Psicol*. 2007 Jul-Dez; 57(127):215-38.
 21. Penna FB, Espírito Santo FH. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. *Rev Eletrônica Enferm* [online]. 2006 Jul [acesso 2010 Jan 20]; 8(1):17-24. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_02.htm
 22. Silva CBDCA. *Qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde da família em Rio Grande [dissertação]*. Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande, Pós Graduação em Enfermagem; 2008.
 23. Celich KLS. Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos de terceira idade [tese] Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica Rio Grande do Sul; 2008.
 24. Ramos LJ. *Variação do estado nutricional, da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, RS.[trabalho de conclusão de curso]* Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica Rio Grande do Sul; 2008.
 25. Santos KA, Koszowski R, Dias da Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007 Nov; 23:2781-8.