

PERFIL DE FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE DE IDOSOS

Gylce Eloisa Cabreira Panitz Cruz¹; Eduardo Sérgio da Silva¹

¹Docentes da Universidade Federal de São João Del Rei, gylcepanitz@ufs.br; silvaedu@ufs.br

RESUMO

Objetivo: identificar na percepção das pessoas com 60 ou mais anos de idade, os determinantes da dimensão de capacidade e incapacidade para as AVDs e AIVDs. **Método:** estudo descritivo transversal, com abordagem quantitativa, baseado no inquérito observacional com pessoas de 60 anos ou mais de idade, matriculados na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade Federal de São João Del Rei-UFSJ- MG-Brasil. Está sendo aplicado o instrumento *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*, Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde, traduzido para o português, versão composta por 12 perguntas, administrado por entrevistador e auto-administrado. Uma escala transcultural, prática e genérica de avaliação percebida, associada à condição de saúde nos 30 dias que antecedem sua aplicação, que proporciona um perfil e uma medida geral de funcionalidade e incapacidade de seis domínios de vida: Está sendo aplicado o instrumento *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*, Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde, traduzido para o português, versão composta por 12 perguntas, administrado por entrevistador e auto-administrado. Uma escala transcultural, prática e genérica de avaliação percebida, associada à condição de saúde nos 30 dias que antecedem sua aplicação, que proporciona um perfil e uma medida geral de funcionalidade e incapacidade de seis domínios de vida; Cognição, Mobilidade, Autocuidado, Relações interpessoais, Atividades de vida e Participação. Para a análise absoluta e relativa dos dados coletados, está sendo utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 e, que identifica as variáveis que caracterizam os aspectos sociais e demográficos, por estatística descritiva (média, desvio padrão e frequência simples das variáveis contínuas). Conforme indicado no manual do WHODAS 2.0.. A consistência interna dos dados está sendo tratada estatisticamente pelo alfa de Cronbach (α), que varia entre 0 e 1, recomendado pela OMS e o teste Qui-quadrado de Pearson e Mann Whitney para a associação das variáveis independentes, sendo também estabelecido o nível de significância para o valor de $p < 0,05$. **Resultados e Discussões:** dos 290 alunos idosos foram entrevistados até o momento, 22,06% (64) com idade entre 60 e 83 anos, uma média para idade 68,95 anos e de 8,7 anos de estudo, com um intervalo de confiança de 95%. Sendo 53,12% (34) do sexo feminino, 60,93% (39) de viúvos e 39,06% (25) de casados. 98,43% (63) se declararam aposentados e um trabalhava e não tinha aposentadoria. Na autoavaliação da condição em que vivem no momento da entrevista 100% (64) se declararam independentes na comunidade. Estudos postulam dados pertinentes aos observados: **Conclusões:** Para esta amostra coletada nesta fase inicial da coleta de dados, por se tratar de dados parciais os resultados ainda não foram submetidos na análise estatística robusta. Ressaltamos que até o momento neste grupo de idosos observados, não identificamos, um perfil muito diferente em relação a população idosa no geral avaliada em outros estudos com o WHODAS 2.0 versão 12 itens e instrumentos similares. **Palavras-chaves:** funcionalidade, incapacidade, idoso

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um destaque no mundo e um dos maiores triunfos da humanidade. Conquistar a terceira idade, implica hábitos saudáveis determinantes para a obtenção de qualidade de vida. Neste sentido, o envelhecimento é um processo irreversível, vivenciado por diferentes experiências individuais que demarcada por alterações metabólicas, psicológicas e funcionais as vezes incapacitam as atividades da vida diária das pessoas.¹⁻²

O gênero, padrão de saúde, ambiente, vida social, reeducação alimentar e a prática de exercícios físicos, são variáveis determinantes, que resultam em menores índices de incapacidades para as atividades de vida diária, depressão e solidão e melhoram a coordenação motora e a função cognitiva, além de sustentar por mais tempo de vida a independência e a autonomia dos idosos.³⁻⁷

Nesse raciocínio, a saúde do idoso é determinada pela resposta harmoniosa dos domínios cognitivos, do humor, da mobilidade e da comunicação, e devem ser avaliados com rotina na consulta Geriátrica e Gerontológica.⁷⁻⁸

A cognição entende-se como a capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano. É constituída por um conjunto de funções corticais, formadas pela memória (capacidade de armazenamento de informações); função executiva (capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento e monitoramento de tarefas complexas); linguagem (capacidade de compreensão e expressão da linguagem oral e escrita); praxia (capacidade de executar um ato motor); gnosia (capacidade de reconhecimento de estímulos visuais, auditivos e táteis); função visuoespacial (capacidade de localização no espaço e percepção das relações dos objetos entre si).⁸

O humor é a motivação necessária para os processos mentais. A mobilidade é a capacidade de deslocamento do indivíduo. Depende da postura/marcha, da capacidade aeróbica e da continência esfinteriana e a comunicação é a capacidade de estabelecer relacionamento produtivo com o meio pela habilidade de se comunicar, que depende de visão, audição e fala.⁸

A saúde do idoso, portanto, interage a partir da condição da funcionalidade global, com a capacidade de administrar e proteger sua vida. Mesmo que este idoso possa apresentar dependência, ele terá condições de desenvolver atividades cognitivas, sociais e de trabalho.⁹⁻¹²

Ser um idoso ativo, depende dos riscos e oportunidades que experimentamos durante a vida, mas também da maneira como a sociedade e os governos irão oferecer ajuda mútua. Manter a autonomia e a independência é garantir a funcionalidade e evitar incapacidades.¹³⁻¹⁶

Incapacidades são dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana, em um ou mais domínios de vida, tal como vivenciado pelo indivíduo com determinada condição de saúde em interação com os fatores contextuais e podem ser avaliadas com vários instrumentos específicos ou não.¹⁰⁻¹³

As atividades da vida diária (AVDs) e as atividade instrumentais da vida diária (AIVDs), quando avaliadas servem de parâmetros do grau de autonomia e independência. A autonomia é a capacidade individual de decidir e comandar ações fundamentadas a partir da preservação dos domínios da cognição e

do humor e a independência é a execução que depende diretamente dos domínios da mobilidade e da comunicação.¹³⁻¹⁶ A capacidade funcional dos idosos tem sido avaliada por profissionais e compreende, na verdade, um processo para diagnosticar, de forma multidimensional e interdisciplinar, as condições de saúde e doença do indivíduo, muitas vezes determinadas pela presença ou ausência de incapacidades e estes temas fundamentam a elaboração deste estudo.

Na condição de saúde, mensurá-la é uma atividade complexa, assim como a mensuração da doença. Estar saudável ou doente é uma condição subjetiva que pode não corresponder à perspectiva dos profissionais de saúde. A subjetividade inerente ao processo saúde doença resulta em grande variação na identificação de diagnósticos clínicos e, neste sentido, a utilização de instrumentos padronizados aumenta a concordância entre os profissionais de saúde.^{14,15}

Em suma, este estudo se justifica, porque pretende agregar na literatura um documento acadêmico científico sobre envelhecimento nos parâmetros da multifuncionalidade individual, conforme critérios orientados pela Organização Mundial de Saúde.¹⁴

E embora o conceito de capacidade funcional seja bastante complexo, abrangendo outras definições além das reportadas, na prática trabalhamos com o conceito de capacidade/incapacidade e este é o objetivo desta investigação, identificar na percepção das pessoas com 60 ou mais anos de idade, os determinantes da dimensão de capacidade e incapacidade para as AVDs e AIVDs.¹⁵

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo transversal, com abordagem quantitativa, baseado no inquérito observacional com pessoas de 60 anos ou mais de idade, matriculados na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade Federal de São João Del Rei-UFSJ dos campus da SEDE e do Centro-Oeste (CCO), nos municípios de São João Del Rei e Divinópolis, MG/Brasil, respectivamente, que está sendo desenvolvido no período entre março de 2017 e 2018.

O processo de amostragem com erro amostral de 5% para um nível de confiança de 95%, será definido por conveniência e representada por um grupo de 290 alunos que aceitarem participar da entrevista.

Está sendo aplicado o instrumento *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0), Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde, traduzido para o português, versão composta por 12 perguntas, administrado por entrevistador e auto-administrado. Uma escala transcultural, prática e genérica de avaliação percebida, associada à condição de saúde nos 30 dias que antecedem sua aplicação, que proporciona um perfil e uma medida geral de funcionalidade e incapacidade dos domínios de vida, como: a cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida; participação.⁹⁻¹⁷

O WHODAS 2.0 está fundamentado na estrutura conceitual da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Todos os domínios foram desenvolvidos a partir de um conjunto abrangente de itens da CIF e podem ser mapeados diretamente no componente “Atividade e Participação”.

Como na CIF, o WHODAS 2.0 situa saúde e deficiência em um *continuum*, definindo deficiência como “uma redução em cada domínio de funcionalidade”. Além disso, o WHODAS 2.0, assim como a CIF, é etiologicamente neutro, isto é, independe da doença antecedente ou de condições prévias de saúde. Tal característica possibilita concentrar a atenção diretamente na funcionalidade e deficiência e permite a avaliação da funcionalidade separadamente das condições da doença.¹⁴⁻¹⁵

Assim, após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos da UFSJ-CCO- Divinópolis/MG, Parecer n. 2.167.176, teve início a coleta de dados através da aplicação do instrumento por entrevista previamente agendada com os alunos das UnATIs Todos os idosos alunos da UnATI/UFSJ-SEDE/CCO foram convidados por escrito pela coordenadora deste estudo, que entregou pessoalmente e que também explicou os objetivos e a metodologia do mesmo, bem como a fundamentação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.466/2012, VII.2.

Para a análise absoluta e relativa dos dados coletados, está sendo utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 e, que identifica as variáveis que caracterizam os aspectos sociais e demográficos, por estatística descritiva (média, desvio padrão e frequência simples das variáveis contínuas).

Quanto a pontuação do WHODAS 2.0, está sendo calculada por cada domínio pela soma da pontuação em cada um dos itens desse domínio e o escore total foi transformado num valor entre 0 e 100, conforme indicado no manual do WHODAS 2.0. Quanto maior a pontuação, maior a incapacidade. A consistência interna dos dados está sendo tratada estatisticamente pelo alfa de Cronbach (α), que varia entre 0 e 1, recomendado pela OMS e o teste Qui-quadrado de Pearson e Mann Whitney para a associação das variáveis independentes, sendo também estabelecido o nível de significância para o valor de $p < 0,05$.

Esta pesquisa é financiada pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade de São João Del Rei, (PROEX).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 290 alunos idosos foram entrevistados até o momento, 22,06% (64) com idade entre 60 e 83 anos, uma média para idade 68,95 anos e de 8,7 anos de estudo, com um intervalo de confiança de 95%. Sendo 53,12% (34) do sexo feminino, 60,93%(39) de viúvos e 39,06% (25) de casados. 98,43% (63) se declararam aposentados e um trabalhava e não tinha aposentadoria. Na autoavaliação da condição em que vivem no momento da entrevista 100% (64) se declararam independentes na comunidade. Estudos postulam dados pertinentes aos observados.¹⁵⁻¹⁸

No domínio mobilidade 78,12% (50) idosos se declararam não ter nenhuma dificuldade para ficar em pé por longos períodos e 71,87% (46) não tinham nenhuma dificuldade em andar por longas distâncias.¹⁷⁻¹⁹

No domínio atividade de vida diária, 81,25% (52) disseram não ter nenhuma dificuldade em realizar suas responsabilidades domésticas e 75%(48) em realizar suas atividades diárias de trabalho. 76,56% (49) responderam no domínio cognição que não tinham nenhuma dificuldade de aprender uma nova tarefa e 79,68% (51) em concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos.¹⁷⁻¹⁹

Para o domínio de participação 81,25% (52) disseram não ter nenhuma dificuldade em participar de atividades comunitárias. 75% (48) responderam que não tem nenhuma dificuldade emocional relacionada à sua situação de saúde.¹⁷

No domínio do autocuidado, 93,75% (60) não relataram dificuldade em lavar seu corpo inteiro e 96,87% (62) para vestir-se. Em resposta ao domínio relações interpessoais 84,37% (54) não apresentaram nenhuma dificuldade de lidar com pessoas desconhecidas e para manter uma amizade, 92,18% (59).¹⁷⁻¹⁸

Quando perguntados, sobre os efeitos das dificuldades apresentadas, por quantos dias permaneciam as dificuldades relatadas, nos últimos trinta dias, obteve-se média de 7,6 dias, para 95% de confiança. Frente à pergunta de quantos dias esteve totalmente incapaz de realizar suas atividades por motivo de saúde a média referida foi de 0,67 em um intervalo de confiança de 95%. A média de 7,6 foi evidenciada em resposta a quantos dias foram diminuídas as atividades diárias devido sua condição de saúde.¹⁷⁻¹⁹

CONCLUSÕES

Para esta amostra coletada nesta fase inicial da coleta de dados, por se tratar de dados parciais os resultados ainda não foram submetidos na análise estatística robusta. Ressaltamos que até o momento neste grupo de idosos observados, não identificamos, um perfil muito diferente em relação a população idosa no geral avaliada em outros estudos com o WHODAS 2.0 versão 12 itens e instrumentos similares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreira, RMM, Santos, CES, Couto, ES, Teixeira, JRB & Souza, RMMM. Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. Revista Kairós Gerontologia. 2013 março; 16(2), pp.27-38. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17629/13128>
2. Vicente, FR, Santos, SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis. 2013 Abr-Jun; 22(2): 370-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200013>
3. Ferreira, OGL, Maciel, SC, Costa, SMG, et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis. 2012 Jul-Set; 21(3): 513-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>
4. Campos, ACV, Ferreira, EF, Vargas, AMD. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(7):2221-2237. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.14072014>
5. WHO/NMH/NPH. Active ageing: a policy framework. Geneve: World Health Organization. 2010; 58 p. http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
6. Andrade, DMB, Nery, VAS. Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados C&D-Revista eletrônica da fainor. 2012; Vitória da Conquista, v.5, n.1, p. 130-140. <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/163/123>

7. Kalache, A. & Kickbusch, I. A global strategy for healthy ageing. World Health. (1997) (4) Julho-Agosto, 4-5.
8. Moraes, EN. Marino, M CA, Santos, RR. Principais síndromes geriátricas. Rev. Med. Minas Gerais. Minas Gerais, v. 20, n.1, p. 54-66.jan./mar. 2010. <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/196.pdf>
9. Silveira, C. et al. Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. Re. Assoc. Med. Bras.2013;59(3):234-240. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.11.005>.
10. BRASIL. Dados sobre o envelhecimento no Brasil. Secretaria de Direitos Humanos Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos. Coordenação Geral dos Direitos do Idoso. 2011. <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoBrasil.pdf>. Acesso: 10/10/2015.
11. Di Nubila HB. Uma introdução à CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Rev Bras Saúde Ocup. 2010;35:122-3. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000100013>
12. Mângia, EF. et al. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 121-130, maio/ago. 2008. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i2p121-130>
13. Fialho CB, Costa MFL, Giacomini KC, Loyola AI. Disability and use of health services by the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a population-based study. Cad. Saúde Pública vol.30 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00090913>
14. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Lisboa. 2004. p. 238. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 9 jan.2015.
15. Cruz GECP, Ramos LR. Limitações funcionais e incapacidades de idosos com síndrome de imunodeficiência adquirida Acta Paul Enferm. 2015; 28(5):488-93. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500081>
16. Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al., WHO/NIH Joint Project. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Bull World Health Organ. 2010;88:815-23. 2.<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.09.067231>
17. Moreira A et al. Tradução e validação para português do WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. Rev Port Saúde Pública. 2015;33(2):179-182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.06.003>
18. Konecky B et al. Using the WHODAS 2.0 to assess functional disability associated with mental disorders. The American journal of psychiatry. 2014;171(8):818-820. <https://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14.14050587>
19. Silva C et al. Adaptación y validación del WHODAS 2.0 en usuarios con dolor musculoesquelético. Rev. Saúde Pública vol.47 n.4 São Paulo Aug. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004374>