



## Capacidade funcional e qualidade de vida de pessoas idosas internadas no serviço de emergência

Functional capacity and quality of life of elderly people admitted to emergency service

Capacidad funcional y calidad de vida de los ancianos ingresados en el servicio de urgencias

### Como citar este artigo:

Costa AF, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Belasco AGS, Okuno MFP, Batista REA. Functional capacity and quality of life of elderly people admitted to emergency service. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03651. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019021203651>

-  Andréa Fachini da Costa<sup>1</sup>
-  Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes<sup>1</sup>
-  Cassia Regina Vancini Campanharo<sup>1</sup>
-  Angélica Gonçalves Silva Belasco<sup>1</sup>
-  Meiry Fernanda Pinto Okuno<sup>1</sup>
-  Ruth Ester Assayag Batista<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To correlate the functional capacity and quality of life of elderly people admitted to emergency service. **Method:** This is a cross-sectional and analytical study carried out with elderly patients admitted to a university hospital's emergency service in the city of São Paulo, between December 2015 and January 2017. Data were collected through interviews using a structured questionnaire, the Medical Outcome Study 36, the Katz of Independence in Activities of Daily Living, and the Functional Independence Measure. **Results:** Two hundred fifty elderly people with a mean age of 71.9 years, male (56.8%), white in color (67.2%), married (54.0%), with low education (32.0%), low income (58.0%), with comorbidities (81.2%) and home providers (53.6%) have participated. The most compromised Quality of Life dimensions were physical aspect (11.4%), emotional aspect (21.6%) and functional capacity (25.2%). Concerning functional capacity, independence was characterized for Basic Activities of Daily Living and moderate dependence for Instrumental Activities of Daily Living. The higher the scores of the Functional Independence Measure, the higher the quality of life scores. **Conclusion:** The more independent the elderly the better their quality of life.

### DESCRIPTORS

Elderly; Aging; Hospitalization; Activities of Daily Living; Quality of Life; Emergency Nursing.

### Autor correspondente:

Andréa Fachini da Costa  
Escola Paulista de Enfermagem  
Av. Senador Casemiro da Rocha, 1079, apto. 22  
CEP 04042-002 – São Paulo, SP, Brasil  
defacosta@hotmail.com

Recebido: 31/07/2019  
Aprovado: 17/02/2020

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a população passa por um rápido processo de envelhecimento. Estima-se que, em 2050, o percentual de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos corresponderá cerca de 30,0% da população total no país<sup>(1-2)</sup>.

O impacto do envelhecimento tem reflexo direto nos serviços de saúde oferecidos aos idosos que apresentam problemas de saúde mais complexos, precisam de cuidados especializados, utilizam mais os serviços hospitalares que as demais faixas etárias e, frequentemente, possuem maior tempo de internação e recuperação mais complicada, elevando, desta forma, as despesas com saúde<sup>(3)</sup>.

A causa da procura pelo Serviço de Emergência (SE) é multifatorial, dentre elas podemos citar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de atenção primária e especialidades, fazendo com que a população idosa inclua o SE como possibilidade de acesso ao sistema, que, em sua perspectiva, atende as necessidades de saúde<sup>(4)</sup>.

Conhecer os aspectos que contribuem ou limitam a independência funcional é significativo para a determinação do plano de cuidado individualizado, respeitando as peculiaridades decorrentes do envelhecimento de acordo com as potencialidades e dificuldades de cada idoso<sup>(5)</sup>. “Envelhecer mantendo todas as funções significa maior autonomia e menor risco de institucionalização”<sup>(6)</sup>.

“O conceito de envelhecimento ativo pressupõe a independência funcional como principal marcador de saúde. A capacidade funcional (CF) surge como um novo parâmetro de saúde”<sup>(7)</sup>, podendo ser identificada como a manutenção da habilidade de desempenhar as atividades cotidianas para uma vida independente e autônoma e está diretamente ligada à qualidade de vida.

A qualidade de vida é um conceito multidimensional relacionado aos aspectos social, físico, mental, emocional, espiritual e desempenha função indicadora do impacto da doença na vida<sup>(8)</sup>.

Os números crescentes de atendimentos, somados ao tempo de permanência dos idosos nos SE<sup>(4)</sup>, impõem novos desafios para a atuação dos enfermeiros responsáveis pelo gerenciamento desses serviços. Faz-se importante mensurar a qualidade de vida (QV), no momento da internação no SE para o estabelecimento e gerenciamento do plano assistencial específico para idosos, com vistas à promoção, manutenção da autonomia e independência funcional<sup>(9)</sup>. Identificar precocemente os idosos com risco para incapacidade funcional possibilita à equipe planejar intervenções que potencializem a autonomia e reduzam a dependência<sup>(9)</sup>.

Diante do aumento da população idosa no Brasil, da lacuna de conhecimento relacionada à correlação entre a CF e a QV nessa faixa etária, da maior prevalência das doenças crônicas, da crescente necessidade de cuidados apresentada pelos idosos, maior procura dessa população pelos SE, ressalta-se a importância de avaliação da CF e da QV, uma vez que podem possibilitar ao enfermeiro identificar e trabalhar demandas de cuidado que antes não eram vistas, permitindo minimizar ou evitar a perda da CF e manter ou melhorar a QV de pessoas idosas. Este estudo teve como objetivo correlacionar a CF e a QV de pessoas idosas internadas no SE.

## MÉTODO

### TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal e analítico.

### CENÁRIO

Foi realizado no SE de um hospital universitário no município de São Paulo, no período de dezembro de 2015 a janeiro de 2017.

Neste estudo, foram incluídas pessoas idosas internadas no serviço SE da referida instituição. Os critérios de inclusão foram possuir idade igual ou superior a 60 anos e estar internado no SE há pelo menos três dias<sup>(6)</sup>. Foram excluídos os idosos que apresentavam registro de demência no prontuário.

O cálculo da amostra foi realizado utilizando-se o coeficiente de correlação de Spearman encontrado em uma amostra piloto de 30 pacientes. A amostra foi obtida pela correlação entre a CF e a QV. A fórmula empregada foi  $N = [(z\alpha + z\beta) \div C] + 3$ , sendo R=coeficiente de correlação,  $C = 0,5 \times \ln[(1+r)/(1-r)]$ , N=total da amostra,  $\alpha$ =nível de significância (bilateral) e  $\beta = 1 - \text{poder do teste}$ . Os valores adotados foram  $Z\alpha = 95\%$ ,  $Z\beta = 80\%$ ,  $R = -0,248$ . Assim, ao substituir os valores na fórmula, seriam necessários 153 idosos.

### COLETA DE DADOS

Foram coletados dados de 250 pacientes. Diariamente, foi solicitada, ao setor de internação, a lista de pacientes com idade a partir de 60 anos internados no SE do hospital. Em seguida, a pesquisadora se dirigiu ao local e consultou os prontuários, para certificar-se que não havia registro de demência e se já estava internado há, pelo menos, três dias. Em seguida, foi feito contato com os pacientes para verificar a capacidade de entendimento para responder os questionários e instrumentos da pesquisa. Todos os idosos com idade a partir de 60 anos que preenchiam os critérios de inclusão foram abordados e convidados a fazer parte do estudo. Quando concordavam, eram entrevistados, individualmente, em um consultório no SE. A leitura dos instrumentos foi realizada pela pesquisadora em um único momento, com duração média de 40 minutos. Quando os participantes não compreendiam a pergunta, a mesma era repetida de forma pausada até o entendimento, sem fornecimento de esclarecimentos ou explicações.

Os dados foram obtidos por meio de questionário estruturado com variáveis sociodemográficas: idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, cor da pele, comorbidades, crença religiosa e ser ou não provedor do lar. No instrumento de coleta de dados não havia pergunta que se referia ao motivo da internação.

### ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para a avaliação da QV, foi utilizado o questionário genérico *Medical Outcome Study 36 - Item Short-Form Health Survey* (SF-36)<sup>(10)</sup>, composto por oito dimensões (CF, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental), sendo que o escore

de cada dimensão varia de 0 (pior estado) a 100 (melhor estado). O cálculo dos escores do SF-36 foi feito de acordo com os seguintes passos: cálculo de cada um dos domínios (CF, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental) e soma dos pontos obtidos em cada item relativo ao domínio correspondente para cada idoso e uso dos valores mínimos e máximos possíveis, em cada item, para calcular o valor transformado, com o emprego da fórmula abaixo:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} \times 100}{\text{Variação (score range)}}$$

A Escala de Independência em Atividades da Vida Diária – Escala de Katz foi utilizada para avaliar o desempenho e grau de dependência do paciente em seis Atividades Básicas da Vida Diária: autocuidado, alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal e capacidade para vestir-se e tomar banho. O escore total da Escala de Katz resulta da soma da pontuação das seis atividades e a classificação final pode ser muito dependente (abaixo de 2 pontos), dependência moderada (3 a 5 pontos) e independente (6 pontos)<sup>(11-12)</sup>. O idoso recebe 01 ponto em cada atividade se a realiza sem supervisão, orientação ou assistência pessoal e 0 (zero) ponto se a realiza com supervisão, orientação ou assistência pessoal, ou cuidado integral.

A Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) foi aplicada para avaliar a independência na realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária: autocuidado, mobilidade/transferência, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas. À cada uma dessas atividades é atribuído um escore que varia de um (dependência total) a sete (independência completa), e a pontuação total varia de 18 a 126<sup>(13)</sup>. Sua forma de pontuação é a seguinte: 7, para independência completa; 6, para independência modificada (com adaptação ou lentidão ou risco à segurança); 5, para dependência moderada com supervisão ou preparação; 4, para dependência moderada com assistência com contato mínimo (99-75% do esforço realizado pela pessoa); 2, para dependência completa com assistência máxima (49-25% do esforço realizado pela pessoa); 1, para completa assistência com assistência total (24-0% do esforço realizado pela pessoa). Assim, a pontuação da MIF pode variar entre 18 e 126, sendo que 18 caracteriza dependência completa e 126, independência total.

Os dados obtidos foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Office Excel, 2003.

A análise descritiva das variáveis categóricas utilizou frequência e percentual para as variáveis contínuas, média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. Para correlacionar a QV com a CF e independência funcional, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Para associar as variáveis socio-demográficas, econômicas, crença e comorbidades com a QV, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney e, quando necessário, o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. O nível de significância considerado foi 5% (valor de  $p < 0,05$ ).

## ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, com Parecer favorável número. 1.232.171, em 17/09/2015.

Seguiu todas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tiveram as suas identidades preservadas e o direito de desistência garantido.

## RESULTADOS

A média de idade foi de 71,9 anos ( $\pm 8,53$ ), com predomínio do sexo masculino (56,8%), cor de pele branca (67,2%), casados (54,0%), católicos (76,0%), ensino fundamental incompleto (33,2%), aposentados ou pensionistas (68,8%), renda familiar de um a quatro salários mínimos (58,8%), provedores do lar (53,6%) e que apresentavam comorbidades (81,2%). Os antecedentes pessoais prevalentes foram doenças cardiovasculares (54,8%), hipertensão arterial sistêmica (41,6%) e diabetes mellitus (35,2%).

O valor médio do escore entre os entrevistados na CF, avaliada pela escala de Katz, foi 3,6. A maioria dos idosos avaliados foi classificada como independente ( $n=108$ , 42,8%), seguida por muito dependente ( $n=95$ , 38,0%) e com dependência moderada ( $n=48$ , 19,2%) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Avaliação da Escala de Katz dos idosos internados no Serviço de Emergência – São Paulo, SP, Brasil, 2016-2017.

Escala de Katz	
<b>Escore</b>	
Média (Desvio Padrão)	3,6 ( $\pm 2,3$ )
Mediana	4
Mínimo-Máximo	0-6
<b>Classificação</b>	
	<b>n (%)</b>
Dependência moderada	48 (19,2)
Independente	108 (42,8)
Muito dependente	95 (38,0)

A Tabela 2 apresenta a independência funcional dos idosos, avaliada pela MIF. A pontuação total variou de 20 a 126 pontos, com a média de 95,4 que corresponde à dependência moderada.

**Tabela 2** – Avaliação da Medida de Independência Funcional dos idosos internados no Serviço de Emergência – São Paulo, SP, Brasil, 2016-2017.

Atividades	Média $\pm$ Desvio Padrão	Mediana	Mínimo-Máximo
Autocuidado	30,2 $\pm$ 12,8	35	6-42
Cognição social	17,9 $\pm$ 4,5	20	3-21
Mobilidade	14,2 $\pm$ 7,2	17	3-21
Comunicação	12,8 $\pm$ 2,7	14	2-14
Controle dos esfíncteres	10,7 $\pm$ 4,7	14	2-14
Locomoção	9,3 $\pm$ 5,1	12	2-14
MIF* Escore Total	95,4 $\pm$ 34,0	110	20-126

\*MIF – Medida de Independência Funcional.

A Tabela 3 apresenta a avaliação da QV. As dimensões mais comprometidas foram o aspecto físico (11,4), o aspecto emocional (21,6) e a CF (25,2).

**Tabela 3** – Avaliação da qualidade de vida através do SF-36 dos idosos internados no Serviço de Emergência – São Paulo, SP, Brasil, 2016-2017.

Dimensões	Média ± Desvio Padrão
Saúde mental	56,3 ± 9,51
Estado geral de saúde	37,7 ± 19,2
Dor	34,9 ± 23,7
Vitalidade	32,5 ± 24,1
Aspectos sociais	32,1 ± 26,8
Capacidade funcional	25,2 ± 31,7
Aspecto emocional	21,6 ± 39,5
Aspecto físico	11,4 ± 28,6

A associação entre variáveis sociodemográficas e domínios do SF-36 demonstrou que idosos com maior idade possuíam redução significativa no domínio CF do SF-36 ( $p=0,0008$ ), o mesmo para casados e divorciados em relação aos solteiros e viúvos ( $p=0,0165$ ), aposentados e pensionistas comparados aos desempregados e do lar ( $p=0,0001$ ) e provedores da casa em relação aos não

provedores ( $p=0,0021$ ). Os provedores tiveram maiores escores no domínio vitalidade e estado geral de saúde em relação aos não provedores  $p=0,0421$  e  $p=0,0130$ , respectivamente. Idosos que se declararam brancos apresentaram maiores escores no domínio estado geral de saúde em relação aos demais ( $p=0,0214$ ).

Pacientes casados e solteiros apresentaram maior escore no aspecto emocional, quando comparados aos divorciados e viúvos ( $p=0,0165$ ). Quanto maior a idade do paciente, menor foi a pontuação no aspecto emocional ( $p=0,0174$ ).

Em relação ao domínio saúde mental, provedores do lar, quando comparados aos não provedores ( $p=0,0378$ ), e homens, quando comparados às mulheres ( $p=0,0436$ ), apresentaram maiores pontuações.

No aspecto físico, aposentados e pensionistas tiveram maior escore, quando comparados aos desempregados e do lar ( $p=0,0038$ ). Quanto maior a idade do paciente, menor foi o escore no domínio aspecto físico ( $p=0,0043$ ).

Casados apresentaram melhor escore no domínio dor que os divorciados ( $p=0,0476$ ).

Idosos casados e solteiros apresentaram maior escore no domínio aspectos sociais, quando comparados aos divorciados e viúvos ( $p=0,0019$ ).

A Tabela 4 demonstra que quanto maior os escores dos domínios da MIF maiores foram os escores do SF-36, ou seja, quanto mais independente o idoso, melhor a QV.

**Tabela 4** – Correlação entre a Medida de Independência Funcional e a QV dos idosos internados no Serviço de Emergência – São Paulo, SP, Brasil, 2016-2017.

SF-36 <sup>*</sup>		Domínios da Medida de Independência Funcional						MIF <sup>†</sup> Total
		Autocuidado	Esfínteres	Mobilidade	Locomoção	Comunicação	Cognição	
CF <sup>‡</sup>	R	0,82	0,57	0,77	0,78	0,42	0,64	0,80
	valor de p	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
AF <sup>§</sup>	R	0,37	0,24	0,36	0,37	0,20	0,28	0,38
	valor de p	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Dor	R	0,46	0,34	0,44	0,43	0,32	0,39	0,45
	valor de p	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
EGS <sup>  </sup>	R	0,43	0,29	0,38	0,38	0,27	0,38	0,41
	valor de p	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Vitalidade	R	0,45	0,27	0,40	0,39	0,38	0,43	0,43
	valor de p	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
AS <sup>¶</sup>	R	0,50	0,33	0,45	0,46	0,29	0,43	0,48
	valor de p	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
AE <sup>**</sup>	R	0,29	0,25	0,26	0,27	0,22	0,29	0,29
	valor de p	<0,0001	0,0001	<0,0001	<0,0001	0,0004	<0,0001	<0,0001
SM <sup>††</sup>	R	0,08	0,14	0,11	0,13	0,15	0,12	0,10
	valor de p	0,1971	0,0328	0,0726	0,0368	0,0151	0,0524	0,1099

\*SF-36 – Avaliação da Qualidade de Vida; †MIF – Medida de Independência Funcional; ‡CF – Capacidade Funcional; §AF – Aspecto Físico; ||EGS – Estado Geral de Saúde; ¶AS – Aspectos Sociais; \*\*AE – Aspecto Emocional; ††SM – Saúde Mental.

## DISCUSSÃO

Os entrevistados tiveram pontuação média, de acordo com a Escala de Katz de 3,6 ( $\pm 2,37$ ). A maioria foi classificada como independente (42,8%), seguida por muito dependente (38,0%) e dependência moderada (19,2%). Estudo realizado com idosos com hanseníase em Fortaleza,

Ceará, em um serviço de referência da Secretaria de Saúde do Estado demonstrou que idosos com hanseníase obtiveram média de 1,0 ( $\pm 0,1$ ) na escala de Katz. A maior parte foi classificado como independente (87,0%), seguido por dependência moderada (9,1%) e dependência total (3,9%)<sup>(14)</sup>. No entanto, os resultados obtidos neste estudo diferiram de outro, realizado no município de Sobral, Ceará, onde a

proporção de idosos moderadamente dependentes (46,7%) foi maior que a de independentes (38,7%) e totalmente dependentes (14,5%)<sup>(15)</sup>.

Nesta pesquisa, a pontuação média dos pacientes conforme a MIF foi 95,4 pontos, indicando dependência moderada, ou seja, necessidade de assistência em até 25% das tarefas realizadas. Outro estudo realizado com idosos hospitalizados, em unidades de internação de dois hospitais de ensino de grande porte de uma capital brasileira, encontrou pontuações maiores, com média na MIF total de 105,9, o que representa independência funcional, sugerindo que todas as atividades são realizadas com segurança, sem ajuda técnica e em tempo razoável<sup>(9)</sup>. Os estudos enfatizam a importância de um plano de cuidados específico, com ações que possam retardar o aparecimento das incapacidades e viabilizar a reabilitação, quando detectadas, para reduzir a dependência e promover melhor QV aos idosos<sup>(5)</sup>.

Os idosos desta pesquisa tiveram baixas pontuações médias de atividades relacionadas à locomoção e ao controle dos esfíncteres. Esses resultados corroboram estudo realizado com pacientes que estiveram internados em uma UTI Geral Adulto, em Santa Maria, RS. Esses achados podem estar relacionado ao fato de a internação levar o idoso a ficar mais restrito ao leito, o que pode contribuir no aumento da incidência de complicações, além de afetar diretamente a independência<sup>(16)</sup>.

Neste estudo, as dimensões da QV que apresentaram um maior comprometimento foram aspecto físico, aspecto emocional e CF. Estudo realizado com idosos, com sequelas por acidente vascular cerebral, institucionalizados, em Barbacena, MG, encontrou resultados semelhantes, sendo os domínios mais comprometidos o aspecto físico e a CF<sup>(17)</sup>. Uma possível explicação para esses achados é que com o aumento da idade ocorre uma diminuição da CF caracterizada por alterações anatômicas, fisiológicas e psíquicas que podem ocasionar maior comprometimento nos domínios aspecto físico, CF e aspecto emocional da QV do idoso<sup>(17)</sup>.

Notou-se que, conforme o aumento da faixa etária, houve um declínio progressivo nos escores obtidos dos domínios CF, vitalidade, aspecto físico e aspecto emocional, dados que corroboraram os reportados em estudo realizado no município de Canindé, CE, que avaliou a QV e situação de saúde de idosos<sup>(18)</sup>. Ainda que o envelhecimento não seja sinônimo de doenças, com o avanço da idade, os idosos se tornam mais susceptíveis ao surgimento de doenças, principalmente as crônicas, as degenerativas e incapacidades provenientes das enfermidades que podem impactar negativamente na QV<sup>(1,19)</sup>.

Quanto ao estado civil, houve variação no escore CF. Idosos casados ou divorciados obtiveram maior pontuação que solteiros ou viúvos. Resultado semelhante foi observado em estudo realizado com idosos hipertensos, atendidos pelo Programa Saúde da Família, na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, no qual idosos com cônjuges apresentaram maior escore neste domínio e melhor QV do que aqueles sem cônjuge<sup>(20)</sup>. Esses dados podem ser atribuídos ao fato de que um companheiro pode predispor vários tipos de assistência, como companhia, provisão de auxílio em atividades diárias, suporte emocional, melhorar autoconfiança e autoestima dos idosos<sup>(20)</sup>.

Com relação ao domínio estado geral de saúde, pacientes que se declararam de cor branca apresentaram maior escore em relação aos demais. Esse resultado foi condizente com estudo realizado com idosos residentes em 24 municípios da Macrorregião do Triângulo Sul, Minas Gerais, que avaliou a QV através do instrumento *World Health Organization Quality of Life Group-Old* (WHOQOL-OLD). Identificou que os maiores escores estiveram associados aos idosos de cor/etnia branca<sup>(21)</sup>. Esse achado por estar relacionado a fato de que indivíduos não brancos podem estar mais expostos à adversidade social e tendem a apresentar pior QV<sup>(22)</sup>.

Homens idosos apresentaram escore maior no domínio de saúde mental em relação às mulheres. As hipóteses que explicam tais achados podem estar relacionadas aos novos papéis assumidos pelas mulheres na sociedade e na família, que influenciam na maneira como elas percebem a saúde<sup>(23)</sup>.

Idosos casados apresentaram maior escore no domínio dor que os divorciados. A dor é uma sensação subjetiva, que pode ser física e/ou psíquica e estar associada ao processo de angústia, vulnerabilidade emocional e sentimento de solidão, muitas vezes ocasionada por falta de vínculo afetivo<sup>(24)</sup>.

Indivíduos idosos provedores do lar obtiveram maior escore nos domínios CF, vitalidade, estado geral da saúde e saúde mental. Conseguir trabalhar e considerar o próprio trabalho como mediador do estado de saúde biológica, psicológica e competência social<sup>(25)</sup> pode explicar esse achado.

Aposentados e pensionistas tiveram maior escore nos domínios CF e aspecto físico. A aposentadoria pode ser vista como um tempo para atividades livres do estresse, além de ser um momento para encontrar meios de recomeçar, fazer projetos, manter-se operando como sujeito do seu destino e agente na família e na sociedade<sup>(26)</sup>.

Nesta pesquisa, quanto maior o escore na Escala de Katz, maiores e significantes os escores nos domínios do SF-36, com exceção do domínio saúde mental. Esse resultado foi parcialmente compatível ao encontrado em estudo realizado em um centro de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, onde idosos sem escolaridade apresentaram menor escore no domínio saúde mental. O baixo nível de escolaridade e econômico evidenciou uma condição desfavorável para os idosos estudados, uma vez que este fato pode comprometer o acesso à informação e aos serviços de saúde, em seu convívio social e na compreensão de seu tratamento e autocuidado<sup>(22)</sup>. Esses achados sugerem que a baixa percepção de saúde relacionada ao menor escore de saúde mental pode estar associada a maior exposição à adversidade social e econômica<sup>(22)</sup>.

Quanto maior os escores da MIF, maiores os escores do SF-36, ou seja, quanto mais independente era o idoso, melhor era sua QV. Esses resultados corroboram outro que avaliou a QV através do WHOQOL-OLD e a MIF de idosos frequentadores do Clube do Idoso, Sorocaba, São Paulo<sup>(26)</sup>. Evidencia-se a importância da promoção e manutenção da autonomia do idoso, uma vez que a independência funcional tem impacto na QV<sup>(27)</sup>.

Os resultados deste estudo permitiram identificar que, quanto mais independente era o idoso, melhor era a QV. O comprometimento da CF tem o potencial de afetar todos os aspectos da vida do idoso. Seus efeitos se estendem para a

família, que pode levar a sobrecarga familiar e dos cuidadores e altos custos aos serviços de saúde. A falta de independência gera uma grande vulnerabilidade para o idoso comprometendo o bem-estar e a QV<sup>(28-29)</sup>.

Cabe ressaltar que o estudo foi realizado em um serviço de emergência de um hospital universitário de alta complexidade, responsável pela cobertura de uma área que abrange mais de cinco milhões de habitantes, além de atender pacientes de outros estados<sup>(29)</sup>, sobretudo a população idosa, que utiliza mais os serviços hospitalares do que as demais faixas etárias<sup>(3)</sup>, e ainda que grande parte dos idosos que adentram o hospital o fazem por meio do primeiro atendimento no citado pronto socorro; portanto, a assistência iniciada no SE não pode perder de vista a manutenção da CF, que vai interferir na melhor ou pior QV do idoso atendido nesse serviço.

O fato de este estudo ter sido realizado em um único serviço de saúde é um fator limitante, uma vez que pode dificultar a comparação dos resultados obtidos com outras realidades de populações e regiões do país.

Este estudo apontou a maioria dos idosos como independentes, conforme escala de Katz, e com dependência moderada, de acordo com a MIF. A avaliação da CF permite que o enfermeiro planeje sua assistência com intervenções efetivas para promoção da saúde, através do incentivo ao autocuidado, independência e autonomia, guardando as limitações individuais e especificidades da referida população<sup>(30)</sup>. A compreensão da relação entre CF e QV se mostra útil para subsidiar ações de saúde e condutas clínicas minimizadoras do impacto da perda da CF na QV de idosos.

Frente ao exposto, compreendeu-se que avaliar a CF e QV dos idosos internados no serviço de emergência

propiciará melhor adequação e continuidade da assistência prestada, medidas e necessidades.

Deste modo, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para o acervo de conhecimentos sobre esta relevante temática, com a implementação de medidas efetivas de prevenção, proteção, manutenção da autonomia e estímulo de autocuidado no SE.

## CONCLUSÃO

Os idosos internados no SE apresentavam faixa etária elevada, a maior parte homens, com cor de pele branca, casados, com baixa escolaridade e renda, aposentados ou pensionistas, provedores do lar e com comorbidades.

Em relação à avaliação da QV, as dimensões mais comprometidas foram aspecto físico, aspecto emocional e a CF.

A maioria dos idosos avaliados foi classificada como independente pela escala de Katz, e dependência moderada, pela MIF, ressaltando baixas pontuações médias de atividades relacionadas à locomoção e ao controle dos esfíncteres.

Os idosos com maior CF apresentaram melhor QV. Também apresentaram maior dependência para realização das Atividades Instrumentais da Vida Diária, quando comparadas às Atividades Básicas da Vida Diária.

A hospitalização é seguida de repercussões que, muitas vezes, cominam na diminuição da CF e autonomia e mudanças na QV que podem ser irreversíveis.

Diante do exposto, evidencia-se a importância de o enfermeiro planejar e implementar cuidados aos idosos hospitalizados, levando em consideração a prevenção da deterioração da CF e também de fatores que interferem de forma positiva e negativa em sua QV.

## RESUMO

**Objetivo:** Correlacionar a capacidade funcional e a qualidade de vida de pessoas idosas internadas no serviço de emergência. **Método:** Trata-se de um estudo transversal e analítico, realizado com idosos internados no serviço de emergência de um hospital universitário no município de São Paulo, entre dezembro de 2015 e janeiro de 2017. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, utilizando questionário estruturado, o *Medical Outcome Study 36*, a Escala de Independência em Atividades de Vida Diária e a Medida de Independência Funcional. **Resultados:** Participaram 250 idosos com média de idade 71,9 anos, sexo masculino (56,8%), cor de pele branca (67,2%), casados (54,0%), baixa escolaridade (32,0%), baixa renda (58,0%), com comorbidades (81,2%) e provedores do lar (53,6%). As dimensões da qualidade de vida mais comprometidas foram aspecto físico (11,4%), aspecto emocional (21,6%) e capacidade funcional (25,2%). Sobre a capacidade funcional, caracterizou-se independência para as Atividades Básicas de Vida Diária, e dependência moderada, para as Atividades Instrumentais de Vida Diária. Quanto maior os escores da Medida de Independência Funcional maiores foram os escores de qualidade de vida. **Conclusão:** Quanto mais independente o idoso, melhor é sua qualidade de vida.

## DESCRITORES

Idoso; Envelhecimento; Hospitalização; Atividades Cotidianas; Qualidade de Vida; Enfermagem em Emergência.

## RESUMEN

**Objetivo:** Correlacionar la capacidad funcional y la calidad de vida de los ancianos hospitalizados en el servicio de urgencias. **Método:** Se trata de un estudio transversal y analítico, realizado con ancianos ingresados en el servicio de urgencias de un hospital universitario de la ciudad de São Paulo, entre diciembre de 2015 y enero de 2017. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas, utilizando un cuestionario estructurado, el *Medical Outcome Study 36*, el Índice de Katz de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria y la medida de independencia funcional. **Resultados:** Participaron 250 ancianos, con edad promedio de 71,9 años, varones (56,8%), color de piel blanca (67,2%), casados (54,0%), baja escolaridad (32,0%), rentas bajas (58,0%), con comorbidades (81,2%) y provedores a domicilio (53,6%). Las dimensiones de calidad de vida más comprometidas fueron aspecto físico (11,4%), aspecto emocional (21,6%) y capacidad funcional (25,2%). En cuanto a la capacidad funcional, se caracterizó la independencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria y la dependencia moderada para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Cuanto mayor sea la puntuación de la medida de independencia funcional, mayor será la puntuación de la calidad de vida. **Conclusión:** Cuanto más independientes son los ancianos, mejor es su calidad de vida.

## DESCRIPTORES

Anciano; Envejecimiento; Hospitalización; Actividades Cotidianas; Calidad de Vida; Enfermería de Urgencia.

## REFERÊNCIAS

1. Santos Júnior EB, Oliveira LPAB, Silva RAR. Chronic non-communicable diseases and the functional capacity of elderly people. *Rev Pesq Cuid Fund Online*. 2014;6(2):516-24. doi: 10.9789/2175-5361.2014v6n2p516
2. Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M. Overcrowding in emergency department: an international issue. *Intern Emerg Med*. 2015;10(2):171-5. doi: 10.1007/s11739-014-1154-8
3. Andrade LAS, Santos SP, Corpolato RC, Willig MH, Mantovani MF, Aguilera AL. Elderly care in the emergency department: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(2):243-53. doi: doi.org/10.1590/1981-22562018021.170144
4. Legramante JM, Morciano L, Lucaroni F, Gilardi F, Caredda E, Pesaresi A, et al. Frequent use of emergency departments by the elderly population when continuing care is not well established. *PLoS One*. 2016;11(12):e0165939. doi: 10.1371/journal.pone.0165939
5. Ribeiro DKMN, Lenardt MH, Michel T, Setoguchi LS, Grden CRB, Oliveira ES. Contributory factors for the functional independence of oldest old. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):89-96. doi: https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100012
6. Maeshiro FL, Lopes MCBT, Okuno MFP, Campanharo CRV, Batista REA. Capacidade funcional e a gravidade do trauma em idosos. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(4):389-94. doi: doi.org/10.1590/S0103-21002013000400014
7. Lima, BM, Araújo FA, Scattolin FAA. Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. *ABCS Health Sci*. 2016;41(3):168-75. doi: http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v41i3.907
8. Guerra A, Silva A, Sousa C, Ferreira L, Carvalho H, Silva S. A componente mental: um aspeto positivo da Qualidade de Vida de uma população. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2017;(spe5):75-80. doi: http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0171
9. Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Carneiro NHK. Functional Independence of long-living elderly at hospital admission. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(3):673-9. doi: http://doi.org/10.1590/0104-07072014001500013
10. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão IM, Quresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36: a reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
11. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):317-25. doi: http://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021
12. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100010
13. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure. *Acta Fisiátr*. 2004;11(2):72-6. doi: 10.5935/0104-7795.20040003
14. Nogueira PSF, Marques MB, Coutinho JFV, Maia JC, Silva MJ, Moura ERF. Factors associated with the functional capacity of older adults with leprosy. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):711-8. doi: http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0091
15. Muniz EA, Aguiar MFS, Brito MCC, Freitas CASL, Moreira ACA, Araújo CRC. Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família. *Rev Kairós Gerontol*. 2016;19(2):133-46. doi: doi.org/10.23925/2176v19i2p133-146
16. Wiethan JRV, Soares JC, Souza JA. Avaliação da funcionalidade e qualidade de vida em pacientes críticos: série de casos. *Acta Fisiátr*. 2017;24(1):7-12. doi: http://10.5935/0104-7795.20170002
17. Damázio LCM, Oliveira JC, Marciano EDS, Pissolati MG. Avaliação do risco de quedas e qualidade de vida dos idosos com acidente vascular encefálico. *Rev Saúde (Santa Maria)*. 2014;40(2):43-50. doi: http://dx.doi.org/10.5902/2236583411720
18. Pereira DS, Nogueira JAD, Silva CAB. Quality of life and the health status of elderly persons: a population-based study in the central sertão of Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(4):893-908. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14123
19. Naseer M, Dahlberg L, Fagerström C. Health related quality of life and emergency department visits in adults of age ≥ 66 years: a prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16:144. doi: 10.1186/s12955-018-0967-y
20. Andrade JMO, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA, et al. Influence of socioeconomic factors on the quality of life of elderly hypertensive individuals. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(08):3497-504. doi: 10.1590/1413-81232014198.19952013
21. Paiva MHP, Pegorari MS, Nascimento JS, Santos AS. Factors associated with quality of life among the elderly in the community of the southern triangle macro-region, Minas Gerais, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3347-56. doi: 10.1590/1413-812320152111.14822015
22. Camelo LV, Giatti L, Barreto SM. Health related quality of life among elderly living in region of high vulnerability for health in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(2):280-93. doi: http://doi.org/10.1590/1980-5497201600020006
23. Liu BC, Leug DS, Warrener J. The interaction effect of gender and residential environment, individual resources, and needs satisfaction on quality of life among older adults in the United Kingdom. *Gerontol Geriatr Med*. 2019;5:2333721419878579. doi: 10.1177/2333721419878579
24. Lopes M, Matos AD. Investigando a incidência de solidão em um grupo de idosos portugueses. *Psic Rev (São Paulo)*. 2018; 27(1):13-34. doi: https://doi.org/10.23925/2594-3871.2018v27i1p13-34
25. Tavares DMS, Matias TGC, Ferreira PCS, Pegorari MS, Nascimento JS, Paiva MM de. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016;21(11):3557-64. doi: http://doi.org/10.1590/1413-812320152111.03032016
26. Silva MO, Santos AS, Angelotti LCZ, Andrade VS, Tavares GS. Trabalho, atividades de lazer e apoio familiar. *Rev Ter Ocup USP*. 2017;28(2):163-72. doi: https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i2p163-172
27. Hartgerink JM, Cramm JM, Bakker TJ, Mackenbach JP, Nieboer AP. The importance of older patients experiences with care delivery for their quality of life after hospitalization. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:311. doi: https://doi.org/10.1186/s12913-015-0982-1

28. Scarabottolo CC, Cyrino ES, Nakamura PM, Tebar WR, Canhin DDS, Gobbo LA, et al. Relationship of different domains of physical activity practice with health-related quality of life among community-dwelling elderly: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9(6):e027751. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027751>
29. Frango BCTM, Batista REA, Campanharo CRV, Okuno MFP, Lopes MCBT. Association of the frequent users profile with the characteristics of using an emergency service. *Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1071. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180001>
30. Lage JSS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Capacidade funcional e perfil do idoso internado no serviço de emergência. *Rev Min Enferm*. 2014;18(4):855-60. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140063>



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.