

Acompanhamento da capacidade funcional de idosos hospitalizados

Monitoring of functional capacity of hospitalized elderly

Monitoreo de la capacidad funcional de ancianos hospitalizados

Valquiria Carvalho da Silva
Fátima Helena do Espírito Santo
Eliane Ramos Pereira
Jaqueline Da Silva
Joziane Santos da Silva
Luiz dos Santos

RESUMO: Objetivou-se avaliar, de modo sequencial, a capacidade funcional de idosos durante o processo de hospitalização. Estudo descritivo, quantitativo, realizado com 37 idosos, hospitalizados mediante a aplicação das escalas de avaliação funcional. Constatou-se maior incidência de declínio no rastreio cognitivo das Atividades Instrumentais de Vida Diária e das Atividades Básicas de Vida Diária. Espera-se contribuir para uma melhor assistência aos idosos, visando à prevenção dos comprometimentos funcionais decorrentes da hospitalização.

Palavras-chave: Enfermagem geriátrica; Saúde do idoso; Hospitalização; Incapacidade funcional; Avaliação geriátrica.

ABSTRACT: *The objective was to evaluate the functional capacity of the elderly during hospitalization. Descriptive and quantitative field study conducted with 37 hospitalized elderly by applying the functional assessment scales. There was a higher incidence of decline in cognitive screening, followed by Instrumental Activities of Daily Living and Basic Activities of Daily Living. It is expected to contribute to better nursing care for the elderly aiming at the prevention of functional impairment resulting from hospitalization.*

Keywords: *Geriatric nursing; Elderly health; Hospitalization; Functional incapacity; Geriatric evaluation.*

RESUMEN: *El objetivo fue evaluar la capacidad funcional de los ancianos durante la hospitalización. Estudio de campo descriptivo y cuantitativo realizado con 37 ancianos hospitalizados mediante la aplicación de escalas de evaluación funcional. Hubo una mayor incidencia de disminución en el cribado cognitivo, seguido de las actividades instrumentales de la vida diaria y las actividades básicas de la vida diaria. Se espera que contribuya a una mejor atención de enfermería para las personas mayores con el objetivo de prevenir el deterioro funcional resultante de la hospitalización.*

Palabras clave: *Enfermería geriátrica; Salud de los ancianos; Hospitalización; Incapacidad funcional; Evaluación geriátrica.*

Introdução

O envelhecimento populacional configura-se como importante desafio para a sociedade, principalmente para o sistema de saúde. A transição demográfica, evidenciada pelo aumento no número de idosos na população, é acompanhada por uma transição epidemiológica com elevação da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, suas complicações e consequente desenvolvimento de incapacidades. Nesse contexto, a preocupação com as condições necessárias à manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas tem crescido, e os temas relacionados às políticas públicas e às ações de proteção e cuidado específicos para os idosos vêm adquirindo relevância (Borges, Campos, & Silva, 2015; Manso, Camilo, Javitti, & Benedito, 2019).

O processo de envelhecimento acarreta alterações fisiológicas que resultam, ainda que em nível diferenciado de idoso a idoso, em um declínio de capacidades com o indivíduo apresentando uma tendência à redução da capacidade funcional, o que lhe gera limitações para a realização das atividades de vida diária, tanto básicas como instrumentais, comprometendo a qualidade de vida (Vilela, Busanello, Oliveira, Fréz, & Riedi, 2013).

A capacidade funcional de um idoso pode ser determinada pelas atividades básicas de vida diária (ABVD) e pelas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que são mensuradas quanto a seu nível de dependência ou independência para a execução das atividades mencionadas (Lawton, & Brody, 1969).

Em uma perspectiva gerontogeriátrica, o elevado número de admissões hospitalares de idosos representa um indicador significativo para a avaliação das condições de saúde dessa clientela. A admissão hospitalar pode ser um indicativo de fragilidade, relacionada à perda de capacidade funcional em diversos graus com repercussões na qualidade de vida, no aumento dos custos para as instituições de saúde, maior tempo de hospitalização e de riscos de complicações que demandam necessidade de acompanhamento contínuo pela equipe de saúde, com suporte e orientações à família de um idoso, em todas as esferas de cuidado.

O fator de risco mais relevante para dependência, institucionalização, mortalidade e utilização de recursos de saúde e sociais, na população idosa, é o desenvolvimento de deterioração funcional. Portanto, conhecer os fatores relacionados ao declínio funcional de idosos hospitalizados torna-se fundamental, uma vez que norteia a prevenção e consiste em parâmetro relevante para a eficácia dos tratamentos empregados (Menezes, Oliveira, & Menezes, 2010).

Assim, a avaliação da capacidade funcional é uma ação importante a ser realizada pelos profissionais durante a hospitalização de um idoso, pois pode fornecer parâmetros para o planejamento da assistência (Lourenço, Lenardt, Kletemberg, Seima, & Carneiro, 2014). Nesse sentido, sob a hipótese investigativa de que a capacidade funcional do idoso tende a sofrer declínio durante o processo de hospitalização, este estudo teve como objetivo avaliar, de modo sequencial, a capacidade funcional de idosos durante o processo de hospitalização.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, em que foram realizadas avaliações sequenciais da capacidade funcional dos idosos hospitalizados, cuja frequência de coleta de dados configurou um estudo longitudinal do tipo coorte prospectivo.

Os campos de pesquisa foram um hospital geral da Região Norte Fluminense e um hospital universitário localizado na Região Metropolitana, ambos no Estado do Rio de Janeiro.

A amostra foi composta por 37 idosos, com 60 ou mais, de ambos os sexos, internados há menos de uma semana, no início da coleta de dados, nas enfermarias de clínica médica masculina e feminina dos referidos hospitais. Foram excluídas da pesquisa as pessoas idosas que receberam alta hospitalar antes da segunda avaliação funcional, as que foram transferidas do setor no período de coleta de dados, e as que permaneceram hospitalizadas após o fim do período de coleta de dados. A coleta de dados foi realizada semanalmente, às segundas e quartas-feiras, no período de maio a setembro de 2016, mediante a aplicação de Escalas de Avaliação Funcional do Idoso, Escala de Katz, Escala de Lawton & Brody, Mini-Cog.

A Escala de Katz (Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007) avalia a independência na realização das atividades básicas de vida diária, sendo elas: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente e alimentar-se. Os indivíduos são classificados de acordo com a quantidade de atividades em que são independentes, recebendo classificação de 0 a 6, em que o 0 indica independência; e o 6, dependência para todas as atividades.

A Escala de Lawton & Brody (Santos, & Virtuoso Júnior, 2008) avalia a independência na realização das atividades instrumentais de vida diária, a saber: uso do telefone, viagens, compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, uso de medicação e manejo do dinheiro. A pontuação para cada atividade varia de 1 a 3 pontos, em que o 1 representa dependência total; o 2 representa dependência parcial; e o 3 representa independência. Cada idoso poderá totalizar o mínimo de 7 pontos, que representa dependência total, e o máximo de 21 pontos, que representa independência. As pontuações maiores que 7 e menores que 21 pontos, representam dependência parcial.

O Mini-Cog (Lourenço, Sanchez, & Perez, 2016) é um teste rápido para o rastreio cognitivo, e consiste em avaliar a memória de evocação, utilizando-se um fator de distração.

O idoso terá que memorizar 3 palavras, desenhar um relógio e, em seguida, repetir as 3 palavras memorizadas. Receberá 1 ponto para cada palavra evocada; e 2 pontos, pelo desenho correto do relógio, totalizando 5 pontos. Resultados normais variam de 3 a 5 pontos; e anormais, de 0 a 2 pontos.

A partir dos dados coletados, foi elaborado um banco de dados em planilha eletrônica, cujos dados foram tratados pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 22.0 e pelo aplicativo Microsoft Excel 2011. O SPSS e o Excel são *softwares* comerciais da IBM e da Microsoft, respectivamente, de grande uso e eficiência em análise de dados dispostos em planilhas eletrônicas.

A análise descritiva dos dados foi baseada em gráficos, tabelas cruzadas e cálculo de estatísticas descritivas (mínimo, máximo, média, mediana, desvio-padrão, coeficiente de variação) e teve, como objetivo, sintetizar e caracterizar o comportamento das variáveis.

Todas as discussões acerca dos testes de significância foram realizadas, considerando-se o nível de significância máximo de 5% (0,05), ou seja, foi adotada a seguinte regra de decisão nos testes: rejeição da hipótese nula sempre que o p-valor associado ao teste fosse menor que 0,05. Nos testes que forneceram os p-valores assintóticos e exatos, foram considerados os p-valores exatos.

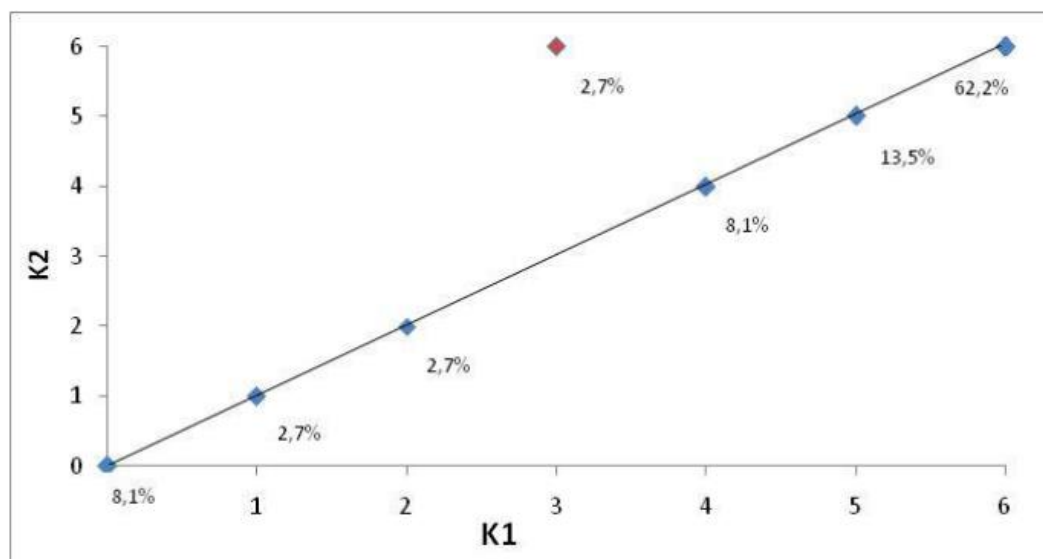
O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob CAAE número 36681514.0.0000.5243 e aprovado pelo Parecer número 1.799.621, como preconizado na Resolução n.º 466 de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e orientados quanto à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram do estudo 37 idosos, dos quais 15 (40,6%) estavam internados no hospital geral da Região Norte Fluminense; e 22 (59,4%), no hospital universitário localizado na Região Metropolitana, sendo 16 (43,20%) do sexo feminino e 21 (56,80%) do sexo masculino, com idades entre 61 e 86 anos, que resultaram numa média de 71,5 anos, com desvio-padrão de 7,5 anos e mediana de 71 anos.

Com relação ao nível de escolaridade, 14 idosos (37,8%) apresentaram ensino fundamental incompleto, 9 (24,3%) ensino médio completo, 5 (13,5%) ensino fundamental completo, 5 (13,5%) ensino médio incompleto, 3 (8,1%) analfabetos e 1 (2,7%) com ensino superior completo. Tipicamente o idoso participante desta pesquisa tinha como renda 1 salário mínimo (48,6%) ou de 2 a 3 salários mínimos (45,9%). Somente 1 (2,7%) deles recebia menos de um salário mínimo, e outro 2,7% recebia mais de 4 salários mínimos.

O gráfico exibido na Figura 1 apresenta a distribuição conjunta dos escores da Escala de Katz da primeira e segunda avaliação. Somente para um idoso (2,7%) houve declínio da capacidade de realização das ABVDs, avaliada pela Escala de Katz, idoso este que, na primeira observação tinha escore 3; e na segunda avaliação, escore 6. Todos os demais idosos não tiveram alteração de seu estado pela Escala de Katz. A estabilidade da capacidade funcional para ABVDs da segunda com relação à primeira avaliação foi de 97,3%. O teste de Wilcoxon não considera significativamente, sob o ponto de vista estatístico, distintos os escores de Katz da primeira e segunda avaliação (p -valor=0,317).



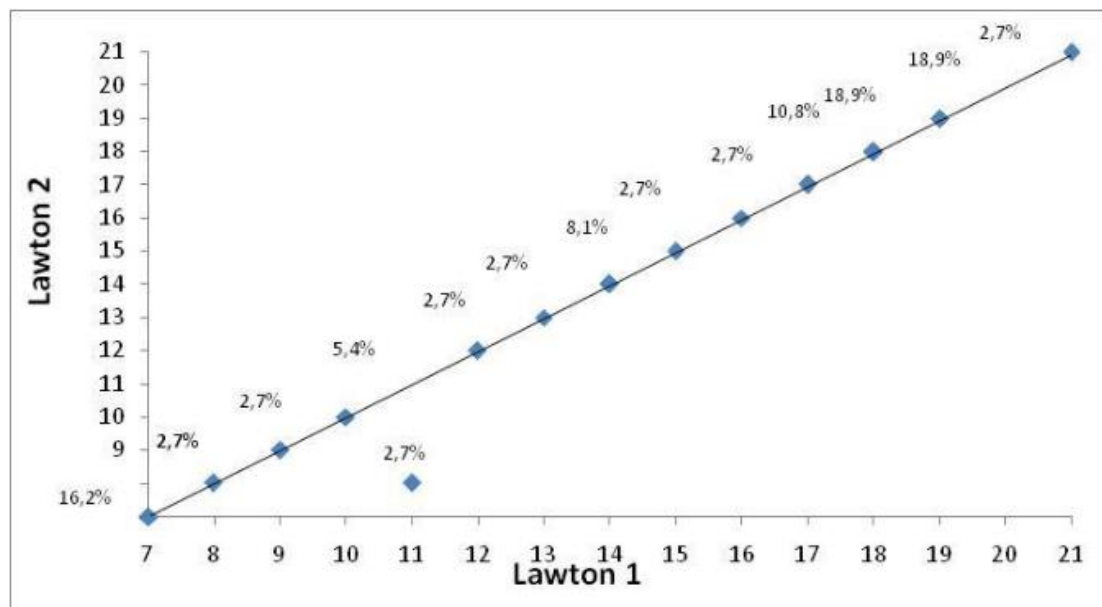
Fonte: Silva, 2016

Figura 1: Distribuição conjunta dos escores da Escala de Katz da primeira e segunda avaliação dos idosos hospitalizados, 2016

A Figura 2 apresenta a distribuição conjunta dos escores da Escala de Lawton & Brody da primeira e segunda avaliação. Somente para um participante (2,7%) houve declínio da capacidade de realização das AIVDs, avaliada pelo Lawton & Brody, idoso este que, na

primeira observação, tinha escore 11 e, na segunda avaliação, apresentou escore 8. Todos os demais idosos não tiveram alteração do seu estado pelo coeficiente Lawton & Brody; note-se que os outros pontos estão sobre a reta identidade onde $Y=X$.

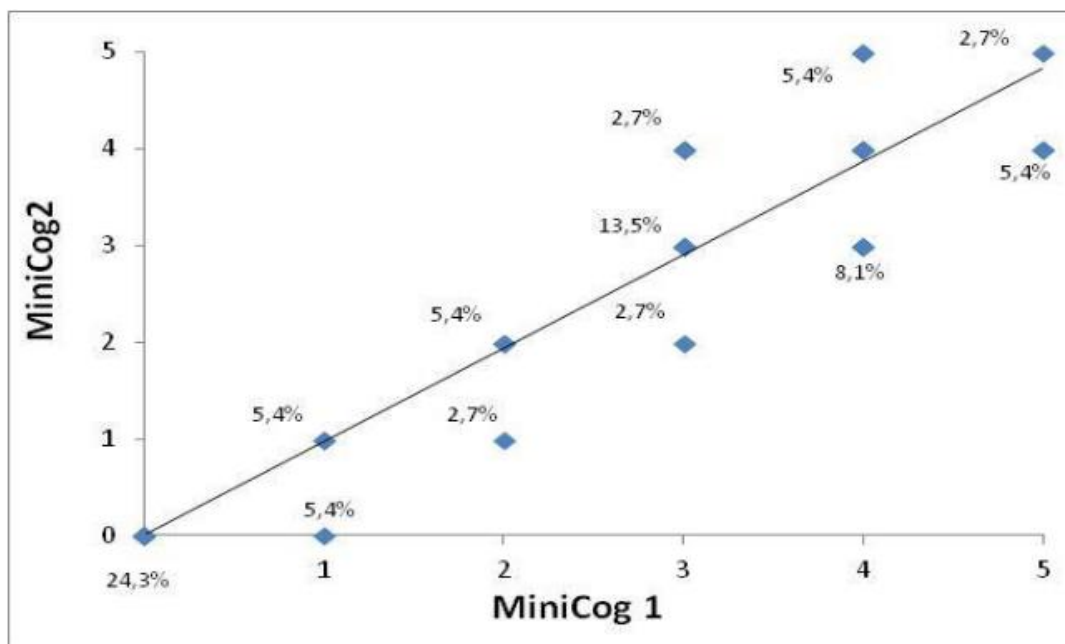
A estabilidade da capacidade funcional para AIVDs segunda, com relação à primeira avaliação foi de 97,3%. A saber, o participante que apresentou declínio na escala Lawton e Brody para AIVDs não foi o mesmo que apresentou declínio na Escala de Katz para ABVDs. O teste de Wilcoxon não considera significativamente, sob o ponto de vista estatístico, distintos os escores de Lawton da primeira e segunda avaliação (p -valor=0,317).



Fonte: Silva, 2016

Figura 2: Distribuição conjunta dos escores da Escala de Lawton & Brody da primeira e segunda avaliação dos idosos hospitalizados, 2016

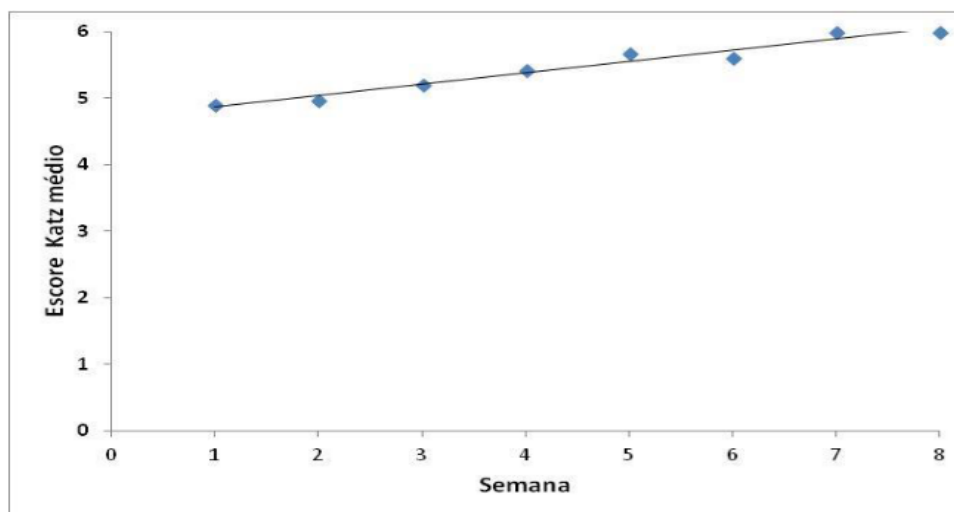
O gráfico exibido na Figura 3 traz a distribuição conjunta dos escores do Mini-Cog. da primeira e segunda avaliação. Para 9 (24,3%) idosos, houve declínio nos resultados do rastreamento cognitivo, pelo Mini-Cog, pacientes estes que são representados por pontos abaixo da reta $Y=X$ no gráfico e, para eles, foi observada uma redução de 1 ponto de escore na segunda avaliação. Houve melhora no rastreamento cognitivo para 3 casos (8,1%) e, para a maioria dos idosos, não houve alteração do seu estado cognitivo pelo Mini-Cog; note-se que os outros pontos estão sobre a reta identidade onde $Y=X$. A estabilidade do rastreamento cognitivo pelo Mini-Cog da segunda com relação à primeira avaliação foi de 67,6%. A saber, o idoso que apresentou declínio nas AIVDs e o que apresentou declínio nas ABVDs não apresentaram declínio no rastreamento cognitivo.



Fonte: Silva, 2016

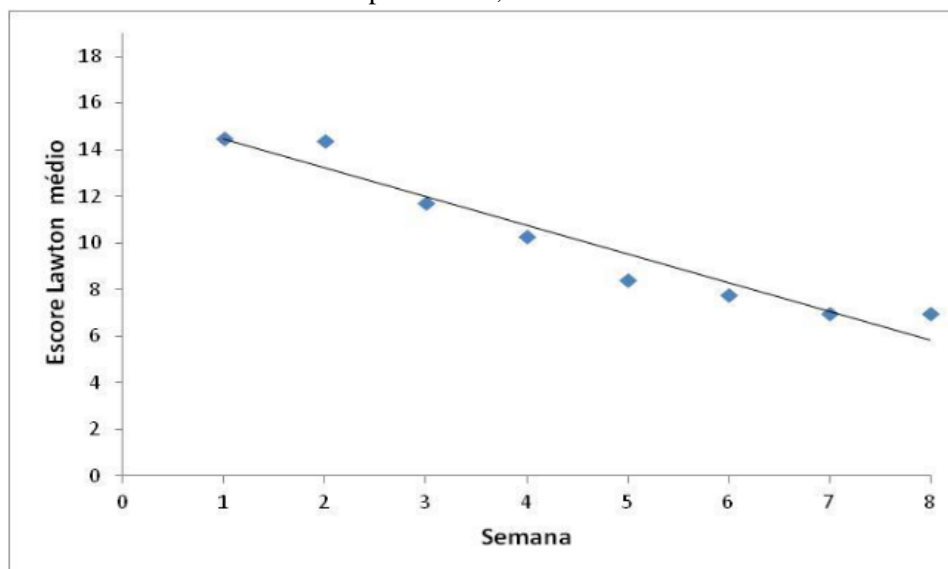
Figura 3: Distribuição conjunta dos escores do Mini-Cog da primeira e segunda avaliação dos idosos hospitalizados, 2016

Nas Figuras 4,5 e 6, observa-se a média global das escalas em cada avaliação. As retas de tendência destes gráficos mostram tendência de declínio nas respostas de todas as escalas, mas a inclinação da reta de tendência é maior, o que significa que o declínio é mais forte, em média, para a cognição e AIVDs; a inclinação da reta é bem menor para as ABVDs, pela Escala de Katz.



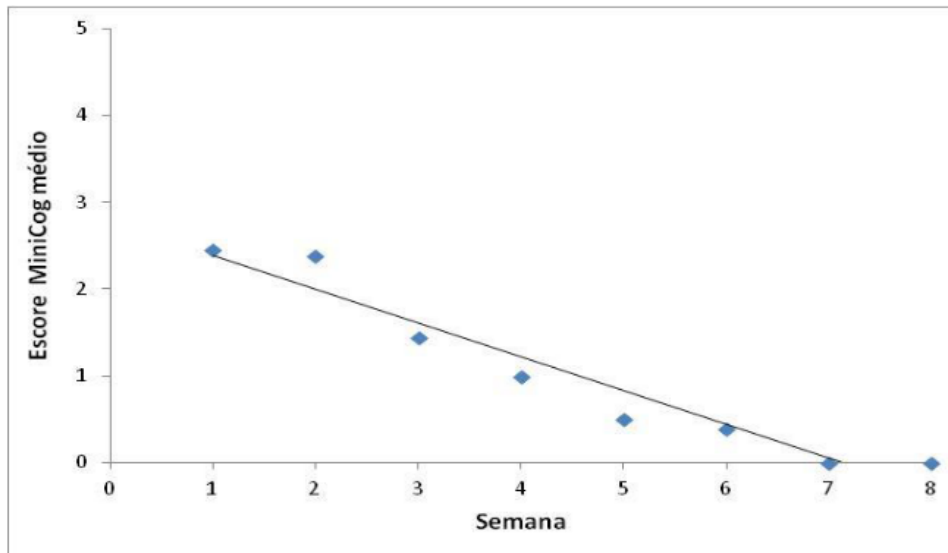
Fonte: Silva, 2016

Figura 4: Evolução Semanal da média global da pontuação na Escala de Katz dos idosos hospitalizados, 2016



Fonte: Silva, 2016

Figura 5: Evolução Semanal da média global da pontuação na Escala de Lawton & Brody dos idosos hospitalizados, 2016



Fonte: Silva, 2016

Figura 6: Evolução Semanal da média global da pontuação no Mini-Cog dos idosos hospitalizados, 2016

O resultado do acompanhamento funcional dos idosos durante o processo de hospitalização, por meio das médias globais de pontuação nas três escalas, em cada avaliação, originou gráficos com retas de tendência, que demonstraram declínio funcional nas respostas de todas as escalas, conforme o tempo de hospitalização.

A reta de tendência foi mais inclinada, o que significa que o declínio, em média, foi mais incidente para a cognição, seguido das AIVDs, e a inclinação da reta foi bem menor para as ABVDs.

Discussão

Ao considerar-se a tendência de declínio cognitivo no idoso hospitalizado, observada neste estudo, segundo Fabbri (2016), um problema que pode ser associado a este resultado, e caracterizado pela desorganização transitória das funções cognitivas, como orientação, memória, atenção, pensamento e comportamento, é o *delirium*. Trata-se de uma afecção aguda e orgânica, comum, e potencialmente evitável, cujo desenvolvimento deflagra uma cascata de eventos, que pode culminar com perda de independência, aumento de morbidade e de mortalidade, elevando o tempo e os custos de internação. Dentre os fatores predisponentes ao *delirium*, destacam-se: idade avançada, déficits sensoriais e múltiplas comorbidades.

Silveira, Santos, Souza e Monteiro (2013) identificaram uma relação expressiva entre o valor médio de internação, o tempo de hospitalização e os transtornos mentais e comportamentais. Esta relação indica que, na presença destes transtornos, o tempo de hospitalização é maior e, conseqüentemente, o custo da internação. Daí a importância de cuidados voltados à manutenção e à estimulação cognitiva dos idosos hospitalizados, prevenindo comprometimentos que possam aumentar o tempo de permanência hospitalar desses indivíduos.

Segundo Duarte e Wanderley (2011), a hospitalização funciona como um agente estressor para os idosos, pois o ambiente hospitalar impõe aos mesmos novos enfrentamentos, como uma série de exames e procedimentos que, associados à distância da casa e dos familiares, medo do desconhecido e pensamentos relacionados à morte, aumentam a vulnerabilidade destes idosos, além da quebra de rotina e o ambiente com ausência de estímulos.

Sabendo-se que a hospitalização pode ser geradora de vulnerabilidade no idoso, com repercussões no quadro emocional e funcional, cabe aos profissionais da equipe de saúde, em especial enfermeiros e médicos, estabelecerem planos individuais de encorajamento para este idoso, com foco para a capacidade de autocuidado, prevenindo a dependência e empoderando-os para o autocuidado. Para isso, é necessário avaliar previamente quais são as capacidades e limitações do idoso, no que concerne à sua capacidade funcional, prevenindo e identificando situações que aumentam o risco de instalação de incapacidades durante o processo de hospitalização.

Cantão, *et al.* (2015) salientam que a faixa etária acima de 60 anos está fortemente associada à depressão (Lourenço, *et al.*, 2014). Ademais, Araújo, *et al.* (2017) concluíram que os idosos que possuem dependência parcial ou total apresentam mais suscetibilidade de desenvolver sintomas depressivos que os idosos independentes, comprovando a relação entre a depressão e a funcionalidade desses pacientes. Assim, a dependência pode levar a sintomas depressivos, e estes, por sua vez, também podem levar a comprometimentos funcionais.

É importante que os profissionais de saúde, que prestam assistência a essa clientela durante a hospitalização, tenham conhecimentos e sensibilidade para saber detectar quais os aspectos que podem estar relacionados aos sintomas depressivos do idoso, visando à elaboração e implementação de intervenções que possam eliminar tais aspectos. Portanto, uma avaliação que identifique indícios depressivos e seus fatores causadores pode servir de suporte para a implementação de cuidados que evitem o desencadeamento desses sintomas e até mesmo a progressão dos já existentes, prevenindo, desse modo, possíveis comprometimentos funcionais.

Nessa perspectiva a implementação de ações de ordem preventiva encontra sua viabilidade através de promoção e estímulo de uma vida associativa e saudável, com a realização de atividades de recreação, atividades físicas e atividades culturais para os idosos, durante o processo de hospitalização (Araújo, *et al.*, 2017).

Contudo, embora consentido, o ambiente hospitalar, na maioria das vezes, não permite a realização dessas atividades, considerando-se a falta de profissionais capacitados e com olhar sensível para essa demanda, a falta de espaço e também a ausência de enfermarias geriátricas, fazendo com que o idoso receba a mesma assistência que os adultos, em detrimento das especificidades da sua faixa etária.

Mesmo na ausência de uma enfermagem geriátrica, o idoso deve ser avaliado e assistido de forma individual, levando-se em conta aspectos específicos do envelhecimento, de modo que sejam preservadas e estimuladas suas potencialidades funcionais e, para isso, os profissionais de saúde devem conhecer as demandas decorrentes do processo de envelhecimento aliadas aos aspectos relacionados ao adoecimento e hospitalização da pessoa idosa, para promover-lhe uma assistência efetiva e segura.

Nesse contexto, a deterioração funcional é considerada o principal fator de risco para a dependência de um idoso que pode levar à hospitalização; o comprometimento funcional em idosos hospitalizados pode ser causado por inúmeros fatores, desde a idade avançada, a própria doença, aos procedimentos médico-cirúrgicos até o repouso prolongado no leito, resultando na diminuição da sua mobilidade, maior risco de infecções, uso de vários medicamentos, desnutrição e risco de quedas.

Contudo, a hospitalização na realidade não é, em si, risco para a incapacidade funcional, mas um indicador da ocorrência de tipos graves de doenças que demandam cuidados hospitalares, e que podem desencadear a instalação progressiva de incapacidade funcional (Cruz, Pinto, Lage, Nasralla, & Neto, 2011).

Sousa (2014) afirma que existe uma dissonância entre o ambiente hospitalar e os objetivos terapêuticos para os idosos hospitalizados pois o ambiente hospitalar ainda tem o foco de atenção direcionado para o modelo biomédico e não para a melhoria do funcionamento global do paciente, em todas as suas dimensões.

É importante ressaltar que a avaliação funcional do idoso pode e deve ser realizada no momento da sua admissão, a fim de detectar precocemente as capacidades e limitações que serão trabalhadas durante o período de hospitalização. Uma vez detectadas suas capacidades, o idoso deverá continuar fazendo por ele próprio o que já era capaz de fazer quando estava em seu domicílio e, para as suas limitações, aquilo que não era capaz de fazer sem ajuda de outro, deverá ser dado suporte e estímulo à realização, para que possam ser desempenhadas sem ajuda. Trata-se, portanto, de um processo de manutenção e recuperação funcional, visando a reduzir a dependência ou impedir sua progressão, ou mesmo recuperar a independência do idoso.

Melhores práticas gerontológicas durante o processo de hospitalização do idoso são urgentes, a considerar-se que este evento pode ser um fator de risco para óbito nessa clientela, podendo provocar condições de agravo à saúde, como infecções, isolamento social,

iatrogenias, entre outras, que desencadeiam perda de independência e autonomia, muitas vezes levando-os à morte (Sousa-Muñoz, Ronconi, Dantas, Lucena, & Silva, 2013).

Julgada a importância da capacidade funcional e independência do idoso, a autonomia desses indivíduos também merece atenção. Segundo Tavares e Dias (2012), a maior dependência do idoso para realizar as atividades de vida diária tem levado à perda da capacidade de decidir sobre a própria vida. Mas a perda da independência do idoso não quer dizer que o mesmo perdeu também sua autonomia; o profissional de saúde precisa viabilizar um espaço de comunicação efetiva com o idoso e seus familiares quanto à capacidade de decisão do mesmo, salvo nos casos, cuidadosamente analisados, em que exista comprometimento cognitivo.

Um estudo específico da população idosa de São Paulo (Ramos, Perracini, Rosa, & Kalache, 1993) concluiu que a perda de independência funcional obedece a uma hierarquia, cujo início ocorre quando o idoso perde as atividades que envolvem sua interação com o meio em que vive, para depois perder a capacidade de execução das AVDs. Em seguida, perde funções tais como: capacidade para fazer compras, dependência para pegar ônibus, cuidar das finanças e tomar remédios adequadamente. Após perder essas AVDs, ele perde a independência em continência, deambulação, vestimenta, banho, alimentação e, finalmente, transferência de um lugar para outro, ações que configuram as ABVDs.

Em consonância com esses resultados, Dias, Andrade, Duarte, Santos, & Lebrão (2015) discutem que o declínio cognitivo estaria associado com um padrão específico de perdas funcionais, iniciadas com prejuízos na execução de atividades que exigem maiores níveis de funções cognitivas, físicas e sociais, seguidas pelas perdas em atividades instrumentais de vida diária em direção às atividades básicas de vida diária.

Sabe-se que idosos totalmente independentes podem necessitar de auxílio para uma ou mais atividades básicas de vida diária durante a hospitalização, e que esta última está associada a um aumento na sua dependência, fazendo com que a identificação de indivíduos com maior risco de perda funcional seja uma ação rotineira na prática assistencial.

Assim, a identificação precoce dos idosos com maior risco de dependência pode contribuir para minimizar as consequências adversas da hospitalização e, portanto, ações individualizadas passarão a atender às demandas de cuidado compatíveis com o desempenho funcional do idoso (Skalska, *et al.* 2014).

Vieira (2013) diz que o estado funcional na pessoa idosa é um processo dinâmico e carece de avaliação periódica para determinar a sua evolução e, no momento da sua admissão hospitalar, uma cuidadosa avaliação inicial assume grande importância no planejamento e execução individualizada dos cuidados a serem oferecidos durante a hospitalização.

O envelhecimento populacional é uma das consequências da transição demográfica, o que aponta para a necessidade de mudanças nas políticas públicas, para atender às alterações inerentes ao envelhecimento, tais como: mudanças epidemiológicas, deficiências físicas e mentais e a progressiva dependência para a realização das atividades de vida diária. Tanto a dependência quanto o tipo de doenças e agravos que acometem os idosos colocam as políticas de saúde e de assistência social no centro das preocupações e do planejamento para o futuro. Nesse sentido, cuidar de idosos é uma atividade cada vez mais importante, que exige qualificação e profissionalização específicas (Lucchesi, 2017).

Conclusão

A capacidade funcional do idoso tende a sofrer declínio durante o processo de hospitalização e esse declínio tende a ocorrer de modo hierárquico, iniciando pela cognição, seguida das atividades instrumentais de vida diária e, por último, as atividades básicas de vida diária. Assim, destaca-se a necessidade de implementação precoce, a partir da admissão, de cuidados de manutenção e estímulo cognitivo, paralelamente às estratégias de manutenção e recuperação da capacidade para realização das AVDs.

Cientes da tendência de declínio funcional em idosos hospitalizados, destaca-se a importância do desenvolvimento de instrumentos e estratégias que possam impedir ou minimizar os comprometimentos advindos do processo de hospitalização, em que a avaliação e a manutenção funcional devem ser ações prioritárias, com o objetivo de preservar a capacidade para a realização das AVDs e da capacidade cognitiva, reduzindo o tempo de permanência hospitalar e os custos desse serviço.

Espera-se que este estudo possa contribuir com informações que favoreçam uma avaliação e assistência integral à saúde da pessoa idosa, ajudando na construção de estratégias para melhor assistir a essa clientela, favorecendo sua recuperação, com foco na prevenção e redução dos comprometimentos funcionais que possam advir da hospitalização e, ainda,

evitando complicações que levam as readmissões hospitalares, as quais elevam os gastos da instituição e repercutem diretamente na saúde e qualidade de vida dos idosos.

Além disso, este estudo espera despertar interesse e iniciativas para pesquisas subsequentes sobre a temática, incrementando as discussões sobre o assunto, favorecendo a ampliação do conhecimento sobre a capacidade funcional de idosos hospitalizados com vistas à implantação de ações e estratégias pela equipe de saúde nas instituições de saúde, para prevenir incapacidades e preservar a capacidade funcional dos idosos durante a hospitalização, mediante uma assistência sistematizada e norteada por princípios gerontológicos.

Portanto, ressalta-se a necessidade de uma assistência centrada nas necessidades e demandas do idoso com foco na avaliação contínua da sua capacidade funcional desde a admissão hospitalar, promovendo um ambiente de cuidado específico para esta clientela, como uma enfermaria geriátrica, em que os idosos possam ser acompanhados por profissionais capacitados e qualificados para trabalhar com essa clientela.

Referências

- Araújo, G., Sousa, R., Souto, R., Júnior, E., Eulálio, M., Alves, F., & Neri, A. (2017). Functional capacity and depression in elderly. *Journal of Nursing UFPE on line*, 11(10), 3778-3786. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22627>.
- Borges, G. M., Campos, M. B., & Silva, L. G. C. (2015). Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: Ervatti, L. R., Borges, G. M., & Jardim, A. P. (Orgs.). *IBGE. Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as projeções da população*, 138-151.
- Cantão, L., Fonseca, L. L. K., Silva, T. I. M., Oliveira, M. de, Oliveira, V. da C., Machado, R. M. (2015). Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas. *Revista Rene*, 16(3), 355-362. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324041234008.pdf>.
- Cruz A. P. M., Pinto, R. L. C., Lage, Y. G., Nasralla, M. L. S., & Neto, E. N. (2011). Alterações da Capacidade Funcional de Idoso durante a Internação Hospitalar. *COORTE - Revista Científica do Hospital Santa Rosa*, 3(3), 22-29. Recuperado em 01 julho, 2018, de: www.revistacoorte.com.br/index.php/coorte/article/view/18.
- Dias, E. G., Andrade, F. B. de, Duarte, Y. A. de O., Santos, J. L. F., & Lebrão, M. L. (2015). Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(8), 1623-1635. Recuperado em 01 julho, 2018, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000801623&script=sci_abstract&tlng=pt.

- Duarte, Y. A. de O., Andrade, C. L. de, & Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 317-325. Recuperado em 01 julho, 2018, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021.
- Duarte, F. M., & Wanderley, K. da S. (2011). Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 49-53. Recuperado em 01 julho, 2018, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000100007.
- Fabbri, R. M. A. (2016). Delirium. In: Freitas, E. V., & Py, L. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (4ª ed.), 558-569). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186. Recuperado em 01 julho, 2018, de: http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_19691502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf.
- Lourenço, R. A., Sanchez, M. A. S., & Perez, M. (2016). Instrumentos de Rastreio da Incapacidade Funcional/Uma Proposta de Uso Racional. In: Freitas, E. V., & Py, L. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (4ª ed.), 2517-2542). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Lourenço, T. M., Lenardt, M. H., Kletemberg, D. F., Seima, M. D., & Carneiro, N. H. K. (2014). Functional independence of long-living elderly at hospital admission. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23(3), 673-679. Recuperado em 01 julho, 2018, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300673.
- Lucchesi, G. (2017). Envelhecimento populacional: perspectivas para o SUS. In: Brasil, C., Souza, A. C., Pinheiro, A., et al. *Brasil 2050 [recurso eletrônico]: desafios de uma nação que envelhece/Câmara dos Deputados, Centro de Estudos e Debates Estratégicos*. Brasília, DF. (Série estudos estratégicos; n.º 8 PDF), 43-58. (2017 p.). Recuperado em 01 julho, 2018, de: www.livraria.camara.leg.br.
- Manso, M. E. G., Camilo, C. G. de, Javitti, G. C., & Benedito, V. de L. (2019). Capacidade funcional no idoso longevo: revisão integrativa. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(1), 563-574. ISSNprint 1516-2567. ISSNe 2176-901X. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/45965/30445>.
- Menezes, C., Oliveira, V. R. C., & Menezes, R. L. (2010). Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos. *Revista Movimenta*. 3(2). Recuperado em 01 julho, 2018, de: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11682/1/ARTIGO_RepercussoesHospitalizacaoCapacidade.PDF.
- Ramos, L. R., Perracini, M., Rosa, T., & Kalache, A. (1993). Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *J Cross Cult Geront*, 8, 313-323. Recuperado em 01 julho, 2018, de: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24389964.
- Santos, R. L. dos, & Virtuoso Júnior, J. S. (2008). Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS*, 21(4), 290-296. Recuperado em 01 julho, 2018, de: http://hp.unifor.br/pdfs_notitia/2974.pdf.

Silveira, R. E. da, Santos, Á. da S., Sousa, M. C. de, & Monteiro, T. S. A. (2013). Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. *Einstein (São Paulo)*, 11(4), 514-520. Recuperado em 01 julho, 2018, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-45082013000400019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Sousa, J. M. S. A. (2014). *Declínio funcional e o risco de queda no idoso hospitalizado*. Dissertação de mestrado. Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Recuperado em 01 julho, 2018, de: www.repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=33428&code.

Sousa-Muñoz, R. L. de, Ronconi, D. E., Dantas, G. C., Lucena, D. M. S. de, & Silva, I. B. A. (2013). Impacto de multimorbidade sobre mortalidade em idosos: estudo de coorte pós-hospitalização. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(3), 579-589. Recuperado em 01 julho, 2018, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000300015&script=sci_abstract&tlng=pt.

Skalska, A., Wizner, B., Więcek, A., Zdrojewski, T., Chudek, J., Klich-Rączka, A., Piotrowicz, K., Błędowski, P., Mossakowska, M., Michel, J. P., & Grodzicki, T. (2014). Reduced functionality in everyday activities of patients with self-reported heart failure hospitalization: population-based study results. *Int J Cardio*, 176(2), 423-429. Recuperado em 01 julho, 2018, de: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25125001.

Tavares, D. M. dos S., & Dias, F. A. (2012). Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(1), 112-120. Recuperado em 01 julho, 2018, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100013.

Vieira, L. F. L. (2013). Estratégias a adotar na prestação de cuidados à pessoa idosa para a promoção da capacidade funcional durante a hospitalização. *Revista Envelhecimento e Inovação*, 2(2). Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://journalofagingandinnovation.org/volume2-edicao2-abril2013/capacidade-funcional/>.

Vilela, D. S., Busanello, K. L. S., Oliveira, S. D., Fréz, A. R., & Riedi, C. (2013). Correlação entre o estado geral de saúde e a capacidade funcional de idosos ativos. *ConScientiae Saúde*, 12(3), 447-454. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92928535015>.

Recebido em 22/08/2019

Aceito em 30/11/2019

Valquiria Carvalho da Silva – Enfermeira, Especialista em Saúde do Idoso. Mestra, Programa de Pós-Graduação, Curso de Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, UFF. Niterói, RJ.

E-mail: valquiria_carvalhosilva@hotmail.com

Fátima Helena do Espírito Santo – Enfermeira, Universidade Federal Fluminense, UFF. Mestra e Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. Pós-Doutora, UERJ. Professor Associado, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, EEAAC/UFF. Docente Permanente do Curso Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial, MPEA/UFF, e do Programa de Ciências do Cuidado em Saúde, PACCS/UFF e Docente do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Antônio Pedro, HUAP/UFF.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4611-5586>.

E-mail: fatahelen@hotmail.com

Eliane Ramos Pereira – Enfermeira. Psicóloga. Pós-Doutora, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. Doutora em Enfermagem, UFRJ. Professora Titular da Universidade Federal Fluminense, EEAAC/UFF. Professora de Doutorado e Mestrado do Programa de Pós-Graduação Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, PACCS /UFF.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6381-3979>

E-mail: elianeramos.uff@gmail.com

Jaqueline Da Silva – Enfermeira, UFRJ. Pós-Doutora em Projetos e Pesquisa em Drogas, CICAD/OAS-USA & Center for Addiction and Mental Health, CAMH, University of Toronto, Canadá. Doutora com PhD in Gerontological Nursing e Minor in Education, University of California, San Francisco, UCSF/USA. Mestra em Enfermagem e Demandas Sociais, UFRJ. Especialização em Geriatrics and Gerontology, International Institute on Ageing/INIA & Royal University of Malta/RUM/Malta. Enfermeira, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, DEMC, com atividade docente de Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, EEAN, UFRJ. Docente do Corpo Permanente do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, MEPPSO, Instituto de Psiquiatria/IPUB-UFRJ.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2888-5720>

E-mail: jackiedasilva@hotmail.com

Joziane Santos da Silva – Enfermeira, Centro Universitário Anhanguera, Niterói, RJ. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, EEAAC, Universidade Federal Fluminense, UFF. Enfermeira sanitária, Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6479-8942>

E-mail: jozysilva78@gmail.com

Luiz dos Santos – Enfermeiro, Universidade do Rio de Janeiro, UNIRIO. Mestre em Enfermagem, UNIRIO. Doutor, Programa de Ciências do Cuidado em Saúde, UFF. Especialista em Enfermagem Gerontológica, UFF. Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, EEAAC, Universidade Federal Fluminense, UFF. Docente do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Antônio Pedro, HUAP/UFF.

E-mail: lsprofenf@yahoo.com.br