

Comparação entre a capacidade e desempenho: um estudo sobre a funcionalidade de idosos dependentes¹

Flávia Nunes Machado²

Adriana Nunes Machado³

Sônia Maria Soares⁴

Objetivo: comparar a capacidade e o desempenho para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária em idosos dependentes, atendidos pelo Centro de Referência do Idoso. **Método:** trata-se de estudo transversal, observacional, com abordagem quantitativa. A Medida de Independência Funcional foi aplicada em 109 idosos atendidos em um Centro de Referência do Idoso. Desses, 60 idosos foram classificados como dependentes para as Atividades Básicas de Vida Diária e descritos de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. O processo de triangulação reforçou a fidedignidade dos dados obtidos, no qual se consideram as informações de pacientes e acompanhantes, em conjunto com o prontuário e avaliação objetiva. **Resultados:** a média de idade foi de $81,0 \pm 7,1$, com predominância do sexo feminino. A diferença entre a capacidade e o desempenho foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$) na maioria das tarefas do cotidiano. **Conclusão:** a contribuição deste estudo na utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde foi a interpretação de seus qualificadores de maneira semiquantitativa, o que permitiu comparações e inferências mais objetivas e evidenciou clara distância entre o desempenho e a capacidade desses idosos em grande parte das atividades avaliadas.

Descritores: Idoso; Saúde do Idoso; Atividades Cotidianas; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Enfermagem.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária: um estudo com idosos dependentes" apresentada à Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² MSc, Enfermeira.

³ Médica, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Endereço para correspondência:

Sônia Maria Soares
Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem
Departamento de Enfermagem Básica
Av. Alfredo Balena, 190
Bairro: Santa Efigênia
CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: smssoares.bhz@terra.com.br

Copyright © 2013 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

O aumento da longevidade populacional não implica adiar o surgimento das incapacidades e doenças crônicas. Assim, os anos de vida ganhos aumentaram a proporção de incapacitados e doentes, gerando ônus à família e o crescimento da demanda por hospitais e centros de reabilitação⁽¹⁻³⁾.

A saúde do indivíduo não é definida somente pelas doenças crônicas ou pela integridade física. O fator determinante da saúde na velhice é a independência nas suas tarefas habituais, ou seja, a sua funcionalidade. Um idoso é considerado saudável quando não necessita de nenhum tipo de ajuda ou supervisão para realizar seus afazeres diários, ainda que possua uma ou mais doenças crônicas^(1,3-4).

Na saúde do idoso, a enfermagem tem como função fundamental auxiliar o indivíduo no desenvolvimento de seu potencial para o autocuidado, que deve ser estimulado pelo apoio e envolvimento dos familiares. As atividades mais elementares que se referem ao autocuidado são denominadas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). A independência, na realização das atividades da vida diária, envolve questões de natureza emocional, física e social. A dependência constitui fator de risco para a mortalidade na população idosa, sendo mais relevante do que as próprias doenças que levam a ela^(2,5).

Ferramenta amplamente difundida para a avaliação do desempenho dessas atividades foi desenvolvida na década de 80: a Medida de Independência Funcional (MIF). A MIF é capaz de traçar um perfil sobre a solicitação de cuidados de terceiros que o paciente exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas. Ela verifica o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de 18 tarefas, referentes a subescalas de autocuidado, controle esfinteriano, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social. Sua pontuação varia entre 18 pontos (totalmente dependente) e 126 pontos (independência completa)⁽⁶⁾.

Em uma iniciativa mais recente, e ainda em desenvolvimento, de conceituar a funcionalidade de modo abrangente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2001, coordenou a elaboração da *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). A sua tradução para a língua portuguesa foi realizada em 2003 pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Língua Portuguesa, e intitulada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Se, por um lado, a assistência à saúde do idoso está pautada em sua funcionalidade, por outro, a CIF fornece instrumentos

para descrever essa funcionalidade, por meio de um modelo biopsicossocial^(3,7).

Essa classificação descreve a funcionalidade do indivíduo no ambiente, por meio de suas codificações (que identificam as estruturas e funções do corpo, as atividades e participação e os fatores ambientais), e de seus qualificadores (que apontam a intensidade de sua deficiência ou dificuldade e das barreiras ambientais). De acordo com a terminologia da CIF, a funcionalidade é um termo amplo que engloba as funções e estruturas do corpo, assim como os componentes atividade (execução de uma tarefa) e participação (envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real, representando a perspectiva social da funcionalidade). Os conceitos apresentados na classificação não são apenas uma consequência das condições de saúde e doença; eles também são determinados pelo contexto do meio ambiente físico e social, diferenças culturais e atitudes em relação à deficiência. Esses conceitos desconstruem a ideia de que a incapacidade é somente um problema médico ou é completamente criada pelo meio social^(3,7).

A *capacidade*, de acordo com a CIF, está ligada à aptidão que o indivíduo apresenta para a execução das atividades e participação, considerando-se suas limitações intrínsecas, em um ambiente padronizado. Ela descreve o nível mais elevado de funcionalidade que uma pessoa pode atingir em um ambiente padronizado. Dessa maneira, a capacidade funcional, medida pela MIF e por outras escalas, está relacionada ao constructo de *desempenho* proposto pela CIF, uma vez que ele descreve as atividades e participação que o indivíduo executa rotineiramente. Portanto, essa classificação pode considerar tanto o que é possível fazer em um ambiente padrão, de teste, como o seu desempenho na vida real⁽⁶⁻⁷⁾.

Como um exemplo em que a capacidade supera o desempenho, pode-se citar um idoso hemiplégico que toma banho de aspersão na posição ortostática e o cuidador necessita ensaboá-lo e enxaguá-lo da cabeça aos pés, pois a mão funcionante do idoso é usada como apoio para manter seu equilíbrio em pé. Esse idoso, portanto, é totalmente dependente para desempenhar a atividade banhar-se em seu dia a dia. De outro modo, colocando uma cadeira comum embaixo do chuveiro, ele tomará seu banho sentado e lavará a maior parte ou até mesmo todo seu corpo. Porém, o desempenho no cotidiano também pode superar a capacidade do indivíduo, quando determinada atividade é exercida de forma insegura ou arriscada.

Como as limitações para a realização das atividades cotidianas podem influenciar a qualidade de vida^(2,8), manter o equilíbrio entre o desempenho e a capacidade contribui

para promover a saúde dessa população. Na eventualidade de a capacidade ser maior que o desempenho, a equipe de saúde deve intervir, visando que o idoso melhore o seu estado funcional. Quando o inverso acontece, a função do profissional é orientar quanto ao desempenho seguro das atividades. Os acidentes e traumas, principalmente domésticos, são fatores que, cada vez mais, contribuem para a incapacidade funcional dos idosos⁽⁴⁾.

Essas considerações justificam a busca de soluções que visem a manutenção ou a recuperação do desempenho dos idosos. Com a motivação de preservar a funcionalidade do idoso, este estudo teve como objetivo comparar a capacidade e o desempenho para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) em idosos dependentes, atendidos pelo centro de referência do idoso.

Método

Este estudo transversal, observacional e com abordagem quantitativa, foi desenvolvido no Centro de Referência do Idoso Professor Caio Benjamin Dias (CRI), localizado no Ambulatório Bias Fortes (anexo ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais). O CRI é um serviço de assistência integrada à população idosa e engloba várias especialidades. São atendidos pelo CRI os idosos referenciados pela atenção básica do Sistema Único de Saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para ser encaminhado pela atenção básica, o paciente deve ter idade superior a 80 anos ou ter 60 anos ou mais e possuir uma das seguintes características: polifarmácia, multimorbidade ou demência.

Nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2010, durante o intervalo entre a chegada dos idosos no CRI e o atendimento médico, os idosos e os acompanhantes foram convidados a participar do estudo e, no mesmo local e dia, os dados foram coletados. A estratégia adotada visou a maior aceitação e evitou o desgaste dos entrevistados quanto ao deslocamento de seus respectivos domicílios para o centro de referência, exclusivamente para a realização da pesquisa. A considerável homogeneidade da amostra, tais como a faixa etária e o nível de dependência, contribuiu para o controle dos fatores intrínsecos.

Após a anuência do idoso e de seu acompanhante por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a MIF foi aplicada em 109 idosos. Dentre os indivíduos avaliados, 60 foram classificados como dependentes por terem obtido pontuação entre 5 (supervisão ou preparação) e 1 (assistência total) em pelo menos uma das seguintes tarefas motoras: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir parte superior do corpo,

vestir parte inferior do corpo, uso do vaso sanitário, transferências ou locomoção. Os idosos considerados dependentes para a execução das ABVD prosseguiram no estudo e tiveram as suas atividades e participação classificadas de acordo com a CIF.

Nessa classificação, os constructos do componente atividades e participação foram descritos com dígitos qualificadores e representados pelos números 0 a 4, sendo que o número 0 significa nenhuma dificuldade ou um acometimento de 0 a 4% na funcionalidade; o 1 indica dificuldade leve (5 a 24%); o 2 é igual a uma dificuldade moderada (25 a 49%); o 3 está relacionado a uma dificuldade grave (50 a 95%) e o qualificador 4 é tido como dificuldade completa, compreendendo entre 96 e 100%⁽⁵⁾.

Como a OMS ainda não determinou as características do ambiente-padrão a ser adotado para qualificar a capacidade, ele foi considerado como um ambiente adequado para o desenvolvimento da capacidade do idoso, com ausência de barreiras arquitetônicas e com o incentivo e supervisão de familiares e cuidadores.

Os dados foram coletados por meio das informações do idoso, de seu acompanhante, da avaliação gerontológica registrada em prontuário, da avaliação dos movimentos, coordenação, praxia e compreensão do idoso em obedecer a ordens diretas. A fidedignidade dos dados foi reforçada pelo processo de triangulação, no qual se consideram as informações de pacientes e acompanhantes em conjunto com o prontuário e avaliação objetiva.

A avaliação gerontológica é sistematizada por meio do protocolo de avaliação multidimensional do idoso. O protocolo compreende a identificação do idoso e de sua rede de suporte social; revisão dos sistemas fisiológicos principais; avaliação funcional global das atividades básicas e instrumentais da vida diária e da cognição (incluindo o Miniexame do Estado Mental); aplicação da escala de isquemia de Hachinski; avaliação do humor e aplicação da Escala Geriátrica de Depressão; inventário neuropsiquiátrico; avaliação da mobilidade (marcha, quedas, fraturas e força nos membros superiores); avaliação da comunicação (visão, fala e audição), da saúde bucal, da nutrição; história atual e pregressa; avaliação sociofamiliar; avaliação do cuidador (inventário de sobrecarga); avaliação do ambiente; exames complementares; estimativas gerais (risco de doença arterial coronariana, função renal estimada, índice tornozelo-braquial, risco de acidente vascular encefálico, índice de Chalsion); diagnóstico funcional global; diagnóstico das condições de saúde; sugestão de intervenções (propedêutica complementar e intervenções preventivas); ações curativas ou paliativas; ações reabilitadoras e implementação do plano de cuidados.

Para uniformizar a aplicação da MIF e a utilização da CIF, a habilitação para o uso desses instrumentos foi efetivada pelo pesquisador principal, por meio do curso de Capacitação para uso da Medida de Independência Funcional, com carga horária de 10 horas, e do curso sobre Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – Módulo I – Básico, com 5 horas de duração.

O cálculo da amostra, realizado por ANOVA do software MINITAB 15, revelou um poder superior a 80% (erro tipo alfa=0,05) para identificar diferença maior que 0,5 (mínima variação clinicamente relevante na diferença entre capacidade e desempenho) quando N é igual a 60 idosos dependentes para as ABVD.

Foi realizada análise descritiva das informações demográficas e de saúde. Para os testes de hipótese com variáveis de distribuição normal, utilizou-se o teste t de Student e nas variáveis não paramétricas foi empregado o coeficiente de correlação de Pearson e o teste de Kruskal-Wallis. Na análise pareada, foi utilizado o programa SPSS 13 para Windows, e o teste para a comparação entre capacidade e desempenho utilizado foi Wilcoxon, $p < 0,05$.

Conforme prevê a Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas que envolvem seres humanos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil (COEP/UFMG) – Processo nºETIC 0535.0.203.000-9 – e pela Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (Depe) do Hospital das Clínicas da UFMG – Processo nº171/09.

Resultados

A idade dos 60 sujeitos selecionados nesta pesquisa foi de $81,0 \pm 7,1$. A maior parcela dos idosos entrevistados (60%) pertence ao grupo “muito idoso”, que abrange os idosos com 80 anos ou mais. Quanto ao gênero, foi constatado que a quantidade de mulheres (73%) é bem maior que a de homens (27%). Não houve diferença significativa de idade entre os sexos.

Foram identificados 172 diagnósticos médicos, com média de $2,87 \pm 1,3$ diagnósticos por pessoa. As doenças com maior prevalência foram Alzheimer (63,3%), hipertensão (53,3%), *diabetes mellitus* (16,6%), doenças cerebrovasculares (13,3%), demência não especificada (10%), doença de Parkinson (10%), osteoporose (10%), episódios depressivos (8%), transtornos de tireoide (6,6%) e doença coronariana (6,6%). Apesar de não constar como diagnóstico médico no prontuário dos idosos, a pesquisa demonstrou que 13,3% deles referem constipação. Não houve correlação entre o número de diagnósticos médicos e a funcionalidade (pontuação obtida na MIF).

No que diz respeito aos cuidadores principais, eles são, em sua maioria, filhos e cônjuges (76%) do sexo feminino (96%). A média de idade do cuidador primário foi de $53,8 \pm 13,7$, sendo que 32% também são idosos.

Quanto ao desempenho (Tabela 1), foi detectado que a maioria dos idosos apresenta dificuldade grave nas atividades de cuidado pessoal, com exceção para as tarefas comer, beber e cuidados com o processo de excreção – atividades em que predominaram o qualificador “nenhuma dificuldade”. Os outros itens bastante prejudicados dependem diretamente da autonomia, tais como: resolver problemas (71,7%), realizar a rotina diária (66,7%), participação na vida comunitária (83%), associações informais (71,2%) e socialização (61,6%). O gênero não se relacionou com dependência.

Na comparação entre o desempenho e a aptidão do idoso em executar as tarefas, as maiores divergências encontradas coincidem com as tarefas de pior desempenho (Tabela 2). Ou seja, a sua capacidade é subutilizada em seu ambiente cotidiano. As tarefas são estas: resolução de problemas, realização da rotina diária, atividades que envolvem a maioria das ações de cuidado pessoal, bem como a vida comunitária, social e cívica. A comunicação, mobilidade, comer, beber e cuidados com processo de excreção obtiveram diferenças menores que 0,33.

Tabela 1 - Distribuição dos qualificadores de desempenho nas atividades e participação. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 (n=60)

Descrição	Nível de dificuldade* (n %)						
	0	1	2	3	4	8	9
Aprendizagem e aplicação do conhecimento							
Resolver problemas	6,7	3,3	3,3	15	71,7	0	0
Tarefas e demandas gerais							
Realizar a rotina diária	3,3	8,3	8,3	13,4	66,7	0	0
Comunicação							
Comunicação: recepção verbal	23,3	26,7	16,7	20	13,3	0	0
Comunicação: recepção não verbal	23,3	16,7	11,6	21,7	26,7	0	0
Fala	31,7	18,3	15	11,7	23,3	0	0
Produção de mensagens não verbais	26,7	13,3	8,3	13,3	38,4	0	0

(continua...)

Tabela 1 - continuação

Descrição	Nível de dificuldade* (n %)						
	0	1	2	3	4	8	9
Mobilidade							
Ficar em pé	23,3	41,7	8,3	10	16,7	0	0
Transferir-se na situação de sentado	31,7	38,3	6,7	5	18,3	0	0
Andar	15	26,6	21,7	20	16,7	0	0
Subir/descer degraus	6,7	18,3	23,3	16,7	33,3	1,7	0
Deslocar-se dentro de casa	26,7	31,7	15	5	20	1,7	0
Cuidado pessoal							
Lavar partes do corpo	38,4	18,3	3,3	3,3	36,7	0	0
Lavar todo o corpo	26,7	15	8,3	8,3	41,7	0	0
Secar-se	26,7	15	6,7	5	46,6	0	0
Cuidado da pele	23,3	21,7	1,7	8,3	43,3	1,7	1,7
Cuidado dos dentes	33,3	10	1,7	1,7	30	0	23,3
Cuidado com cabelo e barba	38,3	13,3	6,7	1,7	40	0	0
Cuidados com excreção	40	15	3,3	8,3	33,4	0	0
Vestir roupa	23,4	13,3	10	8,3	45	0	0
Despir roupa	23,4	13,3	10	8,3	45	0	0
Calçar meias e sapatos	21,7	16,7	5	5	51,6	0	0
Descalçar	26,7	15	5	5	48,3	0	0
Escolha da roupa apropriada	25	6,7	5	6,7	56,6	0	0
Comer	40	23,3	11,7	8,3	16,7	0	0
Beber	45	26,7	8,3	6,7	13,3	0	0
Vida comunitária, social e cívica							
Vida comunitária	5,1	6,8	1,7	3,4	83	0	0
Associações informais	8,5	6,7	3,4	10,2	71,2	0	0
Socializar: visitar amigos/parentes	8,3	6,7	11,7	11,7	61,6	0	0

*0-nenhuma dificuldade; 1-dificuldade leve; 2-dificuldade moderada; 3-dificuldade grave; 4-dificuldade completa; 8-gravidade não especificada; 9-não aplicável

Tabela 2 - Diferenças entre as médias dos qualificadores de capacidade e desempenho. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 (n=60)

Código	Descrição	Média das diferenças	Valor de p
Aprendizagem e aplicação do conhecimento			
	Resolver problemas	0,58	<0,001
Tarefas e demandas gerais			
	Realizar a rotina diária	0,55	<0,001
Comunicação			
	Comunicação: recepção verbal	0,05	0,180
	Comunicação: recepção não verbal	0,11	0,102
	Fala	0,18	0,026
	Produção de mensagens não verbais	0,10	0,109
Mobilidade			
	Ficar em pé	0,13	0,046
	Transferir-se na situação de sentado	0,18	0,020
	Andar	0,16	0,038
	Subir/descer degraus	0,19	0,013
	Deslocar-se dentro de casa	0,22	0,016
Cuidado pessoal			
	Lavar partes do corpo	0,68	<0,001
	Lavar todo o corpo	0,82	<0,001
	Secar-se	0,97	<0,001
	Cuidado da pele	0,93	<0,001
	Cuidado dos dentes	0,83	<0,001
	Cuidado com cabelo e barba	0,87	<0,001
	Cuidados com processos de excreção	0,33	0,002

(continua...)

Tabela 2 - continuação

Código	Descrição	Média das diferenças	Valor de p
	Vestir roupa	1,05	<0,001
	Despir roupa	1,05	<0,001
	Calçar meias e sapatos	0,77	<0,001
	Descalçar	0,93	<0,001
	Escolha da roupa apropriada	0,95	<0,001
	Comer	0,32	<0,001
	Beber	0,25	0,004
Vida comunitária, social e cívica			
	Vida comunitária	1,12	<0,001
	Associações informais	1,14	<0,001
	Socializar: visitar amigos/parentes	1,28	<0,001

Discussão

A média de idade deste estudo apresentou um índice considerado alto, uma vez que a expectativa de vida do brasileiro é de 67,5 anos para o gênero masculino e de 76,0 anos para o feminino. Quanto ao gênero, o predomínio das mulheres (74,3%) aponta a feminização da velhice⁽⁹⁻¹⁰⁾, ou pode representar a resistência do sexo masculino em frequentar os serviços de saúde, ou mesmo a sua baixa inclusão nas propostas assistenciais⁽¹¹⁾. Estudos apontam que a incidência de incapacidade entre sexos é praticamente inexistente quando se considera o total das idades, após ajuste dos fatores socioeconômicos, de saúde e indicadores de relações sociais⁽¹²⁾.

Em virtude de o local do estudo ser centro de referência para pacientes com demência, o Alzheimer teve a maior prevalência dentre os diagnósticos médicos levantados. Os diagnósticos de hipertensão e diabetes também foram apontados como os mais frequentes dentre a população estudada, o que coincide com os achados de pesquisas epidemiológicas^(2,13). O consumo de líquidos e dieta inadequados, a inatividade, diabetes e o uso de alguns tipos de medicamentos, contribuem para a alta incidência de constipação entre os idosos⁽¹⁴⁾.

A funcionalidade dos idosos não foi afetada pelo número de diagnósticos médicos evidenciados. Em um estudo que abrangeu o estado funcional e as doenças crônicas, concluiu-se que o número de comorbidades não interferiu no escore da MIF de forma significativa⁽¹⁵⁾. O achado mostra que a saúde do idoso, vista como sinônimo de independência e funcionalidade, é um conceito que se adéqua muito bem à realidade atual. Os avanços diagnósticos, tecnológicos e o aumento da expectativa de vida colaboram para o surgimento de comorbidades e o idoso, a fim de preservar a sua saúde, precisa aprender a conviver com a presença delas pelo resto de sua vida⁽⁴⁾.

Os principais efeitos das doenças crônicas surgem quando elas estão descontroladas ou descompensadas⁽⁴⁻⁵⁾. A relação de doença crônica, quando mal controlada, e incapacidade funcional foi citada em uma revisão sistemática, evidenciando que, na medida em que aumentam suas complicações, o idoso passa a apresentar maior dependência, interferência em sua relação com a família e aumento do isolamento social⁽²⁾.

Quanto aos cuidadores principais, há concordância com outros estudos. São, em sua maioria, filhos e cônjuges do sexo feminino e de idade superior a 50 anos. Com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, os idosos são eleitos cuidadores em muitos arranjos familiares. São pessoas idosas cuidando de idosos⁽¹⁶⁾.

As maiores dificuldades encontradas no desempenho dos idosos foram: resolver problemas, realizar a rotina diária, banho, escolher e vestir roupas e calçados adequadamente. A resolução de problemas e a rotina diária mostraram grande diferença entre capacidade e desempenho, neste estudo, e incluem as ações de identificar, analisar e escolher opções para a resolução de uma questão, bem como organizar tempo, espaço e materiais necessários para a execução de uma tarefa. São ações que necessitam de autonomia e iniciativa, e sofrem repercussões diretas do ambiente familiar. Quando um membro da família toma frente dessas decisões e escolhas, o idoso é destituído dessa tarefa e cede lugar para que outros a executem⁽¹⁷⁾. Além das limitações físicas e cognitivas, a manutenção da autonomia é influenciada pelo comportamento e pelo ambiente em que o idoso interage⁽¹⁾.

O envelhecimento, que gera o declínio das funções orgânicas, tende a lentificar a execução das atividades cotidianas e culmina na dependência para o autocuidado⁽¹⁾. Assim, a supervisão do idoso durante essas atividades demanda tempo e paciência de quem o assiste. No cuidado pessoal, foram importantes as

diferenças entre capacidade e desempenho em todos os itens descritos.

Na comunicação verbal, ocorreu menor nível de dificuldade que na comunicação não verbal, e a maior diferença entre capacidade e desempenho foi observada na fala. Dentre todas as privações sensoriais, a incapacidade de se comunicar com outras pessoas em razão da deficiência auditiva pode ser uma das consequências mais frustrantes para o idoso. A diminuição na habilidade de compreender, a redução na inteligibilidade de fala e o comprometimento do processo de comunicação verbal reduzem gradativamente o contato social do idoso e contribuem para o surgimento de alterações emocionais. O uso de próteses auditivas proporciona melhora da atenção, reversão da condição de isolamento e da dificuldade de comunicação e melhora na qualidade de vida. A utilização de estratégias quanto à atenção, à audição, à comunicação e à leitura orofacial também podem melhorar a comunicação verbal. Para que o idoso possa participar de conversas e ter a chance de se expressar, as pessoas devem interagir falando pausadamente e com o rosto voltado para ele⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Com relação à mobilidade, a maior dificuldade encontrada foi em subir e descer degraus. A dificuldade em deambular e deslocar-se dentro de casa, além dos fatores funcionais, também pode estar relacionada aos obstáculos arquitetônicos encontrados nas moradias, conceituados como fatores ambientais. Esse fato possivelmente implica a diferença entre desempenho e capacidade encontrada nos itens da mobilidade. Uma atenção especial deve ser dada aos fatores ambientais que aumentam a probabilidade de quedas e acidentes domésticos. Essas são causas de morbimortalidade que causam impacto na funcionalidade da população idosa. Medidas eficazes para proteção contra quedas englobam o fortalecimento de membros inferiores e a eliminação de obstáculos domésticos como tapetes, degraus, má iluminação, objetos obstruindo passagens e escadas sem corrimão⁽⁴⁾.

Nas atividades em vida comunitária e social, foram obtidas as maiores médias da diferença entre capacidade e desempenho. As deficiências, mesmo que limitantes, podem ser contornadas, a fim de tornar o idoso mais ativo e participante⁽²⁰⁾.

Um estudo sobre os cuidados de enfermagem reflete acerca do poder em relação ao cuidar. Segundo ele, o "poder redutor" reduz a capacidade para o cuidado e não identifica o que o paciente pode ou sabe fazer por si próprio. O *saber* e o *ser* de quem é orientado ou cuidado não é valorizado. Um cuidado demasiado protetor, baseado em "fazer pelo outro" tende a diminuir a independência e a autonomia de quem recebe o cuidado. Em contrapartida, a enfermagem deve orientar os familiares por meio do "poder

libertador do cuidado", que permite a quem necessita do cuidado utilizar o poder que lhe resta e mobilizar toda sua capacidade em prol de potencializar seu poder de ser e de existir. "Tudo o que resta da capacidade de vida pode e exige ser constantemente mobilizado – e isto até ao limiar da morte – a fim de que as energias vitais prevaleçam sobre os obstáculos da vida"⁽²¹⁾.

Conclusão

Durante a realização do estudo primou-se pelo respeito às regras de aplicação dos instrumentos sobre funcionalidade. A CIF foi concebida para descrição da funcionalidade, incapacidade e saúde. A contribuição deste estudo na utilização da CIF, com suas codificações e qualificadores, foi a interpretação de seus qualificadores de maneira semiquantitativa, o que permitiu comparações e inferências mais objetivas, quantificando o amplo conceito de funcionalidade. O conhecimento das características sociodemográficas, da funcionalidade e, principalmente, da capacidade e do desempenho dos idosos dependentes embasa o planejamento e a implementação de políticas públicas, estabelecendo um norte para o atendimento à população idosa com incapacidade e criando subsídios tanto para a assistência quanto para o ensino e pesquisas futuras em prol da melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida.

Na coleta de dados, ao avaliar o desempenho, foi interessante confrontar os pacientes e seus cuidadores com a capacidade subutilizada pelo idoso em sua rotina e com as orientações oferecidas sobre as técnicas adequadas a serem empregadas nos cuidados ao idoso. De fato, a deficiência pode refletir na independência do indivíduo. Entretanto, a pessoa é capaz de ativar mecanismos de compensação para enfrentar esses déficits, conseguindo manter a sua independência e autonomia. Pesquisas futuras poderão ser realizadas para avaliar as mudanças de atitude e a rotina desses pacientes, a curto e médio prazo, após orientações realizadas por enfermeiros sensibilizados quanto à questão da autonomia e da independência.

Com a quantificação da funcionalidade de idosos dependentes, a pesquisa evidenciou clara distância entre o desempenho e a capacidade desses idosos em grande parte das atividades do cotidiano que foram avaliadas.

O incentivo à manutenção da independência do idoso contribui para conservá-lo na comunidade, no seu meio familiar, e a prolongar a sua saúde física e mental. Encorajar o idoso a desenvolver o seu potencial de independência com segurança é uma intervenção que pode prolongar os anos de vida e prevenir hospitalizações e agravos à saúde, ocasionados pela imobilidade.

A população idosa deve ser considerada como sujeito ativo na promoção de sua saúde e na manutenção de sua autonomia, sendo orientada sobre os cuidados e apoiada pela família e pelos serviços de saúde. Essa concepção de assistência pressupõe que a maioria dos idosos, mesmo com limitações, não é totalmente incapacitada ou dependente.

Agradecimentos

À Dr^a Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima e Dr^a Sofia Iost Pavarini, pela contribuição na revisão crítica da dissertação da qual este artigo foi extraído, às bolsistas Ana Luíza de Aquino e Lílian de Oliveira Lana, pelo auxílio durante a coleta dos dados, e ao Dr. Edgar Nunes de Moraes, coordenador do Centro de Referência do Idoso Professor Caio Benjamim Dias, pelo apoio na realização deste estudo.

Referências

1. Araujo I, Paul C, Martins M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2011 [acesso 14 mar 2013]; 45(4):869-75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400011&lng=en&nrm=iso
2. Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Tallmann AEC, Neu DKM. Capacidade funcional no idoso longo: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2012 Jun [acesso 18 mar 2013]; 33(2):176-185. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200025&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200025>.
3. Cunha FCM da, Cintra MT Gualberto, Cunha LCM da, Giacomini KC, Couto E de AB. Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Rev Bras Geriatr. Gerontol*. [Internet]. 2009 [acesso 18 mar 2013]; 12(3):475-88. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000300013&lng=pt.
4. Jacob-Filho W. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. *BIS, Bol Inst Saúde* [Internet]. abr 2009 [acesso 17 mar 2013]; (47):27-32. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200007&lng=en.
5. Brito TRP de, Pavarini SCI. The relationship between social support and functional capacity in elderly persons with cognitive alterations. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(4):677-84.
6. Riberto M, Miyazaki MH, Jorge D Filho, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica*. 2001;8:45-52.
7. Fontes AP, Fernandes AA, Botelho MA. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Port Saude Publica*. [Internet]. dez 2010 [acesso 18 mar 2013]; 28(2):171-8. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200008&lng=pt.
8. Santos KT, Fernandes MH, Reis LA, Coqueiro RS, Rocha SV. Depressive symptoms and motor performance in the elderly: a population based study. *Rev Bras Fisioter*. [Internet]. 2012 [acesso 17 mar 2013]; 16(4):295-300. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552012000400005&lng=en.
9. Pilger C, Menon MH, Mathias TA de F. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(5):1230-8.
10. Aires M, Paskulin LMG, Moraes EP. Functional capacity of elder elderly: comparative study in three regions of Rio Grande do Sul. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(1):11-7.
11. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN da, Gomes R, et al . O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)* [Internet]. jun 2010 [acesso 18 mar 2013];14(33): 257-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=en.
12. Rodrigues MAP, Facchini LA, Thumé E, Maia F. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2009. [acesso 6 jun 2011]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001500011&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2009001500011.
13. Freitas LRS de, Garcia L. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saúde*. [Internet]. mar 2012 [acesso 17 mar 2013]; 21(1):7-19. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000100002>.
14. Nesello L, Tonelli F, Beltrame T. Constipação intestinal em idosos frequentadores de um centro de convivência no município de Itajaí-SC. *CERES: Nutrição & Saúde*. [Internet]. abr 2011 [acesso 17 mar 2013]; 6(3): 151-62. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/ceres/article/view/2125>.

15. Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos JLF, Haas VJ, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. abr 2011 [acesso 18 mar 2013]; 45(2): 391-400. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200018&lng=en.
16. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI, Toyoda CY. Perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(2):187-93.
17. Erikson EH. O ciclo de vida completo. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1998. 111 p.
18. Magalhães R, Iório MCM. Avaliação da restrição de participação e de processos cognitivos em idosos antes e após intervenção fonoaudiológica. *J Soc Bras Fonoaudiol*. [Internet]. mar 2011 [acesso 19 mar 2013]; 23(1):51-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-64912011000100012&lng=en. <http://dx>.
19. Flores NGC, Iório MCM. Limitação de atividades em idosos: estudo em novos usuários de próteses auditivas por meio do questionário APHAB. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. [Internet]. mar 2012 [acesso 19 mar 2013]; 17(1):47-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342012000100010&lng=en.
20. Sousa VA de, Máximo PLS. Influência da tecnologia assistiva no desempenho funcional e na qualidade de vida de idosos comunitários frágeis: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2009 [acesso 13 dez 2012]; 12(1): 113-22. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000100010&lng=pt.
21. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989. 385 p.