

Comparación entre capacidad y desempeño: un estudio sobre la funcionalidad de ancianos dependientes¹

Flávia Nunes Machado²

Adriana Nunes Machado³

Sônia Maria Soares⁴

Objetivo: comparar la capacidad y el desempeño para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria en ancianos dependientes atendidos por el Centro de Referencia del Anciano. **Método:** se trata de un estudio transversal, observacional, con abordaje cuantitativo. La Medida de Independencia Funcional (MIF) fue aplicada en 109 ancianos atendidos en un Centro de Referencia del Anciano. De estos, 60 ancianos fueron clasificados como dependientes para las actividades básicas de la vida diaria y fueron descritos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Funcionalidad Incapacidad y Salud (CIF). El proceso de triangulación reforzó la confiabilidad de los datos obtenidos, en el cual consideramos las informaciones de pacientes y acompañantes en conjunto con la ficha médica y evaluación objetiva. **Resultados:** el promedio de edad fue de $81,0 \pm 7,1$, con predominancia del género femenino. La diferencia entre la capacidad y el desempeño fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la mayoría de las tareas de lo cotidiano. **Conclusión:** la contribución de este estudio en la utilización de la CIF fue la interpretación de sus calificadores de manera semicuantitativa, lo que permitió comparaciones e inferencias más objetivas y evidenció una clara distancia entre el desempeño y la capacidad de esos ancianos en gran parte de las actividades evaluadas.

Descriptor: Anciano; Salud del Anciano; Actividades Cotidianas; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; Enfermería.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Capacity and performance for the realization of basic activities of daily living: a study about dependant elderly" presentada a la Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² MSc, Enfermera.

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

⁴ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Correspondencia:

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 es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

El aumento de la longevidad poblacional no implica atrasar el surgimiento de las incapacidades y enfermedades crónicas. Así, los años de vida ganados aumentaron la proporción de incapacitados y enfermos, generando cargas a la familia y el crecimiento de la demanda por hospitales y centros de rehabilitación⁽¹⁻³⁾.

La salud del individuo no es definida solamente por las enfermedades crónicas o por la integridad física. El factor determinante de la salud en la vejez es la independencia en sus tareas habituales, o sea, su funcionalidad. Un anciano es considerado saludable cuando no necesita de ningún tipo de ayuda o supervisión para realizar sus quehaceres diarios, a pesar de que posea una o más enfermedades crónicas^(1,3-4).

En la salud del anciano, la enfermería tiene como función fundamental auxiliar al individuo en el desarrollo de su potencial para el autocuidado, que debe ser estimulado por el apoyo y participación de los familiares. Las actividades más elementares que se refieren al autocuidado son denominadas actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La independencia en la realización de las actividades de la vida diaria envuelve cuestiones de naturaleza emocional, física y social. La dependencia constituye un factor de riesgo para la mortalidad en la población anciana, siendo más relevante que las propias enfermedades que llevan a ella^(2,5).

Una herramienta ampliamente difundida para la evaluación del desempeño de esas actividades fue desarrollada en la década de los 80: la Medida de Independencia Funcional (MIF). La MIF es capaz de trazar un perfil sobre la sollicitación de cuidados de terceros que el paciente exige para la realización de tareas motoras y cognitivas. Ella verifica el desempeño del individuo para la realización de un conjunto de 18 tareas, referentes a subescalas de autocuidado, control del esfínter, movilidad, locomoción, comunicación y cognición social. Su puntuación varía entre 18 puntos (totalmente dependiente) y 126 puntos (independencia completa)⁽⁶⁾.

En una iniciativa más reciente, y que todavía está siendo desarrollada, para conceptualizar la funcionalidad de modo amplio, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2001, coordinó la elaboración de la *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Su traducción para la lengua portuguesa fue realizada en 2003 por el Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para la Familia de Clasificaciones Internacionales en Lengua Portuguesa, la que fue intitulada Clasificación Internacional de Funcionalidad, Incapacidad y Salud (CIF). Si, por un lado, la asistencia

a la salud del anciano está pautada en su funcionalidad, por otro, la CIF nos ofrece instrumentos para describir esa funcionalidad por medio de un modelo biopsicosocial^(3,7).

Esta clasificación describe la funcionalidad del individuo en el ambiente por medio de sus codificaciones (que identifican las estructuras y funciones del cuerpo, las actividades y participación y los factores ambientales), y de sus calificadores (que apuntan la intensidad de su deficiencia o dificultad y las barreras ambientales). De acuerdo con la terminología de la CIF, la funcionalidad es un término amplio que engloba las funciones y estructuras del cuerpo, así como los componentes: actividades (ejecución de una tarea) y participación (participación de un individuo en una situación de la vida real, representando la perspectiva social de la funcionalidad). Los conceptos presentados en la clasificación no son apenas una consecuencia de las condiciones de salud y enfermedad, ellos también son determinados por el contexto del medio ambiente físico y social, diferencias culturales y actitudes en relación a la deficiencia. Estos conceptos contradicen la idea de que la incapacidad es solamente un problema médico o es completamente creada por el medio social^(3,7).

La *capacidad*, de acuerdo con la CIF, está vinculada con la aptitud que el individuo tiene para la ejecución de las actividades y participación, considerando sus limitaciones intrínsecas, en un ambiente estandarizado. Ella describe el nivel más elevado de funcionalidad que una persona puede alcanzar en un ambiente estandarizado. De esa manera, la capacidad funcional, medida por la MIF y por otras escalas, está relacionada al constructo de *desempeño* propuesto por la CIF, una vez que éste describe las actividades y participación que el individuo ejecuta normalmente. Por tanto, esa clasificación puede considerar tanto lo que es posible hacer en un ambiente estándar de prueba, como su desempeño en la vida real⁽⁶⁻⁷⁾.

Como un ejemplo en que la capacidad supera el desempeño podemos citar un anciano hemipléjico que toma baño de aspersión en la posición ortoestática y el cuidador necesita enjabonarlo y enjuagarlo de la cabeza a los pies, ya que la mano funcional del anciano es usada como apoyo para mantener su equilibrio de pie. Este anciano, por tanto, es totalmente dependiente para desempeñar la actividad bañarse en su día a día. De otro modo, colocando con una silla común debajo de la ducha, él tomaría su baño sentado y lavaría la mayor parte o hasta mismo todo su cuerpo. Sin embargo, el desempeño en lo cotidiano también puede superar la capacidad del individuo cuando determinada actividad es ejercida de forma insegura o arriesgada.

Como las limitaciones para la realización de las actividades cotidianas pueden influenciar la calidad de

vida^(2,8), mantener el equilibrio entre el desempeño y la capacidad contribuye para promover la salud de esta población. En el caso de la capacidad ser mayor que el desempeño, el equipo de salud debe intervenir en el sentido de que el anciano mejore su estado funcional. Cuando lo contrario sucede, la función del profesional es orientar sobre el desempeño seguro de las actividades. Los accidentes y traumas, principalmente domésticos, son factores que cada vez más contribuyen para la incapacidad funcional de los ancianos⁽⁴⁾.

Esas consideraciones justifican la búsqueda de soluciones que objetiven la manutención o la recuperación del desempeño de los ancianos. Con la motivación de preservar la funcionalidad del anciano, este estudio tiene como objetivo comparar la capacidad y el desempeño para la realización de las Actividades Básicas de Vida Diaria (ABVD) en ancianos dependientes atendidos en el Centro de Referencia del Anciano.

Método

Este estudio transversal, observacional y con abordaje cuantitativo, fue desarrollado en el Centro de Referencia del Anciano Profesor Caio Benjamin Dias (CRA), localizado en el Ambulatorio Bias Fortes (anexo al Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais). El CRA es un servicio de asistencia integrada a la población anciana y engloba varias especialidades. Son atendidos en el CRA los ancianos referidos por la atención básica del Sistema Único de Salud por medio de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Para ser encaminados para la atención básica, el paciente debe tener edad superior a 80 años o tener 60 años o más y poseer una de las siguientes características: polifarmacia, varias enfermedades concomitantes o demencia.

En los meses de enero, febrero y marzo de 2010, durante el intervalo entre la llegada de los ancianos en el CRA y la atención médica, los ancianos y los acompañantes fueron convidados a participar del estudio y, en el mismo local y día, los datos eran recolectados. La estrategia adoptada objetivó una mayor aceptación y evitó el desgaste de los entrevistados de dislocarse de su domicilio hasta el Centro de Referencia exclusivamente para la realización de la investigación. La considerable homogeneidad de la muestra, tal como el intervalo de edad y el nivel de dependencia, contribuyó para el control de los factores intrínsecos.

Después del consentimiento del anciano y de su acompañante por medio del término de consentimiento libre e informado, la MIF fue aplicada en 109 ancianos. Entre los individuos evaluados, 60 fueron clasificados

como dependientes por haber obtenido una puntuación entre 5 (supervisión o preparación) y 1 (asistencia total) en por lo menos una de las siguientes tareas motoras: alimentación, higiene personal, baño, vestir la parte superior del cuerpo, vestir la parte inferior del cuerpo, uso del retrete, transferencia o locomoción. Los ancianos considerados dependientes para la ejecución de las ABVD prosiguieron en el estudio y tuvieron sus actividades y participación clasificadas de acuerdo con la CIF.

En esta clasificación, los constructos del componente actividades y participación fueron descritos con dígitos calificadores y representados por los números 0 a 4, siendo que el número 0 significa ninguna dificultad o un intento de 0 a 4% en la funcionalidad, el 1 indica dificultad leve (5 a 24%), el 2 es igual a una dificultad moderada (25 a 49%), el 3 está relacionado a una dificultad grave (50 a 95%), y el calificador 4 es considerado como dificultad completa, comprendiendo entre 96 y 100%⁽⁵⁾.

Como la OMS todavía no determinó las características del ambiente estándar a ser adoptado para calificar la capacidad, éste fue considerado como un ambiente adecuado para el desarrollo de la capacidad del anciano, con ausencia de barreras arquitectónicas y con el incentivo y supervisión de familiares y cuidadores.

Los datos fueron recolectados por medio de las informaciones del anciano, de su acompañante, de la evaluación gerontológica registrada en una ficha, de la evaluación de los movimientos, de la coordinación, de la praxis y de la comprensión del anciano en obedecer las órdenes directas. La confiabilidad de los datos fue reforzada por el proceso de triangulación, en el cual consideramos las informaciones de pacientes y acompañantes en conjunto con la ficha médica y la evaluación objetiva.

La evaluación gerontológica es sistematizada por medio del Protocolo de Evaluación Multidimensional del Anciano. El Protocolo comprende: identificación del anciano y de su red de soporte social; revisión de los sistemas fisiológicos principales; evaluación funcional global de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; evaluación de la cognición (incluyendo el Mini-examen del Estado Mental); aplicación de la escala de isquemia de Hachinski; la evaluación del humor y aplicación de la Escala Geriátrica de Depresión; inventario neuropsiquiátrico; evaluación de la movilidad (marcha, caídas, fracturas y fuerza en los miembros superiores); evaluación de la comunicación (visión, dicción y audición) y de la salud bucal, de la nutrición; historia actual y anterior; evaluación socio-familiar, del cuidador (inventario de sobrecarga) y del ambiente; exámenes complementarios; estimativas generales (riesgo de enfermedad arterial coronaria, función renal estimada, índice tobillo braquial, riesgo de accidente

vascular encefálico, índice de Chalsón); diagnóstico funcional global; diagnóstico de las condiciones de salud; sugestión de intervenciones (propedéutica complementar e intervenciones preventivas); acciones curativas o paliativas; acciones rehabilitadoras; e, implementación del plan de cuidados.

Para uniformizar la aplicación de la MIF y la utilización de la CIF, la habilitación para el uso de estos instrumentos fue realizada por el investigador principal por medio del curso de "Capacitación para uso de la Medida de Independencia Funcional", con carga horaria de 10 horas, y del curso sobre "Clasificación Internacional de Funcionalidad, Incapacidad y Salud - Módulo I - Básico", con 5 horas de duración.

El cálculo de la muestra, realizado por la prueba ANOVA usando el software MINITAB 15, la que reveló un poder superior a 80% (error tipo alfa=0,05) para identificar una diferencia mayor que 0,5 (mínima variación clínicamente relevante en la diferencia entre capacidad y desempeño) cuando N igual a 60 ancianos dependientes para las ABVD.

Fue realizado el análisis descriptivo de las informaciones demográficas y de salud. Para las pruebas de hipótesis con variables de distribución normal, se utilizó el test t de Student y en las variables no-paramétricas fue empleado el Coeficiente de Correlación de Pearson y el Test de Kruskal-Wallis. En el análisis pareado fue utilizado el programa SPSS 13 para Windows, y la prueba de Wilcoxon para la comparación entre capacidad y desempeño con $p < 0,05$.

Conforme prevé la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud sobre investigaciones en que participan seres humanos, este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil (COEP/UFMG) - proceso nº ETIC 0535.0.203.000-9 - y por el Directorio de Enseñanza, Investigación y Extensión (DEPE) del Hospital de las Clínicas de la UFMG - proceso nº 171/09.

Resultados

La edad de los 60 sujetos seleccionados en esta investigación fue de $81,0 \pm 7,1$ años. La mayor parcela de los ancianos entrevistados (60%) pertenecía al grupo "muy anciano", que abarca los ancianos con 80 años o más. En cuanto al género, fue constatado que la cantidad de mujeres (73%) fue mayor que la de hombres (27%). No hubo diferencia significativa de edad entre los géneros.

Fueron identificados 172 diagnósticos médicos, con promedio de $2,87 \pm 1,3$ diagnósticos por persona. Las enfermedades con mayor prevalencia fueron Alzheimer (63,3%), hipertensión (53,3%), diabetes mellitus (16,6%), enfermedades cerebro vasculares (13,3%), demencia no especificada (10%), enfermedad de Parkinson (10%), osteoporosis (10%), episodios de depresión (8%), trastorno tiroideo (6,6%) y enfermedad coronaria (6,6%). A pesar de no constar como diagnóstico médico en la ficha de los ancianos, la investigación demostró que 13,3% de ellos refirieron estreñimiento. No hubo correlación entre el número de diagnósticos médicos y la funcionalidad (puntuación obtenida en la MIF).

En lo que se refiere a los cuidadores principales, ellos fueron, en su mayoría, hijos y cónyuges (76%) del género femenino (96%). El promedio de edad del cuidador primario fue de $53,8 \pm 13,7$, siendo que 32% también eran ancianos.

En cuanto al desempeño (Tabla 1), fue detectado que la mayoría de los ancianos presentaba dificultad grave en las actividades de cuidado personal, con excepción de las tareas comer, beber y de los cuidados con el proceso de excreción - actividades en que predominaron el calificador "ninguna dificultad". Los otros ítems bastante perjudicados dependen directamente de la autonomía, tales como: resolver problemas (71,7%), realizar la rutina diaria (66,7%), participación en la vida comunitaria (83%), asociaciones informales (71,2%) y socialización (61,6%). El género no se relacionó con dependencia.

Tabla 1 - Distribución de los Calificadores de Desempeño en las Actividades y Participación. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 (n=60)

Descripción	Nivel de Dificultad* (n %)						
	0	1	2	3	4	8	9
Aprendizaje y aplicación del conocimiento							
Resolver problemas	6,7	3,3	3,3	15	71,7	0	0
Tareas y demandas generales							
Realizar la rutina diaria	3,3	8,3	8,3	13,4	66,7	0	0
Comunicación							
Comunicación: recepción verbal	23,3	26,7	16,7	20	13,3	0	0
Comunicación: recepción no verbal	23,3	16,7	11,6	21,7	26,7	0	0

(continúa...)

Tabla 1 - continuación

Descripción	Nivel de Dificultad* (n %)						
	0	1	2	3	4	8	9
Dicción	31,7	18,3	15	11,7	23,3	0	0
Producción de mensajes no verbales	26,7	13,3	8,3	13,3	38,4	0	0
Movilidad							
Quedar de pie	23,3	41,7	8,3	10	16,7	0	0
Transferirse cuando sentado	31,7	38,3	6,7	5	18,3	0	0
Andar	15	26,6	21,7	20	16,7	0	0
Subir/bajar escalones	6,7	18,3	23,3	16,7	33,3	1,7	0
Dislocarse dentro de casa	26,7	31,7	15	5	20	1,7	0
Cuidado personal							
Lavar partes del cuerpo	38,4	18,3	3,3	3,3	36,7	0	0
Lavar todo el cuerpo	26,7	15	8,3	8,3	41,7	0	0
Secarse	26,7	15	6,7	5	46,6	0	0
Cuidado de la piel	23,3	21,7	1,7	8,3	43,3	1,7	1,7
Cuidado de los dientes	33,3	10	1,7	1,7	30	0	23,3
Cuidado del cabello y la barba	38,3	13,3	6,7	1,7	40	0	0
Cuidados con excreción	40	15	3,3	8,3	33,4	0	0
Vestir ropa	23,4	13,3	10	8,3	45	0	0
Desvestir ropa	23,4	13,3	10	8,3	45	0	0
Calzar medias y zapatos	21,7	16,7	5	5	51,6	0	0
Descalzar	26,7	15	5	5	48,3	0	0
Escoger la ropa apropiada	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 comunitaria, social y cívica							
Vida comunitaria	5,1	6,8	1,7	3,4	83	0	0
Asociaciones informales	8,5	6,7	3,4	10,2	71,2	0	0
Socializar: visitar amigos/parientes	8,3	6,7	11,7	11,7	61,6	0	0

*0 - ninguna dificultad; 1 - dificultad leve; 2 - dificultad moderada; 3 - dificultad grave; 4 - dificultad completa; 8 - gravedad no especificada; 9 - no aplicable

En la comparación entre el desempeño y la aptitud del anciano en ejecutar las tareas, las mayores divergencias encontradas coinciden con las tareas de peor desempeño (Tabla 2). O sea, su capacidad es subutilizada en su ambiente cotidiano. Son estas: resolución de

problemas, realización de la rutina diaria, la mayoría de las acciones de cuidado personal y la vida comunitaria, social y cívica. La comunicación, movilidad, comer, beber y cuidados con proceso de excreción obtuvieron diferencias menores que 0,33.

Tabla 2 - Diferencias entre los Promedios de los Calificadores de Capacidad y Desempeño. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 (n=60)

Código	Descripción	Promedio de las Diferencias	Valor de p
Aprendizaje y aplicación del conocimiento			
	Resolver problemas	0,58	<0,001
Tareas y demandas generales			
	Realizar la rutina diaria	0,55	<0,001
Comunicación			
	Comunicación: recepción verbal	0,05	0,180
	Comunicación: recepción no verbal	0,11	0,102
	Dicción	0,18	0,026
	Producción de mensajes no verbales	0,10	0,109
Movilidad			
	Quedar de pie	0,13	0,046
	Transferirse cuando sentado	0,18	0,020

(continúa...)

Tabla 2 - continuación

Código	Descripción	Promedio de las Diferencias	Valor de p
	Andar	0,16	0,038
	Subir/bajar escalones	0,19	0,013
	Dislocarse dentro de casa	0,22	0,016
Cuidado personal			
	Lavar partes del cuerpo	0,68	<0,001
	Lavar todo el cuerpo	0,82	<0,001
	Secarse	0,97	<0,001
	Cuidado de la piel	0,93	<0,001
	Cuidado de los dientes	0,83	<0,001
	Cuidado del cabello y la barba	0,87	<0,001
	Cuidados con procesos de excreción	0,33	0,002
	Vestir ropa	1,05	<0,001
	Desvestir ropa	1,05	<0,001
	Calzar medias y zapatos	0,77	<0,001
	Descalzar	0,93	<0,001
	Escoger la ropa apropiada	0,95	<0,001
	Comer	0,32	<0,001
	Beber	0,25	0,004
Vida comunitaria, social y cívica			
	Vida comunitaria	1,12	<0,001
	Asociaciones informales	1,14	<0,001
	Socializar: visitar amigos/parientes	1,28	<0,001

Discusión

El promedio de edad de este estudio presentó un índice considerado alto, una vez que la expectativa de vida del brasileño es de 67,5 años para el género masculino y de 76,0 años para el femenino. En cuanto al género, el predominio de las mujeres (74,3%) apunta la feminización de la vejez⁽⁹⁻¹⁰⁾, o puede representar la resistencia del género masculino en frecuentar los servicios de salud, o también su baja inclusión en las propuestas asistenciales⁽¹¹⁾. Algunos estudios apuntan que la diferencia en la incidencia de incapacidad entre géneros es prácticamente inexistente cuando se considera el total de las edades, después del ajuste de los factores socioeconómicos, de salud e indicadores de relaciones sociales⁽¹²⁾.

Como consecuencia del local del estudio ser un centro de referencia para pacientes con demencia, el Alzheimer tuvo la mayor prevalencia entre los diagnósticos médicos levantados. Los diagnósticos de hipertensión y diabetes también fueron apuntados como los más frecuentes entre la población estudiada, lo que coincide con los hallazgos de investigaciones epidemiológicas^(2,13). El consumo de líquidos y dieta inadecuados, la inactividad, la diabetes y el uso de algunos tipos de medicamentos, contribuyeron con la alta incidencia de estreñimiento entre los ancianos⁽¹⁴⁾.

La funcionalidad de los ancianos no fue afectada por el número de diagnósticos médicos evidenciados. En un

estudio que abarcó el estado funcional y las enfermedades crónicas, se concluyó que el número de enfermedades concomitantes no interfirió en el puntaje de la MIF de forma significativa⁽¹⁵⁾. El hallazgo muestra que la salud del anciano, vista como sinónimo de independencia y funcionalidad, es un concepto que se adecúa muy bien a la realidad actual. El avance diagnóstico, tecnológico y el aumento de la expectativa de vida colabora para el surgimiento de enfermedades concomitantes y el anciano, con el objetivo de preservar su salud, precisa aprender a convivir con la presencia de ellas por el resto de su vida⁽⁴⁾.

Los principales efectos de las enfermedades crónicas surgen cuando ellas están descontroladas o descompensadas⁽⁴⁻⁵⁾. La relación de la enfermedad crónica cuando mal controlada e la incapacidad funcional fue citada en una revisión sistemática, evidenciando que a medida que aumentan sus complicaciones, el anciano pasa a presentar mayor dependencia, interferencia en su relación con la familia y aumento del aislamiento social⁽²⁾.

En cuanto a los cuidadores principales, existe concordancia con otros estudios. Son, en su mayoría, hijos y cónyuges del género femenino y de edad superior a 50 años. Con la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo, los ancianos son elegidos cuidadores en muchos arreglos familiares. Son personas ancianas cuidando de ancianos⁽¹⁶⁾.

Las mayores dificultades encontradas en el desempeño de los ancianos fueron: resolver problemas, realizar la rutina diaria, tomar baño, escoger y vestir ropas y calzados adecuadamente. La resolución de problemas y la rutina diaria mostraron gran diferencia entre capacidad y desempeño en este estudio e incluyen las acciones de identificar, analizar y escoger opciones para la resolución de un asunto, así como organizar tiempo, espacio y materiales necesarios para la ejecución de una tarea. Son acciones que necesitan de autonomía e iniciativa, y sufren repercusiones directas del ambiente familiar. Cuando un miembro de la familia decide sobre esos asuntos y elecciones, el anciano es destituido de esa tarea y cede lugar para que otros la ejecuten⁽¹⁷⁾. Además de las limitaciones físicas y cognitivas, la manutención de la autonomía es influenciada por el comportamiento y por el ambiente en que el anciano interactúa⁽¹⁾.

El envejecimiento, que genera el declino de las funciones orgánicas, tiende a lentificar la ejecución de las actividades cotidianas y culmina en la dependencia para el autocuidado⁽¹⁾. Así, la supervisión del anciano durante estas actividades demanda tiempo y paciencia de quien lo asiste. En el cuidado personal, fueron importantes las diferencias entre capacidad y desempeño en todos los ítems descritos.

En la comunicación verbal ocurrió un menor nivel de dificultad que en la comunicación no verbal y la mayor diferencia entre capacidad y desempeño fue observada en la dicción. Entre todas las privaciones sensoriales, la incapacidad de comunicarse con otras personas debido a la deficiencia auditiva, puede ser una de las consecuencias más frustrantes para el anciano. La disminución en la habilidad de comprender, la reducción en la inteligibilidad de la dicción y el comprometimiento del proceso de comunicación verbal, reducen gradualmente el contacto social del anciano y contribuyen para el surgimiento de alteraciones emocionales. El uso de prótesis auditivas proporciona mejoría de la atención, reversión de la condición de aislamiento y de la dificultad de comunicación y mejora la calidad de vida. La utilización de estrategias en cuanto a la atención, a la audición, a la comunicación y a la lectura oral-facial también pueden mejorar la comunicación verbal. Para que el anciano pueda participar de conversaciones y tener la oportunidad de expresarse, las personas deben interactuar hablando pausadamente y con el rostro dirigido hacia él⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Con relación a la movilidad, la mayor dificultad encontrada fue subir y bajar escalones. La dificultad en deambular y dislocarse dentro de casa, además de los factores funcionales, también puede estar relacionada

con los obstáculos arquitectónicos encontrados en las residencias, conceptuados como factores ambientales. Este hecho posiblemente implica en la diferencia entre desempeño y capacidad encontrada en los ítems de la movilidad. Una atención especial debe ser dada a los factores ambientales que aumentan la probabilidad de caídas y accidentes domésticos. Estas son causas de morbimortalidad que causan impacto en la funcionalidad de la población anciana. Medidas eficaces para protección contra caídas engloban el fortalecimiento de miembros inferiores y la eliminación de obstáculos domésticos como alfombras, escalones, mala iluminación, objetos obstruyendo el paso y escaleras sin pasamanos⁽⁴⁾.

En las actividades en la vida comunitaria y social obtuvimos los mayores promedios de la diferencia entre capacidad y desempeño. Las deficiencias, mismo que limitantes, pueden ser contornadas, a fin de tornar el anciano más activo y participante⁽²⁰⁾.

Un estudio sobre los cuidados de enfermería reflexiona sobre el poder en relación al cuidar. Según éste, el "poder reductor" reduce la capacidad para el cuidado y no identifica lo que el paciente puede o sabe hacer por si propio. El *saber* y el *ser* de quien es orientado o cuidado no es valorizado. Un cuidado demasiado protector, basado en "hacer por el otro" tiende a disminuir la independencia y la autonomía de quien recibe el cuidado. En contrapartida, la enfermería debe orientar los familiares por medio del "poder libertador del cuidado", que permite a quien necesita de cuidado utilizar el poder que le resta y movilizar toda su capacidad en pro de potencializar su poder de ser y de existir. "Todo lo que resta de la capacidad de vida puede y exige ser constantemente movilizado - y esto hasta el umbral de la muerte - a fin de que las energías vitales prevalezcan sobre los obstáculos de la vida"⁽²¹⁾.

Conclusión

Durante la realización del estudio se realizó un esfuerzo para respetar las reglas de aplicación de los instrumentos sobre funcionalidad. El CIF fue concebido para descripción de la funcionalidad, incapacidad y salud. La contribución de este estudio en la utilización de la CIF, sus codificaciones y calificadores fue la interpretación de sus calificadores de manera semicuantitativa, lo que permitió comparaciones e inferencias más objetivas y cuantificar el amplio concepto de funcionalidad. El conocimiento de las características sociodemográficas, de la funcionalidad y principalmente de la capacidad y del desempeño de los ancianos dependientes, sustenta la planificación y

la implementación de políticas públicas, estableciendo un objetivo para la atención a la población anciana con incapacidad y creando subsidios tanto para la asistencia, como para la enseñanza y realización de investigaciones futuras en pro de la mejoría de la funcionalidad y de la calidad de vida.

En la recolección de datos, al evaluar el desempeño, fue interesante confrontar los pacientes y sus cuidadores con la capacidad subutilizada por el anciano en su rutina y con las orientaciones ofrecidas sobre las técnicas adecuadas a ser empleadas en los cuidados al anciano. De hecho, la deficiencia puede reflejarse en la independencia del individuo. Entretanto, la persona es capaz de activar mecanismos de compensación para enfrentar esos déficits, consiguiendo mantener su independencia y autonomía. Investigaciones futuras podrán ser realizadas para evaluar los cambios de actitud y la rutina de estos pacientes, a corto y medio plazo, después de las orientaciones realizadas por enfermeros sensibilizados sobre la cuestión de la autonomía y de la independencia.

Con la cuantificación de la funcionalidad de ancianos dependientes, la investigación evidenció una clara distancia entre el desempeño y la capacidad de esos ancianos en gran parte de las actividades de lo cotidiano que fueron evaluadas.

El incentivo a la manutención de la independencia del anciano contribuye para conservarlo en la comunidad, en su medio familiar, y a prolongar su salud física y mental. Incentivar al anciano a desarrollar su potencial de independencia con seguridad es una intervención que puede prolongar los años de vida y prevenir hospitalizaciones y perjuicios a la salud, ocasionados por la inmovilidad.

La población anciana debe ser considerada como sujeto activo en la promoción de su salud y en la manutención de su autonomía, siendo orientada sobre los cuidados y apoyada por la familia y por los servicios de salud. Esa concepción de asistencia presupone que la mayoría de los ancianos, inclusive con limitaciones, no son totalmente incapacitados o dependientes.

Agradecimientos

A la Dra Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima y a la Dra Sofia Iost Pavarini por la contribución en la revisión crítica de la disertación de la cual este artículo fue extraído; a las becadas Ana Luíza de Aquino y Lílian de Oliveira Lana por el auxilio durante la recolección de los datos; y, al Dr. Edgar Nunes de Moraes, coordinador del Centro de Referencia del Anciano Profesor Caio Benjamim Dias, por el apoyo en la realización de este estudio.

Referencias

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 longevo: 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 predispõem 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=S1413-3552012000400005&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, Morais 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.doi.org/10.1590/S2179-64912011000100012>.
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.