

Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos

Living and health conditions of elderly people over 80

Condiciones de vida y salud de personas mayores de 80 años



Sabrina Piccinelli Zanchettin Silva^a
Maria José Sanches Marin^b
Márcia Renata Rodrigues^c

RESUMO

Objetivo: Propõe-se a descrever dados sociodemográficos e as condições de saúde de idosos com 80 anos ou mais.

Método: Estudo quantitativo-descritivo realizado com 95 idosos de cinco unidades da Estratégia Saúde da Família, no período de setembro a dezembro de 2013, utilizando roteiro com dados gerais das condições de vida e de saúde, incluindo escalas validadas em geriatria e gerontologia.

Resultados: A média de idade foi de 85,4 anos. Houve predomínio de mulheres. A maioria viúvos com renda familiar, mais frequente, de 2 a 3 salários mínimos, e a participação econômica é a de dividir responsabilidade. Apresentam dependência para muitas das Atividades Instrumentais de Vida Diária e, em média, referiram 2,2 doenças. Referem medo de cair, diminuição da visão e da audição, além de dor em diferentes regiões do corpo.

Conclusão: Depreende-se que eles apresentam necessidades mais intensas dos que os idosos em geral, demandando novas formas de organizar seu cuidado em saúde.

Palavras-chave: Determinação de necessidades de cuidados de saúde. Idoso de 80 anos ou mais. Condições sociais.

ABSTRACT

Objective: This article proposes to describe demographic data and health conditions of elderly people at age 80 or more.

Method: Quantitative-descriptive study of 95 elderlies from five units of the Family Health Strategy in the period from September to December 2013, using script with general data of the living conditions and health, including validated scales in geriatrics and gerontology.

Results: The average age was 85.4 years. There was a predominance of women. Most were widowers with family income, more frequently between 2 or 3 minimum wages and economic participation is for means of sharing responsibility. They present dependency for many of Daily Living Instrumental Activities and, on average, reported 2.2 diseases. Fear of falling, decreased vision and hearing as well as pain in different body regions are reported.

Conclusion: It appears that they have more intense needs than the elderly in general, requiring new ways of organizing their health care.

Keywords: Determination of health care needs. Elderly of 80 years or more. Social conditions.

RESUMEN

Objetivo: Se propone a describir las condiciones de vida y la salud de las personas mayores de 80 años o más.

Método: Estudio cuantitativo-descriptivo realizado con 95 personas de cinco unidades de la Estrategia Salud de la Familia, mediante un guión con los datos generales de las condiciones de vida y de salud, incluyendo escalas validadas en geriatria y gerontología.

Resultados: La edad promedio fue de 85,4 años. Las mujeres predominaron en la mayoría de los viudos, el ingreso familiar más común es de 2-3 salarios mínimos. La dependencia actual de muchas de las actividades instrumentales de la vida diaria, en promedio 2.2 enfermedades reportadas y medicamentos utilizados 4.3 / ancianos. Mencionan el miedo de caerse, disminución de la visión, y dolor en diferentes regiones del cuerpo.

Conclusión: Parece que tienen necesidades más intensas de las personas mayores en general, lo que requiere la preparación de la sociedad para cumplir con la misma eficacia.

Palabras clave: Evaluación de necesidades. Anciano de 80 o más años. Condiciones sociales.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.50263>

^a Universidade de Lins, Lins, São Paulo, Brasil.

^b Universidade Estadual Paulista (UNESP), Campus Botucatu. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde. Programa de Mestrado e Doutorado em Enfermagem. Curso de Enfermagem. Botucatu, São Paulo, Brasil.

^c Faculdade de Medicina de Marília (FANEMA). Curso de Enfermagem. Marília, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo de envelhecimento tem-se caracterizado como um dos fenômenos sociais mais significativos para a sociedade em geral⁽¹⁾, interferindo, especialmente, nos aspectos econômicos e naqueles ligados aos cuidados em saúde, os quais necessitam de novos arranjos para atender às necessidades dessa parcela da população.

Nesse contexto, a população com 80 anos ou mais é a que mais cresce e as projeções indicam, que enquanto a população com 60 anos ou mais irá triplicar até 2100, a de pessoas com 80 anos ou mais, deverá aumentar quase sete vezes no mesmo período. Em número absolutos, poderá passar de 120 milhões de pessoas, em 2013, para 830 milhões em 2100⁽²⁾.

A partir da compreensão de que quanto mais avança a idade maior a tendência de ocorrerem alterações e problemas decorrentes desse processo, depreende-se a diferença entre as condições de saúde do idoso jovem e dos mais idosos, sendo esses últimos mais vulneráveis à fragilidade e às limitações funcionais⁽³⁾.

Frente ao despreparo da sociedade para lidar com a condição de vulnerabilidade social, biológica e psicológica do idoso, o seu cotidiano torna-se permeado de intensa problemática que envolve a desvalorização das aposentadorias e pensões, a falta de assistência e atividades de lazer, a desinformação e a precariedade de investimentos públicos para atendimento das necessidades próprias da faixa etária⁽⁴⁾. No campo da saúde apesar das políticas voltadas ao idoso, faltam ainda estratégias para conhecer as reais necessidades dessas pessoas, com vistas ao planejamento de ações adequadas à situação delas.

Na realidade brasileira ainda são poucos os estudos que fazem abordagem específica dessa faixa de idade. Assim, justificam-se estudos que buscam ampliar o conhecimento sobre as condições de vida e saúde dos idosos de 80 anos ou mais, pois ao evidenciarem as suas necessidades, irão contribuir para o planejamento do cuidado e tomada de decisão dos profissionais que atuam na atenção básica, principalmente dos enfermeiros a quem é atribuído, essencialmente, o cuidado a pessoas, família e comunidade.

Frente a isso, o presente estudo parte dos questionamentos a seguir: Como estão as condições de vida e de saúde dos mais idosos, frente aos fatores de vulnerabilidade em eles se encontram? Em que medida o aumento da expectativa de vida vem sendo acompanhado pela manutenção da autonomia para atividades instrumentais da vida diária e capacidade cognitiva? Quais as doenças mais prevalentes nesta população?

O estudo propõe-se, então, descrever dados sociodemográficos e as condições de saúde de idosos com 80 anos ou mais.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal realizado na cidade de Marília, situada na região Centro-Oeste Paulista, com aproximadamente 220.000 habitantes. No município, a atenção básica conta com 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 34 Unidades de Saúde da Família (USF). As USF do município atendem aproximadamente 110.000 pessoas, o que representa por volta 50% da população de Marília.

A população do estudo foi composta por idosos com idade de 80 anos ou mais. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, em 2013, havia, cadastrado nas unidades de saúde, um total de 1996 idosos. Considerando a população total de idosos acima de 80 anos no município e utilizando-se o cálculo amostral com intervalo de confiança de 95%, tendo em conta 10% de erro, obteve-se uma amostra de 92 idosos.

Foram considerados como critérios de inclusão ter idade igual ou superior a 80 anos e residir em área urbana e de exclusão aqueles que não foram encontrados no domicílio após duas tentativas.

Foram selecionadas as áreas de abrangência de cinco USF, por meio de sorteio e identificadas com as letras A, B, C, D e E. Essas unidades contavam com um total de 229 idosos na faixa etária de interesse. Visando atender ao cálculo amostral, foi respeitada a proporção de idosos acima de 80 anos das unidades selecionadas e entrevistados e/ou visitados em torno de 40% dos idosos de cada uma delas. Assim, foram entrevistados 95 idosos, sendo 17, 39, 15, 10 e 14 das unidades A, B, C, D e E, respectivamente. Para localizá-los, utilizou-se uma lista disponibilizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) de forma sequencial.

O instrumento de coleta de dados verificou dados sociodemográficos que dão indicativos das condições de vida, como idade, sexo, estado conjugal, religião, escolaridade, recursos financeiros e participação econômica dentro da renda familiar. A autopercepção da saúde foi verificada a partir da pergunta: como você considera sua saúde? À essa pergunta é dada seis possibilidades de respostas (ótima, boa, regular, má, péssima e não sabe/não responde).

Para a verificação das condições de saúde, o instrumento contou com questões autorrelatadas sobre a ocorrência de quedas no último ano, medo de cair, visão, audição, mastigação e a presença de doenças referidas. Para avaliação de presença e graduação da dor, utilizou-se uma escala unidimensional - Escala Comportamental (EC)⁽⁵⁾ Foram utilizadas,

também, a escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária, desenvolvida por Lawton e Brody⁽⁶⁾, composta por sete domínios, seguidos de descrição que permite concluir se há dependência total, parcial ou independência para cada uma das atividades; a Escala Geriátrica de Depressão⁽⁷⁾, composta por quinze itens com resposta de sim ou não de acordo com o modo como o idoso tem-se sentido ultimamente com o ponto de corte cinco e o Mini Exame do estado mental, validado no Brasil⁽⁸⁾ com escores 0 a 30, tendo nota de corte 18, haja vista a baixa escolaridade dos entrevistados, tem como objetivo rastrear o nível cognitivo dos idosos.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a dezembro de 2013, no próprio domicílio do idoso e foi realizada pela pesquisadora principal. Cada entrevista durava em média 30 minutos. Caso o idoso apresentasse dificuldade na fala ou para o entendimento dos questionamentos, o cuidador principal foi solicitado para fornecer as informações. Ressalta-se que, na escala de avaliação de dor, depressão e estado mental, se o entrevistado não fosse capaz de responder, o instrumento não seria aplicado.

Após a coleta dos dados, eles foram codificados e digitados em planilha Excel para análise estatística pelo programa estatístico SPSS v. 17.

O estudo contou com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, parecer n. 259.969 e CAAE: 14742813.6.0000.5413. Os participantes foram orientados quanto ao objetivo e ao procedimento do estudo, a coleta de dados foi realizada após manifestar estar de acordo e assinar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

■ RESULTADOS

Dentre os 229 idosos, 180 (78,9%) foram visitados; destes, 34 (18,9%) não foram encontrados em casa após duas tentativas; 26 (14,5%), recusaram-se a participar; 13 (7,3%) o endereço não foi encontrado; 7 (3,9%) haviam-se mudado e 5 (2,8%) haviam falecido. Sendo assim, foram coletados os dados de 95 idosos.

A idade desses idosos variou de 80 e 102 anos, com uma média de 85,4 anos. Houve predomínio de mulheres 62 (65,2%); a maioria, 55 (57,9%), vive sem o companheiro(a), e é católica 69 (72,6%). Das entrevistas 19 (20%) foram respondidas pelo cuidador principal ou familiar. A renda familiar de 48 (50,5%) idosos era de 2 a 3 salários mínimos. O papel econômico do idoso dentro da renda família foi o de dividir responsabilidade para 50 participantes (53,2%), conforme Tabela 1.

Na Tabela 2, encontram-se dados das condições de saúde dos idosos, as quais foram obtidas através de au-

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos idosos acima de 80 anos. Marília, São Paulo, 2014

Variáveis	N (%)
Idade	
80 – 84	49 (51,5)
85 – 89	32 (33,7)
90 – 94	7 (7,3)
95 – 99	5 (5,3)
100 +	2 (2,2)
Sexo	
Feminino	62 (65,2)
Estado Conjugal	
Vive só	6 (6,3)
Vive com companheiro	32 (33,7)
Viúvo	55 (57,9)
Divorciado	2 (2,1)
Religião	
Católica	69 (72,6)
Evangélica	18 (18,9)
Outros	8 (8,5)
Escolaridade	
Analfabeto/ Ens Fundamental Incompleto	77 (81,0)
Ens Fundamental Completo	7 (7,4)
Ens Médio Incompleto/Completo	6 (6,3)
Ens Superior Incompleto/Completo	5 (5,3)
Renda familiar	
Até 1 SM*	17 (17,2)
De 2 a 3 SM	48 (50,5)
De 4 a 5 SM	10 (10,7)
Acima de 5 SM	11 (11,8)
Não sabe/ não respondeu	9 (9,68)
Origem da Renda do idoso	
Aposentadoria/Pensão	82 (86,3)
Outros	13 (13,7)
Participação econômica do idoso na renda familiar	
Único/maior responsável	36 (38,3)
Divide responsabilidades	50 (53,2)
Sem participação	9 (8,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

* Salário mínimo - valor em 2014= R\$ 724,00

Tabela 2 – Condições de saúde dos idosos acima de 80 anos. Marília, São Paulo, 2014

Condições de saúde	N (%)
Autopercepção das condições de saúde	
Ótima	17 (17,9)
Boa	37 (39,0)
Regular	18 (18,9)
Má	5 (5,3)
Péssima	6 (6,3)
Não sabe/ Não respondeu	12 (12,6)
Quedas	
Não	58 (61,1)
1-2	30 (31,6)
3-4	5 (5,2)
5 ou +	2 (2,1)
Medo de cair	
Sim	67 (70,5)
Não	28 (29,5)
Visão	
Excelente	2 (2,1)
Boa	28 (29,5)
Regular	36 (37,9)
Ruim	16 (16,8)
Péssima	9 (9,5)
Não enxerga	4 (4,2)
Audição	
Sem problemas	37 (39,0)
Ouve com alguma dificuldade	23 (24,2)
Ouve com dificuldade	17 (17,9)
Ouve com muita dificuldade	13 (13,6)
Não ouve	5 (5,3)
Mastigação	
Nunca tem dificuldade	61 (64,2)
Raramente tem dificuldade	8 (8,4)
Frequentemente tem dificuldade	5 (5,3)
Às vezes tem dificuldade	11 (11,6)
Sempre tem dificuldade	10 (10,5)
Queixa de dor	
Sim	56 (64,2)
Não sabe/ Não respondeu	7 (7,4)
Avaliação da dor**	
Nota zero	6 (6,8)
Nota três	22 (25,0)
Nota seis	15 (17,0)
Nota oito	9 (10,2)
Nota dez	4 (4,6)
Não sabe/ Não respondeu	32 (36,4)
Avaliação do Grau de Depressão	
Suspeita de depressão e solidão	28 (29,5)
Avaliação cognitiva	
Mini Exame do Estado Mental	
Nota Inferior a 18	18 (19,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

* A pergunta permitiu mais de uma resposta; ** Entre aqueles que responderam ao questionamento (N=88)

torrelato. Sobre a autopercepção de saúde, 37 (39%) definiram-na como boa. No ano que antecedeu a entrevista, 37 (38,9%) dos entrevistados relataram ter sofrido uma ou mais quedas. Quanto à visão, 29 (30,5%) declararam não estar enxergando e 40 (42,1%) disseram ter dificuldade para ouvir. Em relação à presença de dor, 56 (58,9%) responderam afirmativamente.

Na verificação das atividades instrumentais (Tabela 3), destaca-se que a maioria dos idosos apresenta alguma dependência, sendo mais prevalentes a de realizar viagens sozinho 4 (4,2%) e de realizar tarefas pesadas 11 (11,6%).

As doenças referidas pelos idosos encontram-se na Tabela 4, sendo que aquelas do sistema nervoso, circulatório e digestivo foram as de maior prevalência. Foram referidas, em média, 2,2 doenças por idoso.

■ DISCUSSÃO

No presente estudo, ao caracterizar dados sociodemográficos e das condições de saúde dos idosos acima de 80 anos, foi possível evidenciar alguns aspectos que os tornam mais vulneráveis a limitações nas condições de vida e a depender de outras pessoas, embora em outros aspectos eles se assemelhem aos idosos de outras faixas etárias.

Encontrou-se, entre tais idosos, uma proporção significativa de mulheres, evidenciando o predomínio delas nesta fase da vida. O fato de as mulheres se encontrarem menos expostas à violência e acidentes, além de serem mais cuidadosas com a saúde, buscando com maior frequência os serviços de saúde, são algumas das explicações para essa maior longevidade⁽⁹⁾.

Quanto ao estado conjugal, a maioria da amostra estudada vive sem companheiro, dado que tem sido evidenciado nos estudos com a população idosa em geral, porém, em menor proporção. Um estudo⁽¹⁰⁾ realizado com idosos, no Paraná, evidenciou que aproximadamente 34% dos entrevistados eram viúvos. Na faixa etária de 80 anos ou mais, este número sobe para 63%, aproximadamente.

Acerca do grau de escolaridade, constata-se que grande parte dos entrevistados tem o ensino fundamental incompleto, o que corrobora estudo nacional⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Associado a isso, tem-se constatado que a maior concentração de analfabetos está entre as pessoas de maior idade, sendo que, no Brasil, os idosos têm em média 4,2 anos de estudos⁽¹²⁾.

Este estudo, ao contrário do que revelam dados do IBGE⁽¹²⁾, mostrou que apenas uma pequena parcela da população estudada vive com uma renda igual ou inferior a um salário mínimo. Mesmo que no presente estudo se tenha verificado que a maioria vive com uma renda de 2 a 3

Tabela 3 – Dependência para atividades instrumentais da vida diária dos idosos acima de 80 anos. Marília, São Paulo, 2014

Atividade	Grau de dependência	N (%)
Em relação ao telefone	Recebe e faz ligações	51 (53,7)
	Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas	15 (15,8)
	Não tem hábito ou é incapaz de usar telefone	29 (30,5)
Em relação a viagens	Realiza viagens sozinha	4 (4,2)
	Somente viaja quando tem companhia	37 (38,9)
	Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	54 (56,9)
Em relação à realização de compras	Realiza compras, quando é fornecido o transporte	25 (26,3)
	Somente faz compras quando tem companhia	14 (14,7)
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	56 (59,0)
Em relação ao preparo de refeições	Planeja e cozinha as refeições completas	30 (31,6)
	Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda	20 (21,1)
	Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições	45 (47,3)
Em relação ao trabalho doméstico	Realiza tarefas pesadas	11 (11,6)
	Realiza tarefa leves, necessitando de ajuda nas pesadas	38 (40,0)
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos	46 (48,4)
Em relação ao uso de medicamentos	Faz uso de medicamentos sem assistência	46 (48,4)
	Necessita de lembretes ou assistência	26 (27,4)
	É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos	23 (24,2)
Em relação ao manuseio do dinheiro	Preenche cheque e paga contas sem auxílio	41 (43,1)
	Necessita de assistência para o uso de cheques e contas	13 (13,7)
	Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...	41 (43,2)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Tabela 4 – Lista de doenças referidas pelos idosos acima de 80 anos. Marília, São Paulo, 2014

Doenças*	N (%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	62 (65,2)
Diabetes Melitus (1 e 2)	17 (17,9)
Artrose	14 (14,7)
Osteoporose	14 (14,7)
Catarata	8 (8,4)
Histórico de AVC prévio	8 (8,4)
Glaucoma	8 (8,4)
Doença de Alzheimer	4(24,)
Artrite	3(3,1)
Gastrite	3 (3,1)
Outras	63 (66,3)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

*Os idosos emitiram mais de uma resposta

salários mínimos, concretiza-se a condição de carência econômica, visto que idosos acima de 80 anos apresentam-se mais fragilizados e com necessidades específicas no que se refere à manutenção das boas condições de vida, o que inclui transporte, moradia, lazer e alimentação, entre outras. Além disso, grande proporção dos entrevistados, mesmo com idade acima de 80 anos, são os únicos ou maiores responsáveis pelo domicílio, realidade que corrobora com a encontrada em pesquisa do IBGE.

No que diz respeito a autopercepção de saúde, condição resultante de fatores determinantes, como idade, sexo, suporte familiar, estado conjugal, oportunidades de educação e emprego, renda, capacidade funcional, condições de saúde e estilo de vida, entre outros⁽¹¹⁻¹³⁾, foi considerada como boa ou ótima pela maioria dos entrevistados.-

Relativamente à ocorrência de quedas, observam-se números próximos aos encontrados em outro realizado em Santa Catarina⁽¹⁴⁾, com idosos de 80 anos ou mais, em que

aproximadamente 44% da população entrevistada teve pelo menos um episódio de queda nos últimos 12 meses.

No que diz respeito à visão, sabe-se que, com o envelhecimento, surgem alterações na capacidade visual, que provocam limitações na capacidade de desenvolvimento de atividades e trazem consequências negativas para a qualidade de vida⁽¹¹⁾.

Na avaliação da capacidade auditiva encontrou-se que grande parte apresentava alguma dificuldade. O idoso com esse tipo de dificuldade é visto como confuso, desorientado, distraído, não comunicativo. Além dessas consequências, depressão, angústia e isolamento social também podem surgir⁽¹⁵⁾.

Os problemas de saúde bucal, por sua vez, são muito comuns no idoso. Na presente pesquisa, 64,2% dos entrevistados não têm dificuldade na mastigação, fato muito importante para a qualidade da alimentação, haja vista que manter a saúde bucal preservada agrega bem-estar, além de melhorar a nutrição, autoimagem e a qualidade de vida⁽¹⁶⁾.

Entre as alterações das condições de saúde dos idosos acima de 80 anos, a dor esteve presente na maioria dos depoimentos. A dor pode ser um fator de limitação funcional, capaz de aumentar a agitação, o risco de estresse emocional e de mortalidade. O indivíduo acometido pode ter suas atividades cotidianas comprometidas, desencadeando em incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, alterações na dinâmica familiar e desequilíbrio econômico⁽¹⁷⁾. A dor se configura, então, como um problema de saúde pública que deve ser valorizado e avaliado, principalmente nos idosos, tendo em vista que nesta fase da vida, muitas queixas de dor são atribuídas à idade e/ou próprias do envelhecimento e, geralmente, não são tratadas⁽¹⁷⁾.

A proporção de idosos com indicativo de depressão, encontrada no presente estudo, mostra semelhança com o que ocorre com idosos em geral. Os acontecimentos negativos, problemas sociais, presença de doenças físicas e incapacidades comuns a esse grupo etário, por sua vez, aumentam as chances de desenvolvimento de depressão⁽¹⁸⁾.

Na avaliação cognitiva, a proporção de idosos com déficit foi semelhante a de pesquisa realizada com idosos de 80 anos ou mais, que apresentaram 2,45 mais chances de apresentá-la, em comparação a idosos mais jovens⁽¹⁹⁾.

Na avaliação das atividades da vida diária, destaca-se que a dependência se apresenta maior nas atividades instrumentais. Dentre os itens avaliados, a capacidade de fazer compras é a que mais causa dependência, pois requer maior esforço físico e cognitivo. Além disso, estudos têm evidenciado associação dessa dificuldade com a baixa escolaridade dos idosos⁽²⁰⁾.

Os idosos estudados apresentaram em média 2,2 comorbidades, sendo as mais prevalentes a Hipertensão Arterial e o Diabetes Melitus, o que não difere do que se evidência em estudos desenvolvidos com idosos em geral⁽⁹⁾.

■ CONCLUSÃO

Quanto às limitações, por se tratar de um estudo local não é possível a generalização dos resultados. Além disso, os dados foram coletados em cinco unidades da ESF, que embora selecionadas por meio de sorteio, podem não representar a totalidade das unidades. Acrescenta-se que os dados foram fornecidos pelos idosos e familiares, com a possibilidade de viés de memória. A presença de doença também foi um dado referido pelo idoso ou familiar, podendo não corresponder ao número real. Mesmo assim, o estudo traz uma abordagem de aspectos que envolvem tal população, o que pode contribuir para maior compreensão dessa fase da vida.

Os dados obtidos, entre os 96 idosos acima de 80 anos, revelam condições de vida e saúde pouco favorável a uma sobrevivência com qualidade, incluindo a pouca ou nenhuma escolaridade, a viuvez, a presença de dependência para as Atividades Instrumentais de Vida Diária, a diminuição auditiva e visual e a presença de dor em diferentes regiões do corpo.

Depreende-se que, nesta fase da vida, é pouco provável que o idoso consiga gerenciar sua própria vida, sem depender de outras pessoas, o que para nossa realidade, quase sempre é desempenhado por um membro da família. Sendo, assim, parece oportuno que sejam fortalecidas as políticas voltadas aos idosos, para que se tenham garantias de um cuidado digno nessa fase da vida, já que nem sempre o suporte familiar é suficiente.

■ REFERÊNCIAS

1. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*. 2007;4(17):134-40.
2. United Nations. World Population 2012 [Internet]. New York: United Nations; 2012 [citado 2014 maio 5]. Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/WPP2012_Wallchart.pdf
3. Enkvist Å, Ekström H, Elmståhl S. Associations between functional ability and life satisfaction in the oldest old: results from the longitudinal population study Good Aging in Skåne. *Clin Interv Aging*. 2012;7:313-20.
4. Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):967-74.
5. Fundação Antônio Prudente (BR), Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital de Câncer. Saúde em movimento. Dor: mensuração [Internet]. São Paulo (SP): Fundação Antônio Prudente; 2002 [citado 2013 maio 20]. Disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=39

- Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS*. 2008;21(4):290-6.
- Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):918-23.
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
- Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2002;4(1):7-19.
- Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(5):1230-8.
- Silva SPZ, Marin MJ, Rodrigues MR. Condições de vida e saúde dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos [dissertação]. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2015.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013 [Internet]. Rio de Janeiro (RJ):IBGE; 2013 [citado 2014 maio 20]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
- Borges AM, Santos G, Kumer JA, Fior VD, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatria Gerontol*. 2014;17(1):79-86.
- Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(1):167-76.
- Santos SB, Oliveira LB, Menegoto IH, Bós AJG, Soldera CLC. Dificuldades percebidas por moradores longevos e não longevos de uma instituição de longa permanência para idosos. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2012;17(1):125-43.
- Costa JSD, Galli R, Oliveira EA, Backes V, Vial EA, Canuto R, et al. Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(1):79-88.
- Celich KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2009;12(3):345-59.
- Shear K, Roose SP, Lenze EJ, Alexopoulos GS. Depression in the elderly: the unique features related to diagnosis and treatment. *CNS Spectr*. 2005 Aug;10(8 Suppl 10):1-13.
- Holz AW, Nunes BP, Thumé E, Lange C, Facchini LA. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(4):880-8.
- Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(3):599-610.

■ **Endereço do autor:**

Sabrina Piccinelli Zanchettin Silva
Av. Feres Mattar, 493, Fragata
17519-240 Marília – SP
Email: sabrinazanchettin@hotmail.com

Recebido: 15.09.2014

Aprovado: 14.07.2015