






# Associação entre perfil biossociodemográfico e atividades avançadas de vida diária em pessoas idosas hospitalizadas

Association between bio-sociodemographic profile and advanced activities of daily living in hospitalized elderly people

## Como citar este artigo:

Silva JV, Domingues EAR, Orlandi FS, Souza Júnior EV, Machado DR. Association between bio-sociodemographic profile and advanced activities of daily living in hospitalized elderly people. Rev Rene. 2023;24:e82832. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232482832>

-  José Vitor da Silva<sup>1</sup>
-  Elaine Aparecida Rocha Domingues<sup>2</sup>
-  Fabiana de Souza Orlandi<sup>1</sup>
-  Edison Vitor de Souza Júnior<sup>3</sup>
-  Daniel Rodrigues Machado<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Carlos.  
São Carlos, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Campinas.  
Campinas, SP, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de São Paulo.  
Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup>Fundação Presidente Antônio Carlos.  
Ubá, MG, Brasil.

## Autor correspondente:

Elaine Aparecida Rocha Domingues  
Travessa Costa de Lavos, 59, Portal do Panamá,  
CEP: 17113114. Campo Grande, MS, Brasil.  
E-mail: elainerocha.contato@gmail.com

**Conflito de interesse:** os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Viviane Martins da Silva

EDITOR ASSOCIADO: Manuela de Mendonça F. Coelho

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar a relação entre as características biossociodemográficas e atividades avançadas de vida diária em pessoas idosas hospitalizadas. **Métodos:** estudo transversal. Participaram 200 pessoas idosas hospitalizadas. Utilizaram-se os instrumentos: Questionário de Avaliação do Estado Mental, Instrumento de Caracterização Biossociodemográfica e de Saúde e Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária. **Resultados:** a idade impactou as atividades sociais ( $p=0,024$ ), de lazer ( $p=0,004$ ), intelectuais ( $p=0,017$ ) e religiosas ( $p=0,047$ ). Em relação ao gênero, os homens apresentaram maiores escores nas atividades de lazer ( $p=0,046$ ) e intelectuais ( $p=0,002$ ); por outro lado, as mulheres obtiveram melhores pontuações nas atividades religiosas ( $p=0,001$ ). As variáveis “renda familiar”, “incapacidade física” e “atividade física” se associaram significativamente com o escore global. **Conclusão:** houve associação das variáveis “idade”, “escolaridade”, “renda familiar”, “incapacidade física”, “prática de atividade física” e “percepção do estado de saúde” com o escore global da Escala. A maior parte das variáveis biossociodemográficas mostrou associação com o domínio Atividades de Lazer. **Contribuições para a prática:** a elucidação de fatores que podem estar relacionados com a realização de atividades avançadas em pessoas idosas hospitalizadas pode subsidiar a melhoria da assistência.

**Descritores:** Idoso; Hospitalização; Atividades Cotidianas; Enfermagem Geriátrica.

## ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the relationship between bio-sociodemographic characteristics and advanced activities of daily living in hospitalized elderly people. **Methods:** cross-sectional study. Two hundred hospitalized elderly people participated. The instruments were used: Mental Status Assessment Questionnaire, Bio-sociodemographic and Health Characterization Instrument and Advanced Activities of Daily Living Scale. **Results:** age impacted social ( $p=0.024$ ), leisure ( $p=0.004$ ), intellectual ( $p=0.017$ ) and religious ( $p=0.047$ ) activities. Regarding gender, men presented higher scores in leisure ( $p=0.046$ ) and intellectual ( $p=0.002$ ) activities; on the other hand, women obtained better scores in religious activities ( $p=0.001$ ). The variables “family income”, “physical disability” and “physical activity” were significantly associated with the global score. **Conclusion:** there was an association of the variables “age”, “education”, “family income”, “physical disability”, “physical activity practice” and “health status perception” with the global score of the scale. Most of the bio-sociodemographic variables showed association with the Leisure Activities domain. **Contributions to practice:** the elucidation of factors that may be related to the performance of advanced activities in hospitalized elderly people can support the improvement of care.

**Descriptors:** Aged; Hospitalization; Activities of Daily Living; Geriatric Nursing.

## Introdução

A capacidade funcional pode ser compreendida como a aptidão para planejar e para executar as atividades do cotidiano necessárias para auxiliar na continuidade da saúde e na satisfação com a vida das pessoas idosas<sup>(1)</sup>. Estudos sobre a capacidade funcional de pessoas idosas são precípuos para entender como esses indivíduos vivenciam os anos adicionais conquistados com o aumento da longevidade e, assim, amparar ações de saúde que possam contribuir para o envelhecimento ativo<sup>(2)</sup>.

O comprometimento da capacidade funcional está condicionado à situação predisposta à dependência, à vulnerabilidade e a atos violentos, podendo ter resultados durante a vida, envolvendo falecimentos antecipados. Portanto, investigações sobre a capacidade funcional de pessoas idosas têm ganhado cada vez mais relevância na área da gerontologia, já que envelhecer sem incapacidade auxilia na manutenção da qualidade de vida<sup>(3)</sup>.

Dessa perspectiva, a capacidade funcional é habitualmente medida por meio do comportamento nas atividades do dia a dia. Tais atividades podem ser separadas em três partes: (1) atividades básicas da vida diária (ABVDs) – ocupações habituais e próprias diretamente associadas com a vida; (2) atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) – ocupações que dizem respeito à conservação da vida em sociedade; e (3) atividades avançadas de vida diária (AAVDs) – constituem o terceiro grupo das atividades da vida hodierna e se referem aos fatores pessoais, contextuais e ambientais. Estas últimas ainda englobam atividades sociais, físicas, intelectuais, produtivas e de lazer, que são desenvolvidas em momentos disponíveis, sem dependência direta da atividade laboral, incluindo o aspecto de voluntariedade das pessoas, atividades de aprendizagem, atividades sociais, oriundas de motivos pessoais. A capacidade funcional refere-se a diversos indicadores, sendo a saúde um deles. Nesse sentido, tal indicador é relevante nas pesquisas gerontológicas, considerando que essa aptidão man-

tém a pessoa idosa ativa e saudável em relação às suas atividades diárias e auxilia no estabelecimento da satisfação com a vida. O desempenho nessas tarefas é influenciado pela condição de saúde do indivíduo, sua capacidade funcional, idade, gênero e aspectos socioeconômicos<sup>(4)</sup>.

A realização de AAVDs por pessoas idosas pode assinalar boa saúde integral, ao passo que a diminuição da interligação dessas atividades pode ser um marcador importante de declínio cognitivo e funcional. Levando isso em consideração, essa redução precede as perdas nas AIVDs e ABVDs<sup>(5-7)</sup>.

O estado da arte revela a existência de algumas investigações que associam as condições de saúde das pessoas idosas com as AAVDs, abordando poucas reflexões em relação ao perfil biossociodemográfico. Assim, quando praticam essas atividades, essa população demonstra maiores chances de apresentar ganho cognitivo e menor de declínio cognitivo<sup>(8)</sup>. Em consonância, outro estudo mostra que pessoas idosas não institucionalizadas que realizam essas atividades têm menores eventualidades de declínio cognitivo<sup>(9)</sup>.

Entre a população idosa hospitalizada, as atividades avançadas de vida diária constituem-se em uma ação com possibilidade de promoção de bem-estar dessas pessoas e reduzir os impactos da internação hospitalar. Em contraposição, a carência dessas atividades pode propiciar ou exacerbar a solidão, os desafios para a manutenção do contato em comunidade e sintomas físicos das pessoas idosas hospitalizadas<sup>(10-12)</sup>.

Deve-se ponderar que a hospitalização é vista como um acontecimento não satisfatório para o paciente, pois proporciona alterações de hábitos e distanciamento do círculo familiar e social. Para as pessoas idosas, os impactos negativos da hospitalização podem ser ainda mais acentuados, já que quase sempre ficam restritas ao leito e podem conviver com a sensação de proximidade com a morte, com infecções hospitalares, polifarmácia e redução da capacidade funcional<sup>(13)</sup>.

Considerando, portanto, que há evidência de

alguns impactos positivos das AAVDs na saúde das pessoas idosas<sup>(14)</sup>, torna-se necessário estudar se existe associação de variáveis biossociodemográficas com essas atividades, de modo a contribuir para um melhor planejamento da assistência à pessoa idosa hospitalizada.

Nesse contexto, o presente trabalho objetivou avaliar a relação entre as características biossociodemográficas e atividades avançadas de vida diária em pessoas idosas hospitalizadas.

## Métodos

Esta pesquisa caracteriza-se como transversal e seguiu as diretrizes do instrumento *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Realizou-se nas unidades referentes à internação em unidades de clínica médica e de clínica cirúrgica de um hospital universitário, situado no sul do estado de Minas Gerais, Brasil, entre março e maio de 2022.

Para estimar o tamanho amostral, foram incluídos dez participantes por item da Escala de AAVDs, a qual é formada por 20 itens<sup>(15)</sup>. Desse modo, a quantidade de participantes deste trabalho foi de 200 pessoas idosas hospitalizadas. A amostragem foi não probabilística, por conveniência. No primeiro momento, os pesquisadores fizeram contato com os enfermeiros responsáveis pelas unidades de internação para o agendamento do trabalho de campo. Nas datas agendadas para a coleta de dados, a equipe de enfermagem contribuiu para a busca ativa dos possíveis participantes do estudo.

Foram incluídas pessoas idosas com 60 anos ou mais, hospitalizadas há no mínimo 48 horas com a permanência da condição cognitiva (estimada pelo Questionário de Avaliação do Estado Mental), uma vez que estudos argumentam a influência da cognição na realização das AAVDs<sup>(16-17)</sup>. Foram excluídos os pacientes internados em situações de fragilidade com comprometimento de sinais vitais (hipotensão e hipertensão) e com menos de 24 horas de internação na referida instituição de saúde.

Após o consentimento em participar do estudo, as pessoas idosas foram entrevistadas em um lugar reservado, silencioso, com privacidade e sem interrupções (consultório, sala de aula, sala de reunião, leito). É importante mencionar que, antes da coleta de dados, aconteceram reuniões com a diretoria do hospital universitário, assim como com os enfermeiros das unidades de internação, para se obter anuência à realização da pesquisa, bem como para explicar e tornar o grupo de trabalho sensível quanto ao objetivo da pesquisa e à necessidade de participação da instituição.

Utilizaram-se os seguintes instrumentos de pesquisa: 1) Questionário de Avaliação do Estado Mental, 2) Instrumento de Caracterização Biossociodemográfica e de Saúde e 3) Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária<sup>(16-17)</sup>.

O Questionário de Avaliação do Estado Mental é formado por dez perguntas que analisam brevemente a condução espaçotemporal e a capacidade mnemônica para eventos tardios. Seu uso é amplamente recomendado como forma de triagem de casos para posterior avaliação mais detalhada<sup>(9)</sup>. Logo, é fundamental clarificar que o questionário foi utilizado apenas para detectar determinada alteração cognitiva que impedisse o indivíduo de participar do estudo e não tinha a pretensão de caracterizar a cognição dos participantes.

O Instrumento de Caracterização Biossociodemográfica e de Saúde baseou-se no *Brazil Old Age Schedule* (BOAS)<sup>(18)</sup>, no questionário do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE)<sup>(19)</sup> e no instrumento de coleta de dados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil)<sup>(20)</sup>. É composto pelas seguintes variáveis: idade, gênero, escolaridade, estado conjugal, renda familiar, percepção do estado atual de saúde, doença crônica, incapacidade física e prática de atividade física regular antes da hospitalização — todas essas condições, autorreferidas pelas pessoas idosas.

A Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária é fruto do trabalho realizado pelo primeiro autor

da presente pesquisa, após vasta revisão de literatura, somada a sua ampla experiência com o tema<sup>(17,21)</sup>. É constituída por 20 itens, divididos em quatro domínios: Domínio 1 – Atividades Sociais (7 itens); Domínio 2 – Atividades de Lazer (8 itens); Domínio 3 – Atividades Intelectuais (2 itens); e Domínio 4 – Atividades Religiosas (3 itens). Como resposta, há as seguintes alternativas: Nunca fiz (1 ponto); Parei de fazer (2 pontos); e Faço (3 pontos).

Nesse contexto, a pontuação mínima da Escala global corresponde a 20; e a máxima, a 60 pontos — sabendo-se que a maior pontuação revela melhores práticas de AAVDs, e as menores refletem a situação inversa. Ressalta-se que as investigações sobre essas atividades geralmente utilizam questionários construídos pelos próprios autores dos estudos com base na revisão de literatura, devido à incipiência de instrumentos validados sobre o tema, elevado contexto de subjetivação atrelado a essas atividades, além da falta de um consenso no tocante aos protocolos ideais de avaliação, visto que este é um conceito novo<sup>(22)</sup>. Após a obtenção dos dados, estes foram digitados, conferidos de modo independente por dois auxiliares de atividades técnicas em pesquisa e analisados por meio do SPSS 21.0.

Os dados coletados neste estudo foram avaliados mediante a estatística descritiva (frequência relativa, média e desvio-padrão). Da estatística inferencial, aplicaram-se os testes não paramétricos de Mann-Whitney e também testes de comparações múltiplas de Kruskal-Wallis e Tukey. Destaca-se que os testes não paramétricos foram indicados após resultados advindos do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, que apontaram tendência não normal.

Adicionalmente, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman ( $r$ ), tendo sido a forma de se quantificar o grau de associação entre variáveis. Assim, adotou-se como pontos de corte:  $r$  menor que 0,40 para correlação fraca;  $r$  entre 0,40 e 0,69 para correlação moderada;  $r$  maior que 0,69 para correlação forte. O nível de significância adotado para todas as associações correspondeu a 5% ( $p < 0,05$ ).

Com relação aos aspectos éticos do presente trabalho, este recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos com número de parecer consubstanciado nº 2.734.851/2018. Foram considerados e respeitados, portanto, os preceitos ligados à ética da pesquisa que envolve seres humanos, conforme a Resolução 466/12.

## Resultados

Dentre os 200 participantes incluídos, a maioria era do gênero feminino (56%); com ensino fundamental incompleto (47,5%); casados (37,5%); possuidores de uma renda na família de no máximo um salário mínimo (61,5%). A média de idade das pessoas idosas hospitalizadas foi de 78,8 anos (desvio padrão [DP] = 6,2).

Analisando a autoavaliação da saúde, 43,5% a classificaram com o conceito “boa”. Adicionalmente, 77,5% disseram ser acometidos por doença crônica. Já 72,5% negaram ter incapacidade física, e a maioria (70,5%) afirmou que não realizava atividade física.

A Tabela 1 destaca a correlação entre a idade e as AAVDs dos participantes do estudo. Nesta, evidencia-se que todas os domínios (Atividades Sociais ( $p=0,024$ ), Atividades de Lazer ( $p=0,004$ ), Atividades Intelectuais ( $p=0,017$ ), Atividades Religiosas ( $p=0,047$ ) e o escore total ( $p < 0,001$ ) foram significantes e com coeficientes negativos, ou seja, quanto maior a idade, menores os escores nos domínios e no total das atividades avançadas de vida diária.

**Tabela 1** – Associação entre a idade e as atividades avançadas de vida diária dos participantes do estudo ( $n=200$ ). Pouso Alegre, MG, Brasil, 2022

| Domínio                                       | $r$ (p-valor)*  |
|---|-----------------|
| Atividades Sociais                            | -0,160 (0,024)  |
| Atividades de Lazer                           | -0,205 (0,004)  |
| Atividades Intelectuais                       | -0,169 (0,017)  |
| Atividades Religiosas                         | -0,140 (0,047)  |
| Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária | -0,247 (<0,001) |

\*Significância estatística pelo coeficiente de correlação de Spearman ( $p < 0,05$ )

A Tabela 2 representa associação entre o perfil biossociodemográfico e as atividades avançadas de vida diária. Em relação ao gênero, os homens obtiveram maiores escores em Atividades de Lazer (p=0,046) e Atividades Intelectuais (p=0,002); e as mulheres, em Atividades Religiosas (p=0,001).

As variáveis “renda familiar”, “incapacidade física” e “atividade física” se associaram significativamente com o escore global da Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária. Todas as variáveis biossociodemográficas estiveram significativamente associadas com o domínio Atividades de Lazer da Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária.

Na Tabela 3, visualiza-se a evidência de que a variável escolaridade esteve associada com os domínios Atividades Sociais e Atividades Intelectuais. A variável “percepção do estado de saúde” foi associada a Atividades de Lazer e Atividades Religiosas da Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária. As pessoas idosas que compreenderam a própria saúde como ótima tiveram melhor desempenho global nas AAVDs. As variáveis “nível de educação” e “percepção das condições de saúde” estiveram associadas com o escore global da escala de AAVDs; e com Atividades de Lazer e Atividades Religiosas.

**Tabela 2** – Associação entre o perfil biossociodemográfico e as atividades avançadas de vida diária dos participantes do estudo (n=200). Pouso Alegre, MG, Brasil, 2022

| Variáveis                       | Média e desvio-padrão      |                             |                                |                              | Escore global (20-60)* |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------|
|                                 | Atividades Sociais (7-21)* | Atividades de Lazer (8-24)* | Atividades Intelectuais (2-6)* | Atividades Religiosas (3-9)* |                        |
| Gênero                          |                            |                             |                                |                              |                        |
| Masculino                       | 15,6 (2,7)                 | 12,7 (2,5)                  | 4,2 (1,6)                      | 6,9 (1,5)                    | 39,4 (6,1)             |
| Feminino                        | 15,2 (2,5)                 | 12,0 (2,1)                  | 3,5 (1,5)                      | 7,5 (1,3)                    | 38,3 (5,3)             |
| p-valor                         | 0,234                      | 0,046 <sup>†</sup>          | 0,002 <sup>†</sup>             | 0,001 <sup>†</sup>           | 0,272                  |
| Renda familiar (salário mínimo) |                            |                             |                                |                              |                        |
| Até 1                           | 14,9 (2,4)                 | 12,0 (2,2)                  | 3,4 (1,6)                      | 7,1 (1,3)                    | 37,5 (5,1)             |
| > 1                             | 16,2 (2,8)                 | 12,8 (2,4)                  | 4,4 (1,4)                      | 7,4 (1,5)                    | 40,8 (6,0)             |
| p-valor                         | <0,001 <sup>†</sup>        | 0,013 <sup>†</sup>          | <0,001 <sup>†</sup>            | 0,140                        | <0,001 <sup>†</sup>    |
| Doença crônica                  |                            |                             |                                |                              |                        |
| Sim                             | 15,2 (2,5)                 | 12,2 (2,3)                  | 3,7 (1,5)                      | 7,3 (1,3)                    | 38,4 (5,5)             |
| Não                             | 16,0 (2,9)                 | 13,0 (2,2)                  | 4,1 (1,8)                      | 7,2 (1,6)                    | 40,2 (6,0)             |
| p-valor                         | 0,056                      | 0,023 <sup>†</sup>          | 0,193                          | 0,757                        | 0,069                  |
| Incapacidade física             |                            |                             |                                |                              |                        |
| Sim                             | 13,7 (1,7)                 | 11,5 (1,9)                  | 3,1 (1,3)                      | 6,6 (1,2)                    | 35,0 (3,9)             |
| Não                             | 16,1 (2,6)                 | 12,7 (2,4)                  | 4,1 (1,6)                      | 7,5 (1,4)                    | 40,3 (5,6)             |
| p-valor                         | <0,001 <sup>†</sup>        | 0,002 <sup>†</sup>          | <0,001 <sup>†</sup>            | <0,001 <sup>†</sup>          | <0,001 <sup>†</sup>    |
| Atividade física                |                            |                             |                                |                              |                        |
| Sim                             | 16,4 (2,6)                 | 12,8 (2,2)                  | 4,2 (1,7)                      | 7,6 (1,5)                    | 41,0 (5,2)             |
| Não                             | 15,0 (2,5)                 | 12,1 (2,3)                  | 3,7 (1,5)                      | 7,1 (1,3)                    | 37,8 (5,6)             |
| p-valor                         | <0,001 <sup>†</sup>        | 0,012 <sup>†</sup>          | 0,058                          | 0,020 <sup>†</sup>           | <0,001 <sup>†</sup>    |

\*Escore mínimo e máximo possível; <sup>†</sup>Significância estatística pelo teste de Mann-Whitney (p<0,05)

**Tabela 3** – Associação entre perfil biossociodemográfico e atividades avançadas de vida diária de pessoas idosas hospitalizadas (n=200). Pouso Alegre, MG, Brasil, 2022

| Variáveis              | Média e desvio-padrão      |                             |                                |                              | Escore global (20-60)* |
|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------|
|                        | Atividades Sociais (7-21)* | Atividades de Lazer (8-24)* | Atividades Intelectuais (2-6)* | Atividades Religiosas (3-9)* |                        |
| Estado conjugal        |                            |                             |                                |                              |                        |
| Casado                 | 15,6 (2,6)                 | 12,5 (2,7)                  | 4,1 (1,5)                      | 7,3 (1,4)                    | 39,4 (6,2)             |
| Solteiro               | 15,9 (2,5)                 | 12,3 (1,7)                  | 3,6 (1,7)                      | 7,3 (1,5)                    | 39,2 (4,5)             |
| Viúvo                  | 14,9 (2,6)                 | 12,1 (2,1)                  | 3,4 (1,6)                      | 7,2 (1,3)                    | 37,6 (5,3)             |
| Divorciado             | 15,7 (2,9)                 | 12,7 (2,3)                  | 4,3 (1,5)                      | 7,1 (1,5)                    | 39,7 (6,2)             |
| p-valor                | 0,382                      | 0,682                       | 0,052                          | 0,866                        | 0,193                  |
| Escolaridade           |                            |                             |                                |                              |                        |
| Nenhuma                | 14,4(1,6)‡                 | 11,8 (1,7)                  | 2,3 (0,9)‡                     | 7,0 (1,2)                    | 35,4 (3,2)             |
| Fundamental incompleto | 15,3 (2,8)                 | 12,5 (2,5)                  | 4,0 (1,5)‡                     | 7,2 (1,4)                    | 39,0 (5,8)             |
| Fundamental completo   | 16,1 (2,6)‡                | 12,2 (2,3)                  | 4,3 (1,4)‡                     | 7,7 (1,4)                    | 40,3 (5,9)             |
| Médio e superior       | 15,9 (3,0)                 | 13,4 (1,9)                  | 4,6 (1,7)‡                     | 7,0 (1,5)                    | 40,9 (6,0)             |
| p-valor                | 0,028†                     | 0,062                       | <0,001†                        | 0,088                        | <0,001†                |
| Percepção de saúde     |                            |                             |                                |                              |                        |
| Ótima                  | 16,7 (3,3)                 | 13,9 (2,5)‡                 | 4,6 (1,5)                      | 7,8 (1,3)‡                   | 43,0 (6,6)‡            |
| Muito boa              | 15,5 (2,7)                 | 12,4 (2,2)                  | 3,7 (1,7)                      | 7,5 (1,4)                    | 39,0 (6,2)             |
| Boa                    | 15,6 (2,6)                 | 12,6 (2,4)                  | 4,0 (1,6)                      | 7,4 (1,4)                    | 39,5 (5,5)             |
| Regular                | 15,0 (2,4)                 | 11,9 (2,0)                  | 3,6 (1,5)                      | 6,8 (1,3)‡                   | 37,2 (4,8)‡            |
| Ruim/péssima           | 14,6 (2,5)                 | 11,2 (1,7)‡                 | 3,2 (1,4)                      | 6,6 (1,4)‡                   | 35,6 (4,6)‡            |
| p-valor                | 0,275                      | 0,022†                      | 0,100                          | 0,009†                       | 0,002†                 |

\*Escore mínimo e máximo possível; †Significância estatística pelo teste de Kruskal-Wallis (p<0,05); ‡Significância estatística pelo teste de Tukey (p<0,05)

## Discussão

Os resultados replicaram os de outros estudos realizados com pessoas idosas, mostrando que, quanto maior a idade, menores as AAVDs; indica-se que tais atividades tendem a reduzir ao longo do envelhecer humano em razão de possíveis questões biológicas que acarretam disfunções de saúde com maior frequência<sup>(17)</sup>. No Nordeste do Brasil, pessoas idosas com faixas etárias mais altas apresentaram menor nível de independência para as atividades básicas, para as instrumentais e para as avançadas de vida diária<sup>(3)</sup>.

A variável “gênero” esteve significativamente associada com os domínios Atividades de Lazer, Atividades Intelectuais e Atividades Religiosas, sendo que tanto os homens idosos quanto as mulheres alcançaram elevada pontuação no domínio Atividades Religiosas. A religiosidade é fenômeno presente na vida da população, principalmente entre os mais idosos,

em que ocupa um papel de destaque ao contribuir para a explicação do significado da vida. Com isso, altos níveis de religiosidade estão relacionados a condições mais baixas de depressão em adultos com idade mais avançada quando comparados àqueles com menos idade<sup>(22)</sup>.

No contexto do envelhecimento, a religiosidade colabora para a sensação de bem-estar, reduz os níveis de angústia, de inutilidade e proporciona o desenvolvimento de resiliências diante das situações adversas comuns ao envelhecimento, como vulnerabilidade fisiológica, comorbidade, isolamento social, perda de ente querido, hospitalização e violência. Ela leva ao entendimento de que o processo de envelhecimento é algo positivo pelo qual as pessoas deveriam passar, entendendo de forma mais positiva o significado da própria vida. No processo de hospitalização, por exemplo, as pessoas idosas tendem a se encontrar mais sensíveis e vulneráveis e, muitas vezes, acabam

recorrendo à religiosidade para o enfrentamento da doença<sup>(23)</sup>.

Há associação entre espiritualidade/práticas religiosas e síndromes geriátricas. Escores mais baixos para “assiduidade em missa e comunhão” foram associados com fragilidade<sup>(12)</sup>. Esses resultados parecem ser importantes para sustentar os benefícios das práticas religiosas entre as pessoas idosas hospitalizadas, pois tal atividade pode de alguma forma colaborar na recuperação da saúde e na promoção do bem-estar psicoespiritual durante a internação. Além disso, as práticas religiosas também podem gerar benefícios na saúde mental desses indivíduos.

Renda familiar, incapacidade física, prática de atividade física, escolaridade e percepção do estado de saúde foram variáveis que estiveram associadas com o escore global da Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária. Esse achado é congruente com outros estudos realizados com pessoas idosas<sup>(7,18)</sup>, ratificando a necessidade de detecção e manejo de condições biossociodemográficas que possam comprometer a realização de AAVDs nessa faixa etária.

Sabe-se que o processo de envelhecimento suscita distintas alterações anatômicas e fisiológicas. Ademais, modificações cognitivas e comportamentais podem estar presentes nessa população. Nesse sentido, segundo pesquisa, a prática de atividade física regular proporciona às pessoas idosas envelhecerem saudáveis e com autonomia, resultando em melhor qualidade de vida e em independência nas atividades avançadas diárias<sup>(24)</sup>.

A percepção da saúde pelos idosos está diretamente ligada à satisfação com a vida, a qual é uma notável contrapartida da capacidade física, pois conglomeram a adição dos fatores de saúde e aspectos considerados essenciais para a pessoa idosa, que impactam o bem-estar e as atividades avançadas de vida diária<sup>(2)</sup>.

Com relação à renda, pesquisa identificou que o poder aquisitivo é considerado um preditor na melhor execução das AAVDs nas pessoas idosas, o que é corroborado pelos resultados da presente pesquisa.

A rentabilidade permite ao idoso acesso a distintas atividades de lazer e sociais, bem como permite o investimento em sua formação escolar<sup>(4)</sup>. Arelado a isso, evidencia-se que o nível de escolaridade, especificamente o ensino médio e superior, permitiu melhores resultados no tocante às Atividades Intelectuais e ao escore total de AAVD.

Enfatiza-se que, das nove variáveis biossociodemográficas do presente estudo, sete estiveram estatisticamente associadas com o Domínio 2 (Atividades de Lazer) da Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária. Esse domínio corresponde ao desempenho de atividades consideradas importantes e que contribuem para o relaxamento, autorrealização, entretenimento, recreação, prazer e desenvolvimento pessoal dos idosos. Desse modo, realizar atividades de lazer nos momentos em que se encontra sozinho pode cooperar na redução dos efeitos negativos da hospitalização; torna-se uma alternativa para completar o tempo disponível, instigando a inter-relação com todos que estão a sua volta (profissionais da saúde e demais pacientes), entre outras vantagens<sup>(10)</sup>.

Pessoas idosas com idade superior a 65 anos mais ativas em atividades de lazer evidenciaram melhor satisfação com a autoestima e menor pontuação nos escores de sintomas depressivos. Portanto, essas recreações desempenham papel fundamental no bem-estar e indicam melhor estado de saúde física e mental<sup>(22)</sup>. Porém, quando se trata da pessoa idosa hospitalizada, não há muitas evidências científicas sobre atividades que possam ser implementadas nos ambientes hospitalares<sup>(25-27)</sup>.

A forma de ingresso da pessoa idosa em um hospital é um momento conveniente para identificar as atividades de lazer que são efetuadas pelo paciente em casa e que seriam interessantes de ser continuadas no ambiente hospitalar. Atividades simples como o uso de revistas, jogos, livros, materiais para crochê, rádio, dentre outros dispositivos eletrônicos, podem ser utilizadas para amenizar os efeitos da internação e proporcionar lazer às pessoas idosas hospitalizadas<sup>(10)</sup>.

Cabe à equipe de saúde avaliar a pessoa idosa durante a hospitalização objetivando aplicar medidas para reduzir suas incapacidades, além de evitar a perda da capacidade funcional<sup>(28)</sup>, por meio de assistência que siga os princípios da gerontologia. Tais princípios consideram a realização de AAVDs (p.ex., estímulo intelectual por meio de jogos variados) e atividades culturais (p.ex., oficinas de arte e de música) quando possível. Ainda, ressalta-se que os hospitais e as pessoas possuem características singulares, sendo preciso ponderar as intervenções referentes às atividades sociais, de lazer, intelectuais e religiosas diante das realidades específicas.

## Limitações do estudo

Uma limitação da presente pesquisa é o fato de ser transversal, o que não permitiu estabelecer causalidade entre as variáveis biossociodemográficas e as AAVDs. Outra limitação está relacionada à não inclusão de algumas variáveis clínicas, tais como: diagnóstico médico principal e total de dias de internação hospitalar. Além disso, a escassez de estudos sobre tais atividades em pessoas idosas hospitalizadas dificultou a comparabilidade dos achados desta pesquisa.

No entanto, o presente trabalho é pioneiro. Devido às poucas evidências da temática relacionadas ao público proposto, sugere-se maior valorização das AAVDs entre as pessoas idosas hospitalizadas.

## Contribuições para a prática

Por mais que já tenhamos avançado consideravelmente no campo da práxis em saúde, disseminando discursos de assistência integral e holística, ainda é preciso compreender que a pessoa idosa hospitalizada também necessita de incentivo para realização das atividades avançadas de vida diária em ambiente hospitalar. Foca-se em queixas patológicas pontuais e esquece-se de que o estímulo às atividades, mesmo que dentro do ambiente hospitalar, é um potencial recurso terapêutico não farmacológico, podendo auxi-

liar na recuperação, na cura e, conseqüentemente, na alta hospitalar.

## Conclusão

Conclui-se que, quanto maior a idade do idoso, pior o impacto nas atividades avançadas de vida diária, especificamente nos domínios de Atividades Sociais, Atividades de Lazer, Atividades Intelectuais e Atividades Religiosas. Evidenciou-se também que os homens apresentaram melhor desempenho nas atividades de lazer e intelectuais, enquanto as mulheres, nas atividades religiosas.

Em relação à renda familiar, à incapacidade física e à atividade física, destaca-se associação com o escore global da Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária. Todos os elementos biossociodemográficos estiveram significativamente associados com o domínio Atividades de Lazer da Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária.

## Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: Silva JV, Domingues EAR, Orlandi FS, Souza Júnior EV, Machado DR.

Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Silva JV, Domingues EAR, Machado DR.

Aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte do manuscrito a serem investigadas e resolvidas: Silva JV, Domingues EAR, Orlandi FS, Souza Júnior EV, Machado DR.

## Referências

1. Heberle I, Tonelli DC, Benedetti TB, Delevatti RS. Similar functional capacity and handgrip strength of trained elderly women with and without type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. *Complement Ther Clin Pract.* 2021;43:e101318. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101318>



2. Boccaccio DE, Cenzer I, Covinsky KE. Life satisfaction among older adults with impairment in activities of daily living. *Age Ageing*. 2021;50(6):2047-54. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afab172>
3. Araújo GKN, Souto RQ, Alves FAP, Sousa RCR, Ceballos AGC, Santos RC, et al. Functional capability and associated factors in the elderly living in the community. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(3):312-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900043>
4. Tavares DMS, Lazarini FL, Marmo FAD, Marchiori GF, Oliveira JM, Rodrigues FR. Advanced activities of daily living among the elderly: predictive factors. *Rev Eletr Enferm*. 2019;21:1-8. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.53681>
5. Nunes DP, Brito TRP, Giacomini KC, Duarte YAO, Lebrão ML. Performance pattern of activities of daily living for older adults in the city of São Paulo in 2000, 2006, and 2010. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21:e180019. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180019>
6. Silva VD, Tribess S, Meneguci J, Sasaki JE, Garcia-Meneguci CA, Carneiro JOA, et al. Association between frailty and the combination of physical activity level and sedentary behavior in older adults. *BMC Public Health*. 2019;19(1):709. doi: <http://doi.org/10.1186/s12889-019-7062-0>
7. Zhang Q, Wu Y, Han T, Liu E. Changes in Cognitive Function and Risk Factors for Cognitive Impairment of the Elderly in China: 2005-2014. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;9(16):e2847. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16162847>
8. Krug RR, Orsi E, Xavier AJ. Association between use of internet and the cognitive function in older adults, populational longitudinal study EpiFloripa Idoso. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:e190012. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190012>
9. Brandebusque J, Cipolli G, Alonso V, Arbex F, Batistoni S, Melo R, et al. Enriquecimento intelectual ao longo da vida e AAVDs: dados do Estudo Fibra. *Psicol Saúde Doenças*. 2020;21(3):909-19. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210330>
10. Adam-Castelló P, Sosa-Palanca EM, Celda-Belinchón L, García-Martínez P, Mármol-López MI, Saus-Ortega C. Leisure programmes in hospitalised people: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4):3268. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20043268>
11. Duarte FM, Wanderley KS. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermagem geriátrica. *Psicol Teor Pesqui*. 2011;27(1):49-53. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000100007>
12. Avelar-González AK, Bureaus-Chávez M, Durón-Reyes D, Mondragón-Cervantes MI, Jiménez-Acosta YC, Leal-Mora D, et al. Spirituality and religious practices and its association with geriatric syndromes in older adults attending to a geriatric's clinic in a university hospital. *J Relig Health*. 2020;59(6):2794-806. doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-00990-0>
13. Sampaio LBF, Moreira ACA, Oliveira FES, Teixeira LX, Goyanna NF, Sousa VLP. Perfil epidemiológico e clínico de idosos hospitalizados no setor de emergência. *Enferm Foco*. 2020;11(3):161-9. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2988>
14. Ribeiro CC, Borim FSA, Batistoni SSST, Cachioni M, Neri AL, Yassuda MS. Purpose in life and performance of advanced activities of daily living among the oldest old. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2022;22(5);e210216. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210216.en>
15. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes; 2017.
16. Souto JF, Ribeiro PCC, Souza LF. Atividades avançadas de vida diária: Revisão de uma medida da capacidade funcional do idoso. *Rev Kairós*. 2017;16(20):407-25. doi: <https://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i3p407-425>
17. Dias EN, Silva JV, Pais-Ribeiro JL, Martins T. Validation of the advanced activities of daily living scale. *Geriatr Nurs*. 2019;40(1):7-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.05.008>
18. Reiners AAO, Azevedo RCS, Cardoso JDC, Espinosa MM, Santana AZR. Dissatisfaction with life and associated factors in older community-dwelling adults. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(6):e190236. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.190236>
19. Machado DR, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(3):1119-28. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020253.19232018>

20. Lima-Costa MF, Andrade FB, Souza Junior PRB, Neri AL, Duarte YAO, Costa EC, et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): objectives and design. *Am J Epidemiol.* 2018;187(7):1345-53. doi: <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>
21. Silva JV, Baptista MN. Vitor Quality of Life Scale for the elderly: construction. *Arch Gerontol Geriatr Res.* 2019;4(1):1-8. doi: <http://doi.org/10.17352/aggr.000007>
22. Stearns M, Nadorff DK, Lantz ED, McKay IT. Religiosity and depressive symptoms in older adults compared to younger adults: Moderation by age. *J Affect Disord.* 2018;238:522-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.076>
23. Nery BLS, Cruz KCT, Faustino AM, Santos CTB. Vulnerabilities, depression, and religiosity in the elderly hospitalised in an emergency unit. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2016-0073. doi: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0184>
24. Coelho-Ravagnani CF, Sandreschi PF, Piola TS, Santos L, Santos DL, Mazo GZ, et al. Atividade física para idosos: Guia de Atividade Física para a População Brasileira. *Rev Bras Ativ Fís Saúde [Internet].* 2021 [cited Feb 11, 2023];26:1-8. Available from: <https://www.rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14565>
25. Michèle J, Guillaume M, Alain T, Nathalie B. Social and leisure activity profiles and well-being among the older adults: a longitudinal study. *Aging Ment Health.* 2017;23(1):77-83. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1394442>
26. Kim J, Lee J, Ko MJ, Oh SM. Leisure, Mental Health, and Life Satisfaction among Older Adults with Mild Cognitive Impairment. *Am J Health Behav.* 2022;1(4):477-87. doi: <https://doi.org/10.5993/AJHB.46.4.8>
27. Sousa CCB, Baquit JAND, Ferreira KPM. A viagem a lazer como experiência (trans)formadora para idosos. *Rev Subj.* 2019;19:e9224. doi: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i2.e9224>
28. 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>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons