

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS PERTENCENTES À ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA ESF-CÁCERES-MT

ASSESSMENT OF FUNCTIONAL CAPACITY OF THE ELDERLY BELONGING TO THE COVERAGE AREA OF AN ESF-CÁCERES-MT

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ANCIANOS QUE PERTENECE A LA ZONA DE COBERTURA DE UN FSE-CÁCERES-MT

Kainã Jerônimo Rodrigues¹, Naudia Silva Dias², Eva Couto Garcia³, Danyella Rodrigues de Almeida⁴, Vânia Deluque Aguiar⁵

Resumo

O envelhecimento é um processo biológico universal e progressivo e a cada dia que passa o número de idosos cresce expressivamente. Paralelo a esse fato, aumenta a prevalência de doenças crônicas e incapacitantes que compromete a independência e a autonomia do idoso, refletindo negativamente em sua qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional de idosos, verificar morbidades referidas e os aspectos comportamentais dessa população. **Metodologia:** Aplicou-se um questionário preestabelecido, a escala de Lawton e o índice de Katz em 104 idosos que habitavam em área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, com idade igual ou superior a sessenta anos. **Resultado:** A maioria dos idosos é independente para todas as AVD e AIVD. Quanto aos aspectos comportamentais que contribuem negativamente e positivamente para a saúde dos idosos (tabagismo, etilismo e exercício físico) não são praticados pela maioria deles. Nota-se que as doenças prevalentes são hipertensão e diabetes. **Conclusão:** Dessa maneira, o profissional deve estar atento ao diagnóstico situacional da parte da população que mais cresce no Brasil e capacitar-se para atender suas necessidades de forma integral, prevenindo doenças e promovendo saúde para que a independência e autonomia sejam características expressivas e significativas nessa faixa etária.

Artigo extraído da Monografia apresentada a Universidade do Estado de Mato Grosso, 2012: Avaliação da capacidade funcional de idosos pertencentes à área de abrangência de uma ESF-Cáceres-MT.

¹Graduado em Enfermagem, pela Universidade do Estado de Mato Grosso- Cáceres/MT. E-mail: kainajeronimo@hotmail.com

²Enfermeira Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso- UFMT, 2008. Docente da Universidade do Estado de Mato Grosso-UNEMAT. E-mail: naudia_dias@hotmail.com

³Enfermeira Especialista em gestão e Saúde da família pela Faculdade Católica Dom Aquino de Cuiabá-FAC Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso- Cáceres/MT. E-mail: evacougar@hotmail.com

⁴Enfermeira Especialista em Urgência e Emergência, Docente do Departamento de enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso-Cáceres/MT. E-mail: dannypirelle@hotmail.com

⁵Enfermeira Especialista em Docência e Gestão do Ensino Superior, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso-Cáceres/MT. E-mail: vaniaenfer@hotmail.com

Descritores: Envelhecimento populacional, Atividade cotidiana, idoso.

Abstract

Aging is a universal biological process and progressive and each passing day the number of elderly grows significantly. Parallel to this fact, increases the prevalence of chronic and disabling diseases that compromise the independence and autonomy of the elderly, reflecting negatively on their quality of life. **Objective:** To evaluate the functional capacity of the elderly, check morbidities and behavioral aspects of this population. **Methods:** We applied a questionnaire preset, the scale of Lawton and Katz in 104 elderly who lived in the area covered by the Family Health Strategy, aged more than sixty years. **Results:** Most of the elderly is independent for all ADL and IADL. Regarding the behavioral aspects that negatively and positively to the health of the elderly (smoking, alcohol consumption and exercise) are not practiced by most of them. Note that the prevalent diseases are hypertension and diabetes. **Conclusion:** Thus, the professional must be aware of the situational analysis of part of the fastest growing population in Brazil and empower themselves to meet their needs holistically, preventing diseases and promoting health for the independence and autonomy characteristics are expressive and significant this age group.

Keywords: Aging population, everyday activity, elderly.

Resumen

El envejecimiento es un proceso biológico universal y progresivo y cada día que pasa el número de personas de edad avanzada crece significativamente. Paralelamente a este hecho, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes que comprometen la independencia y autonomía de las personas mayores, lo que refleja negativamente en su calidad de vida. **Objetivo:** Evaluar la capacidad funcional de las personas mayores, compruebe morbilidad y aspectos de comportamiento de esta población. **Métodos:** Se aplicó un cuestionario preestablecido, la escala de Lawton y Katz en 104 ancianos que vivían en la zona que abarca la Estrategia Salud de la Familia, con edades de más de sesenta años. **Resultados:** La mayoría de los ancianos es independiente de todas las AVD y AIVD. En cuanto a los aspectos de comportamiento que negativamente y positivamente a la salud de las personas de edad (fumar, consumo de alcohol y ejercicio) no se practican por la mayoría de ellos. Tenga en cuenta que las enfermedades prevalentes son la hipertensión y la diabetes. **Conclusión:** Por lo tanto, el profesional debe tener en cuenta el análisis de la situación de una parte de la población de más rápido crecimiento en Brasil y empoderarse para satisfacer sus necesidades de

manera integral, la prevención de enfermedades y promoción de la salud para las características de independencia y autonomía son expresivos y significativos este grupo de edad.

Descriptor: Envejecimiento de la población, la actividad de todos los días, personas de edad avanzada.

Introdução

O Brasil vem apresentando de maneira rápida o envelhecimento populacional, transformando a estruturação dos grupos etários no país. Como se não bastasse, além dessa transformação conceituada como transição demográfica, existe ainda o que denomina-se transição epidemiológica, que significa uma mudança nas causas de morbimortalidades vistas hoje, onde a número de pessoas que morrem por doenças infecciosas é representado por menos de 10% dos casos se fosse comparado com as doenças cardiovasculares⁽¹⁾.

Uma maneira mais fácil de enxergar essa projeção é expressar esse crescimento através de sua quantificação. Levando em consideração os dados obtidos do IBGE, o grupo etário de 60 anos ou mais duplicará no período de 2000 a 2020, passando de 13,9 para 28,3 milhões, ascendendo- se em 2050 para 64 milhões. E não para por aí, a partir do ano de 2030 o número de idosos presentes no Brasil já estará ultrapassando o de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade em aproximadamente 4 milhões. Essa diferença não para de crescer até alcançar 5,8 milhões em 2050⁽²⁾.

Aproximadamente 85% dos idosos possuem uma doença crônica (cardiovasculares, diabetes, neoplasias, respiratórias crônicas) e 10% deles apresentam cinco dessas doenças. Estudo realizado por Silvestre⁽⁴⁾ aponta que 45% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos precisam de auxílio para realizar no mínimo uma das atividades de vida diária que são: fazer compras, cuidar de finanças, prepararem refeições ou limpar a casa, e 10% precisam de ajuda para desempenhar tarefas básicas como: tomar banho, ir ao banheiro, vestir- se, sentar e levantar da cadeira ou cama e alimentar- se.

Sabendo- se que a população idosa cresce de maneira intensa no Brasil e as doenças crônicas não transmissíveis interferem diretamente na qualidade de vida e a capacidade funcional durante a terceira idade, a escolha do tema se deve à relevância dessas informações para a saúde do idoso no Brasil, e o fato de escolher a determinada

Estratégia de Saúde da Família é pelo conhecimento do diagnóstico situacional prévio da população idosa daquela área.

Revisão da Literatura

Transição demográfica e epidemiológica no Brasil

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 19 do Ministério da Saúde, o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, principalmente nos países em desenvolvimento. A causa deve-se à mudança de alguns indicadores de saúde como: a queda de fecundidade e mortalidade e o aumento da esperança de vida⁽⁵⁾.

A mortalidade no período de idade reprodutiva era um acontecimento provado no século passado e o cenário atual não se repete como o de antes. Hoje o envelhecimento é um benefício, mas traz consigo a mudança no perfil de morbimortalidades populacional, que é caracterizado pelo acúmulo de doenças crônico-degenerativas de forma individual ou múltipla⁽⁶⁾.

Nos anos 60 todos os grupos etários apresentavam um crescimento populacional na mesma proporção; a partir daí o grupo de idosos começou a disparar esse crescimento, se transformando no grupo que mais cresce. O conjunto de medidas que influenciou nesse crescimento foram às inovações tecnológicas da medicina moderna – assepsia, vacina, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnósticos, favorecendo a adoção de medidas que tem a capacidade de prevenir ou curar muitas doenças⁽⁷⁾.

Visando atender a esse grupo populacional de forma integral e levando em consideração suas especificidades é que o Ministério da Saúde elaborou e vem aperfeiçoando as Políticas de Saúde direcionadas a pessoa idosa como forma de melhorar a qualidade de vida durante a terceira idade.

No estado de Mato Grosso, após a avaliação do crescimento populacional por faixa etária, entre 1980 e 1996 revela um aumento no número de idosos no estado e diminuição da população que compreende a faixa etária de 0 a 14 anos⁽⁸⁾.

Nas informações demográficas encontradas no site do DATASUS, o município de Cáceres/Mato Grosso no ano de 1980, tinha uma população idosa de 60 anos ou mais que totalizava 2.367 idosos. Já em 2010 houve o número de idosos aumentou, totalizando 8.278 pessoas⁽⁹⁾.

Políticas Nacionais direcionadas ao idoso

Com intuito de garantir uma velhice longa, autônoma e de qualidade, a população ou grupo etário que está em constante crescimento no Brasil e no mundo, houve a necessidade de elaborar políticas públicas que ofereçam amparo legal e adequado para o idoso.

Em janeiro de 1994 foi formada a Política Nacional do Idoso, pela Lei 8.842, com objetivo de garantir autonomia e participação do idoso na sociedade. A PNI foi uma forma de assegurar os direitos sociais do idoso e sua integração/ participação efetiva a comunidade⁽¹⁰⁾.

As propostas dessa política de atenção apontam para a divulgação de suas fontes para a população, bem como aos profissionais da área da saúde como um todo. Há a necessidade da realização de pesquisas contínuas voltadas para a divulgação e o conhecimento dos profissionais de saúde que cuidam de idosos, com a finalidade de aperfeiçoar a assistência prestada por esses profissionais a esse grupo etário⁽¹¹⁾.

Apesar de toda essa estrutura legal de garantia de direitos à pessoa idosa, a contexto atual não contribui para essa realização, posto que a prioridade que é dada aos idosos através das políticas públicas ainda é baixa, o que nos leva a perceber que falta compreensão aprimorada das necessidades específicas dessa população. Além de garantir o direito de cidadania a todas as pessoas, é necessário devolver para aqueles que a perderam. Dessa forma, é indispensável ainda, orientar a população a respeito das necessidades desse grupo populacional para que as políticas públicas sejam mais eficazes⁽¹²⁾.

Buscando atender as necessidades da população que mais cresce atualmente, o governo federal elaborou o Estatuto do Idoso em 2003, visando não só atualizar a Lei 8.842, de 1994, mas, além disso, ampliar os direitos dessa população para atendê-los integralmente. Aprovado pela Lei 10.741/03, tanto a família quanto a comunidade e o poder público tem a obrigação de oferecer ao idoso de forma prioritária o direito a saúde, à vida, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária⁽¹³⁾.

O Art. 18 do Estatuto descreve que as instituições de saúde devem estar preparadas pra atender as necessidades do idoso e o profissional deve ser capacitado constantemente para tal ação. Isso é uma forma de garantir a “total” reabilitação do idoso institucionalizado e minimizar as dificuldades em atender essa faixa etária que

requer olhar diferenciado. É preciso conhecer as características das enfermidades em idosos, pois os sintomas que eles apresentam são confundidos com transtornos normais do envelhecimento, podendo apresentar-se de forma mascarada, sem os sinais clássicos. Essa falta de conhecimento implica em consequências graves, e no caso do idoso institucionalizado, pode haver um aumento no tempo de internação e redução da capacidade funcional, daí a necessidade de aperfeiçoamento/ treinamento para as equipes que lidam com essa faixa etária⁽¹³⁾.

Dessa forma, podemos perceber que as políticas públicas direcionadas ao idoso destacam que a família é a primeira fonte de suporte a qual seus membros recorrem para resolução de problemas. Ela pode estar presente desde a simples preparação da refeição, passando pela modalidade de lazer, até a rotina do uso de medicamentos e de consultas para avaliação do estado de saúde da pessoa idosa.

Após a elaboração de algumas políticas direcionadas ao idoso e conhecimento ampliado a respeito da necessidade dessa população, surgiu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que tem como principal objetivo recuperar, manter e promover a autonomia e independência do idoso, definindo medidas para essa finalidade.

Para que a PNSI (Política Nacional de Saúde do Idoso) fosse elaborada corretamente houve algumas considerações que nortearam a síntese da mesma. As principais são: o contínuo e intenso envelhecimento populacional no Brasil, os avanços políticos e técnicos na área da gestão em saúde, escassez de recursos sócio educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso, escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa⁽¹⁴⁾.

Objetivando atualizar a PNSI, foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela portaria nº 2.528/06, que apresenta uma mudança na estrutura de suas diretrizes, que são elas: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas⁽⁵⁾.

A similaridade entre essas duas políticas direcionadas a saúde do idoso são as diretrizes. A PNNPI apresenta as mesmas diretrizes que a PNSI e algumas a mais, como a formação e educação permanente de profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.

Para o alcance do propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, são definidas como diretrizes essenciais. Uma delas é a promoção do envelhecimento ativo e saudável, onde o objetivo visa apresentar ações que favorecem os idosos, ajuda a manter a independência do idoso e estimular ações/hábitos de vida que permitam o envelhecimento saudável (alimentação adequada e balanceada, prática de exercícios físicos, convivência social, atividade ocupacional que alivie o estresse). A diretriz também descreve a importância do abandono dos hábitos de vida que prejudicam a saúde, como o tabagismo, etilismo e automedicação⁽⁵⁾.

Outra diretriz importante para a compreensão da importância da realização desse estudo é a: manutenção da capacidade funcional, que tem como função apresentar dois níveis de prevenção da incapacidade funcional. O primeiro deles é a aplicação de vacinas (tétano, influenza e pneumonia pneumocócica) para esse grupo populacional, de acordo com a preconização da Organização Mundial de Saúde (OMS) pelo fato de que os idosos preenchem a maioria da taxa de internação por tétano. Outro fato que justifica essa medida é risco de letalidade e alta taxa de internação devido à pneumonia nessa faixa etária, o que gera gastos altos para o governo devido ao tempo de recuperação do idoso que é acometido por uma doença infecciosa do aparelho respiratório. Sabemos também que o tempo prolongado de internação além de custar caro, aumenta a chance de declínio funcional⁽¹⁴⁾.

Outra diretriz relevante é a: reabilitação da capacidade funcional comprometida, que apresenta ações que previnem e recuperam a capacidade funcional da pessoa idosa. Dentre os pontos importantes para a realização correta dessa diretriz está o envolvimento multiprofissional, posto que a medicina, a enfermagem, a fisioterapia, a terapia ocupacional, a nutrição, a fonoaudiologia, a psicologia e o serviço social devem estar envolvidos tanto na tomada de decisão de ações que promovam saúde e previna incapacidades, como ações de reabilitação do idoso, visto que as causas que levam à dependência são totalmente evitáveis⁽¹⁴⁾.

Promoção de Cooperação Nacional e Internacional das Experiências na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa: Devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do

envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisas⁽⁵⁾.

Para que essas políticas sejam colocadas em prática será necessário fazer o acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito e, conseqüentemente, o seu impacto sobre a saúde dos idosos, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias. Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específica, capazes de mensurar a qualidade dessas propostas, e uma das opções para formar evidências a respeito dessa ação será através de estudos publicados.

Capacidade funcional

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, que eles possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com máxima qualidade⁽⁵⁾.

Os idosos que recebem o devido apoio que merecem podem permanecer ativos e independentes por tanto tempo quanto for possível. Eles estão em risco em todo tempo e o fato de envelhecer não é a única causa dessa fragilidade, pois o processo de envelhecimento pode torná-los mais vulneráveis a incapacidade, decorrente do meio físico, social ou de questões afetivas. Portanto, se faz obrigatório o apoio apropriado para os idosos e seus cuidadores⁽¹²⁾.

Salientando a importância da avaliação funcional do idoso, o Caderno de Atenção Básica nº 19/MS relata que essa avaliação permite traçar um diagnóstico, um prognóstico e julgamento clínico correto, que serão o alicerce para decidir os tratamentos e cuidados fundamentais aos idosos. O parâmetro de avaliação é tão essencial que, se for agrupado a outros indicadores de saúde, serve para orientar quanto à efetividade das ações que estavam sendo implementadas⁽⁵⁾.

A avaliação da capacidade funcional do idoso foi preconizada pela PNSI e além de determinar o comprometimento funcional, indicam quais são os idosos que necessitam de auxílio, ou seja, em que grau (parcial ou total) essa pessoa precisará de ajuda para realizar as atividades do dia a dia necessárias para sua sobrevivência. A capacidade funcional indica a “força” que o idoso tem para realizar atividades, ou seja, a condição remanescente que ele pode ou não utilizar⁽⁵⁾.

As Atividades Vida Diária (AVD's) são avaliadas conforme a Escala de Katz, e foi a primeira desenvolvida para tal avaliação. Ela serve para mensurar a habilidade do

idoso em executar atividades cotidianas (alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro, manter controle sobre suas necessidades fisiológicas) sem ajuda de outra pessoa. Já a Escala de Lawton é de grande utilidade para avaliação das AIVD's (utilizar meio de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições, cuidar das próprias finanças) que estão relacionadas à socialização do idoso e sua capacidade de manter uma vida comunitária de forma independente⁽⁵⁾.

De modo geral, a avaliação funcional determinará, necessariamente, o grau de dependência da pessoa idosa, os tipos de cuidados que vão ser necessários, além de identificar como e por quem os mesmos poderão ser mais apropriadamente realizados⁽⁵⁾.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva de caráter transversal com objetivo de avaliar a capacidade funcional dos idosos, verificar morbidades referidas e os aspectos comportamentais de uma área de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Cáceres - Mato Grosso.

Participaram da pesquisa 104 idosos, sendo 60 do sexo feminino e 44 do sexo masculino com faixa etária de 60 a 99 anos de idade. Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foi ter idade igual ou superior a 60 anos, residir em área de abrangência da ESF e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada através de questionário semiestruturado contendo informações demográficas, epidemiológicas e as escalas de avaliação funcional: Lawton e Katz, propostas pelo Ministério da Saúde através do Caderno de Atenção Básica nº 19 (2006) utilizada para avaliação da capacidade funcional.

A coleta de dados foi realizada nos domicílios de cada idoso pelo pesquisador no período de janeiro a maio de 2012 através de entrevista. O instrumento de coleta e as escalas foram respondidos pelos idosos com auxílio do pesquisador.

Conforme surgiam as dúvidas a respeito do questionário os idosos eram orientados quanto à finalidade do mesmo e a respeito da importância de se manter uma velhice com saúde, autonomia e independência. Tendo como princípio a promoção, prevenção e reabilitação de saúde da pessoa idosa, após o término da coleta os dados foram analisados de acordo com a escala de Lawton, os idosos foram classificados em independentes se apresentasse a pontuação de (22-27), parcialmente dependentes (15-

21) e totalmente dependentes (9-14). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT em agosto de 2011 sob o protocolo de nº 100/2011.

Resultados e Discussão

No que diz respeito à classificação dos idosos que são atendidos na ESF de acordo com a escala de Lawton, observa-se que a maioria dos idosos 68 (65,38%) são independentes para todas as atividades instrumentais de vida diária, 22 (21,15%) idosos são parcialmente dependentes e necessitam de ajuda para realizar no mínimo uma AIVD e 14 (13,46%) precisam de auxílio em todas as AIVD.

A avaliação aplicada não busca determinar apenas o grau de capacidade funcional que o idoso apresenta, e sim complementar essa informação revelando quais os tipos de ajuda que o mesmo necessita, é uma forma de mensurar se o idoso consegue realizar atividades que o proporcionem autocuidado efetivo⁽⁵⁾.

A escala de Lawton exige maior força muscular pelo fato de apresentar perguntas que envolvem a capacidade do idoso de sair de casa e ir a locais distantes sozinho, fazer compras, pequenos reparos em casa e preparar refeições. Permite avaliar também a capacidade de vida social do idoso, onde é revelado se o mesmo tem condições de ser independente na comunidade que é composta de várias gerações⁽⁵⁾.

Quanto aos tipos de classificação de acordo com o índice de Katz foi observado nos resultados que 87 idosos (83, 65%) são independentes para todas as atividades (A); 10 (8, 69%) são independentes para todas as atividades menos uma (B); 1 (0.86%) é independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional (D); 1 (0.86%) é independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional (F); 2 (1.73%) são dependentes para todas as atividades (G) e 3 (2.60%) são dependentes em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F (Outro).

Ao avaliar a capacidade funcional de idosos no município de Goiânia, Costa⁽¹⁵⁾ identificou que 57,9% eram independentes, 37,9% dependentes para a maioria das AVD's e 42,1% apresentando grau mínimo de dependência. A prevalência de independência encontrada nesse estudo foi semelhante à apresentada nesse trabalho.

O índice de Katz tem como principal objetivo medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente e assim determinar as necessárias intervenções de reabilitação⁽⁵⁾.

É importante destacar que há uma diferença entre capacidade funcional e as condições de desempenho do idoso. No que diz respeito às condições funcionais deve ser avaliado o grau de dependência e independência para a realização das atividades rotineiras, já o desempenho deve ser considerado o potencial que o idoso tem para realização de suas atividades cotidianas ⁽⁵⁾.

No que se refere à distribuição do perfil de morbidade e aspectos comportamentais (hábitos de vida como: tabagismo, etilismo e sedentarismo) praticados pelos idosos, identificamos no estudo as principais morbidades referidas, como a hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus, posto que 62 idosos apresentaram (HAS), e 21 idosos tem Diabetes Melitus (DM). Os resultados mostram que as mulheres ultrapassam os homens no quesito de acometimento por DCNT.

Durante a entrevista 23 idosos que relataram ser hipertensos estavam com a pressão arterial elevada (maior/igual: 140/90 mmHg) devido a falta de adesão ao tratamento medicamentoso ou agravamento da doença que levou a ineficiência do tratamento indicado pelo profissional médico. Vale lembrar que a adesão ao tratamento medicamentoso associado à prática de exercícios físicos não foi um comportamento revelado pela maioria dos idosos nesse estudo.

A HAS e a DM aumentam a chance do idoso desenvolver outras doenças incapacitantes como as cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca congestiva), cerebrovasculares (acidente vascular cerebral e aneurisma) e renal crônica. Relata também que a HAS é uma doença crônica não transmissível que está presente na maioria dos idosos, visto que de 50 a 70% deles possuem essa morbidade, que quando mantida em níveis normais (abaixo de 140/90 mmHg) ajuda na diminuição de idosos parcial ou totalmente dependentes⁽⁵⁾.

Estudo realizado sobre morbidade e capacidade funcional dos idosos por Pedrazzi ⁽¹⁶⁾ identifica que 61,7% dos idosos relataram HAS e 27,7% relataram ter DM, o que se assemelha aos resultados encontrados na pesquisa, apesar da pequena diferença entre os percentuais.

Além de mostrar aos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças incapacitantes, constatamos que a terapêutica adequada para idosos que possuem essas doenças não é feita apenas pelo tratamento farmacológico. Para alcançar os objetivos do tratamento é necessário uma mudança no estilo de vida associado ao tratamento medicamentoso. É importante destacar ainda que os profissionais de saúde que atendem na unidade básica são responsáveis por estimular essa mudança,

incentivando a atividade física, a perda de peso e principalmente a alimentação saudável⁽⁵⁾.

Podemos observar que o nível de dependência dos idosos está relacionado aos hábitos de vida e a doenças crônicas não transmissíveis. A análise dos dados aponta que é possível visualizar que existe um número maior de idosos independentes que não fazem e nunca fizeram uso de tabaco (49) e bebida alcoólica (50). Tratando-se de doenças referidas, dos idosos independentes 42 idosos têm HAS e 12 DM, representando a maioria deles. A prática de exercícios físicos, que é um fator ligado a qualidade de vida na velhice, não é executada pela maioria dos idosos independentes, totalizando 54 indivíduos.

Afirma Giacomini⁽¹⁷⁾ que os indicadores de hipertensão arterial e diabetes influenciam na capacidade funcional ($p < 0,001$). Se tratando de incapacidade moderada, foi observado que a idade superior a 80 anos e a hipertensão arterial são associações positivas. Quanto à incapacidade grave/total a condição que mais influencia é o diagnóstico médico de diabetes.

A mobilidade articular permite a realização de atividades comuns da vida diária e, frequentemente encontra-se diminuída nos idosos sedentários, levando à diminuição de flexibilidade e comprometimento na realização das AVD's e AIVD's, problema que pode ser resolvido com a orientação sobre a prática de exercícios físicos, que tem por objetivo melhorar a mobilidade e força muscular do idoso e prevenir a instalação das DCNT⁽¹⁵⁾.

A deficiência de atividade física nessa faixa etária quando associado a hábitos de vida inadequado e tabagismo são fatores de risco totalmente expressivo no surgimento dessas doenças⁽⁵⁾.

A inatividade física é considerada um fator de risco importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e incapacidade funcional. Acredita-se que a ocorrência dessas doenças esteja relacionada a um complexo conjunto de fatores que interagem entre si, potencializando os seus efeitos para o desenvolvimento das DCNT. Essas doenças constituem entre si um conjunto de fatores que acarretam graus variáveis de incapacidade das pessoas idosas. Tornando um círculo vicioso de doenças e inabilidade que resultam na diminuição da atividade física predispondo o indivíduo ao risco maior de incapacidade funcional⁽¹⁸⁾.

A relação entre independência e tabagismo, etilismo, DM e sedentarismo tem expressão significativa na vida da pessoa idosa. É notória a necessidade do contínuo acompanhamento da equipe de saúde das unidades básicas visto que esses hábitos são

passíveis de ser abandonados pelos praticantes contribuindo para a manutenção da capacidade funcional dos indivíduos idosos.

As ações de intervenção desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família atualmente fazem parte de dois projetos de extensão desenvolvidos por alunos da Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT são eles: Horta Ativa, que proporciona momento de convivência social entre os idosos participantes, onde os mesmos podem cultivar parte do seu próprio alimento juntos. O outro projeto está relacionado à atividade física, e duas vezes por semana alunos do curso de educação física vão até a unidade para acompanhar e os idosos durante a caminhada: É importante destacar que antes de sair para a caminhada os idosos fazem alongamento que o acadêmico ensina para melhor desempenho da atividade física e prevenção de lesões musculares manifestadas pela dor após o exercício físico intenso.

Outra ação que foi desenvolvida na ESF visava esclarecer aos idosos a necessidade e importância de manter uma velhice saudável. Para o alcance dessa meta nós realizamos palestras sobre: HAS, DM, alimentação saudável, sexo seguro, efeitos da atividade física no corpo humano. Essa ideia partiu do projeto de extensão: Promoção do envelhecimento saudável e monitoramento das condições de saúde do idoso no PSF Vitória Régia no município de Cáceres/MT. É válido lembrar que antes da realização dessas atividades foi necessário saber a respeito do diagnóstico situacional da população idosa no local de estudo, com o objetivo de traçar metas que atendessem as necessidades do idoso naquela região.

Considerações finais

De acordo com o que foi proposto nos objetivos do estudo foi identificado que a maioria dos idosos são independentes para todas as AVD e AIVD. Quanto os aspectos comportamentais que contribuem negativamente e positivamente para a saúde dos idosos (tabagismo, etilismo e exercício físico) não são praticados pela maioria deles. Já as morbidades referidas tem alta prevalência nessa população. É elevado o número de idosos independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes com hipertensão arterial e que se tratando de diabetes melito é mais significativa apenas nos idosos totalmente dependentes representado pela maioria da população estudada.

Dessa maneira, devemos estar atentos ao diagnóstico situacional da parte da população que mais cresce no Brasil e buscar capacitação para atender as suas necessidades de forma interacional e integral, prevenindo doenças e promovendo saúde

para que a independência e autonomia sejam características expressivas e significativas nessa faixa etária e cumprindo o nosso papel de ajudar na manutenção e melhoria de vida da pessoa idosa, utilizando as ações que as políticas propõem como subsídios para a reversão da condição social de saúde do idoso que a cada dia tem sido mais desvendado.

Referências Bibliográficas

1. Brasil, Ministério da Saúde. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2009.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – Plano Nacional de Saúde (PNS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
3. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saúde Coletiva, São Paulo. 2007; 4(17):135-140.
4. Silvestre JA, Costa N, Menezes M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2003; 19(3).
5. Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
6. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo. Brasil: um estudo epidemiológico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2004; 20(6): 1575-1585.
7. Gordilho A, Nascimento JS, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, Maia R, Veras R. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Bahia Análise & Dados, Salvador – BA. 2001; 10(4): 138-153.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Estadual de Campinas. Núcleo de Economia Social, Urbana e Regional. Núcleo de Estudos de População. Aglomerados de Saúde: Mato Grosso/UNICAMP, NESUR/I.E., NEPO. Brasília: Ministério da Saúde. 2002;26(760).
9. Projeção populacional de acordo com o Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popbr.def>>.

10. Brasil. Lei 8.842, de 4 de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o conselho nacional do idoso e da outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1996.
11. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Rev Bras Enferm, Brasília. 2010;63(2):279-84.
12. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2004;9(2):423-432.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. –1. 761o., 2ª reimpr. –Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
14. Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, nº 237-E, 761o. 20-24, seção 1, 1999.
15. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. Acta Paul Enferm. 2006;19(1):43-35.
16. Pedrazzi EC, Rodrigues RAP, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. Cienc Cuid Saude. 2007;6(4):407-413.
17. Giacomini KC, Uchôa E, Firmo JOA, Lima CMF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. De Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2008;24(6):1260-1270.
18. Coelho CF, Burini RC. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. Rev Nutr. Campinas-SP. 2009;22(6):937-946.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2013-01-12

Last received: 2013-07-10

Accepted: 2013-07-11

Publishing: 2013-09-30

Corresponding Address

Kainã Jerônimo Rodrigues.

End: Rua Vilelas nº201, jardim do trevo

Cáceres-MT. Cep: 78200.000

Telefone: (65) 9698 8376 e-mail: kainajeronimo@hotmail.com