

PREVALÊNCIA E ANÁLISE DA DEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS. Tárzia Garcia da Silva, Jaime de Oliveira Gomes, Guilherme Barbosa Shimocomaqui, Débora Fernanda Costa da Silva. – Inter-áreas - Fisioterapia - Departamento de Planejamento, Arquitetura e Urbanismo – Faculdade de Ciências e Tecnologia – Campus de Presidente Prudente.

O crescimento da população idosa é uma realidade dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. A melhoria da qualidade de vida associada à redução das taxas de mortalidade e fertilidade, os avanços da assistência médica, da medicina preventiva e dos progressos tecnológicos são os responsáveis por esse aumento quantitativo e progressivo de idosos.

O envelhecimento pode ser definido como um fenômeno do processo de vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade são marcadas por mudanças bio-psico-sociais relacionadas com a passagem do tempo. Envelhecer nem sempre está acompanhado pela manutenção da saúde e da qualidade de vida, muitas vezes traz consigo enfermidades, incapacidades e conseqüentemente uma dependência funcional. Assim, manter todas as funções representa saúde e diminuição de inúmeros problemas para o indivíduo e para a comunidade. Quando essas funções começam a deteriorar, os problemas relacionados com a capacidade funcional e com a independência começam a surgir.

A avaliação do estado de saúde dentro de um conceito mais abrangente definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), “estado de completo bem estar” é difícil de ser realizada. A avaliação do estado de saúde de qualquer indivíduo precisa ser feita por meio de indicadores que auxiliam a fazer um diagnóstico preciso. A partir desta, poderá mensurar a evolução ou retrocesso do estado de saúde. Uma forma de quantificá-la é através do grau de independência com que desempenha as funções do dia-a-dia, sempre levando em conta o seu contexto socioeconômico-cultural; ou seja, pode-se medir a independência através do seu oposto: a dependência.

A avaliação da capacidade funcional bem como da dependência do idoso centra-se na mensuração e classificação das capacidades e atividades funcionais, assim como na identificação das limitações. Na essência, é a medida de como uma pessoa efetua as atividades da vida diária (AVD) ou desempenha certos papéis. A expressão, o comportamento, as funções psicossociais e a capacidade de adaptação do idoso, podem ajudar na classificação do nível de dependência do mesmo. Um protocolo que avalia a função dos idosos por meio da realização das AVD é o Índice de Barthel (IB), uma escala padronizada e validada que tem sido muito utilizada por sua praticidade e precisão.

O retardo do conhecimento do envelhecimento populacional e a necessidade de tornar público a insuficiência de ações e investimentos na profilaxia são considerações que justificam a realização desse trabalho. O presente trabalho objetiva conhecer a prevalência dos idosos com algum grau de dependência e as características dos mesmos, pois avaliá-los é um procedimento indispensável para compreender a realidade da população idosa não institucionalizada.

A pesquisa foi desenvolvida no bairro Parque Alvorada, zona leste da cidade de Presidente Prudente. Foram entrevistados idosos de ambos os sexos, com faixa etária entre sessenta e cinco anos ou mais e que estavam cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Parque Alvorada e no Programa de Saúde da Família (PSF). Foram selecionadas aleatoriamente seis microáreas nas quais é realizado o trabalho do PSF para a aplicação dos questionários. Os questionários aplicados continham dados de identificação como: nome (iniciais), endereço, bairro, telefone, idade, data de nascimento, sexo, raça, estado civil, nível de escolaridade, naturalidade, nacionalidade, situação atual e profissão anterior; e o Índice de Barthel modificado (IBm) que classificou os idosos como dependentes ou independentes e mensurou o grau de dependência para realizar as atividades da vida diária.

O número absoluto de idosos cadastrados no PSF foi de 201 idosos, dentre os quais, 10 (5%) não puderam ou não quiseram participar da pesquisa. Portanto, foram entrevistados 191 idosos dos quais 109 eram do sexo feminino (57,1%) e 82 eram do sexo masculino (42,9%) com idade entre 65 a 100 anos, prevalecendo um maior número com 70 a 79 anos (48,7%).

Quanto à classificação dos 191 idosos entrevistados, 165 (86,4%) obtiveram 50 pontos no IBm, sendo assim classificado como independente para a execução das AVD e 26 (13,6%) possuíam algum grau de dependência para realizá-las. Dentre os idosos classificados como dependentes, 16 (14,6%) eram mulheres e 10 eram (12,2%) homens. Quanto ao grau de dependência para realizar as AVD, nenhum idoso possuía dependência total, 5 (19,2%) possuíam dependência severa, 8 (30,8%)

possuíam dependência moderada e 13 (50%) possuíam ligeira dependência para a execução dessas atividades.

Quanto ao grau de escolaridade, os resultados mostraram prevalência de idosos que atingiram o ensino fundamental concluído ou não (53,8%) e que os idosos analfabetos tiveram mais chances de se tornarem dependentes que os alfabetizados OR de 2,00 (IC de 95%, 0,8 - 5,03). Quanto ao estado civil, houve predominância dos idosos casados (50%), mostrando que estar casado pode não estar associado à dependência funcional em relação aos solteiros, viúvos e divorciados (OR de 0,81 e IC de 95% de 0,36 - 1,86). Nesse estudo os idosos mais acometidos pela dependência foram os da raça branca, todavia não apresentaram maior risco em relação às outras raças (OR de 0,56; IC de 95% de 0,24 - 1,34). Esses dados são apenas indicativos dos grupos raciais devido à dificuldade de classificação quanto aos diversos grupos, pois, podem representar diferença por uma razão sócio-econômica.

A dependência funcional pode ser desencadeada por patologias crônicas. As patologias referidas pelos idosos dependentes podem ter interferido na realização das AVD e conseqüentemente no resultado do IBm. A hipertensão, a artrose e o acidente vascular cerebral (AVC) foram às patologias mais relatadas. O AVC ainda se destaca, pois possuía 60% dos idosos com dependência severa e 25% com dependência moderada. Pode-se referir que a hipertensão e a artrose foram menos limitantes, pois possuíam 20% com dependência severa e 37,5% com dependência moderada, e 38,5% com ligeira dependência respectivamente. A dependência funcional pode ter sido proveniente de uma patologia adquirida com o envelhecimento ou por fatores extrínsecos, como a atividade física ou profissão. Dessa forma, as profissões relatadas podem ter interferido no aparecimento de uma patologia e na dependência funcional desses idosos. As profissões “do lar, vigilante e agropecuarista” que exigem esforço físico, repetição de atividades (*overuse*) ou envolvem desgaste do organismo, podem afetar diretamente a saúde e comprometer a realização das AVD. As três profissões foram as mais relatadas entre os idosos dependentes totalizando um percentual de (11,5%).

As condições sócio-econômicas podem agravar ou melhorar a dependência, assim como o acesso a serviços especializados, as condições de higiene, a alimentação e o desconforto. Dessa forma, justifica-se o questionamento sobre a possibilidade de haver relação entre a situação atual e a dependência funcional desses idosos. Houve prevalência de idosos aposentados, o que era previsível devido à idade. Assim, pode-se referir que a pequena prevalência de idosos dependentes (13,6%) não tem relação com a situação financeira, ou seja, uma condição financeira desfavorável não interferiu na dependência, demonstrado pelo resultado OR de 0,38 (IC de 95%, 0,14 - 1,01).

Um dos objetivos desse trabalho foi verificar qual das atividades da vida diária os idosos tinham mais dificuldade de realizar. Dentre os 26 idosos dependentes funcionalmente, 6 (23,0%) idosos assinalaram no IBm ter algum grau de dificuldade para a continência vesical; 7 (26,9%) cadeirantes assinalaram ter dificuldade no uso da cadeira de rodas; 8 (30,7%) assinalaram ter dificuldade para as transferências, na continência anal, no uso do banheiro e na alimentação; 10 (38,4%) assinalaram ter dificuldade durante o banho e higiene pessoal; 11 (42,3%) idosos assinalaram ter dificuldade para vestir-se; 12 (46,1%) para deambular e 24 (92,3%) para subir e descer escadas. Foi observado que houve prevalência nas atividades que envolviam locomoção como deambular e subir e descer escadas. Essa prevalência pode ser conseqüência das patologias mais predominantes como o AVC e a artrose que podem interferir na mobilidade, na marcha e na dependência desses idosos.

A situação social e financeira dos idosos da área estudada não é satisfatória. A espera por uma consulta médica, a escassez de remédios inadiáveis, a demora pela realização de exames e o tempo que se aguarda pelo retorno médico e diagnóstico; são fundamentais para a degradação da saúde desses idosos e conseqüentemente o progresso das dependências funcionais. A pequena prevalência de idosos dependentes (13,6%) não refletiu a realidade da população da zona leste. Os resultados podem nos fazer pensar que mesmo moradores de uma área carente não há necessidades de investimentos e atendimento a essa amostra populacional já que não se tornam dependentes. Faz-se necessário não apenas focar os resultados, mas sim interpreta-los de forma coerente. Os idosos não institucionalizados convivem com duas vertentes contraditórias que estão diretamente relacionadas à pobreza. A primeira, o que era esperado no trabalho, é expressa de forma negativa pelo idoso que dispõe de poucos recursos financeiros: não se alimentando corretamente pode adquirir enfermidades. Essa enfermidade pode progredir para uma incapacidade e conseqüentemente afetar a realização das AVD. Com essa dificuldade ou dependência, o idoso passa a se excluir da sociedade, sendo comum

entre os não institucionalizados. A segunda, que consolidou os resultados encontrados, expressa de forma positiva a falta de recursos financeiros: o idoso não dispende de recursos, mesmo com incapacidades, se adapta ao seu meio de acordo com suas condições físicas e não se classificava como dependente. Dessa forma, os resultados nos permitem concluir que o pequeno percentual de idosos classificados como dependentes foi devido às adaptações características da população de baixo poder aquisitivo e não por apresentarem qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

1. AMÂNCIO, A.; CAVALCANTI, P. C. UCHÔA. O problema social da velhice. In: _____. **Clínica geriátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975. cap. 2, p. 13-24.
2. ANDRES S. J. F. et al. Valor prognóstico del índice de Barthel en el resultado funcional del tratamiento del hemipléjico. **Rehabilitación**, Barcelona. v. 30, p. 108-15, 1996.
3. BUSSE, E. W.; BLAZER, D. G. **Handbook of geriatric psychiatry**. New York:Van Nostrand Reinhold, 1980.
4. CAMPANELLI, L. C. Theories of aging. In: LEWIS, C. B. **Aging: the health care challenge**. 2 ed. Philadelphia: F. A. Davis, 1990. cap.1, p. 7 –21.
5. CANÇADO, F. A. X. **Noções práticas de geriatria**. Belo Horizonte: Coopmed - Health, 1994.
6. CARRILLO, V.; GARCIA, M. F.; BLANCO, I. S. Escalas de actividades de la vida diaria. **Rehabilitación**, Barcelona. v. 28, p. 377-88, 1994.
7. CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em uma visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 5, p. 60-70.
8. CARVALHO FILHO, E. T.; ALENCAR, Y. M. G. Teorias do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 1, p. 1-8.
9. CAVALCANTI, P. C. U. Os processos biológicos do envelhecimento. In: _____. **Clínica geriátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975. cap. 1, p. 1-12.
10. CHAGAS, E. F. **Proposta de avaliação da simetria e transferência de peso e a relação dessa condição com a atividade funcional do hemipléjico**. 1999. p. 127. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.
11. O’SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1993.
12. PAPALÉO NETTO, M.; BORGONOV, N. Biologia e teorias do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em uma visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 4, p. 44-59.

13. PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em uma visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 1, p. 3-12.
14. PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em uma visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996a. cap. 28, p. 313-325.
15. PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em uma visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996b. cap. 3, p. 26-43.
16. RABELO, D. F.; NERI, A. L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. **Psicologia - USP**. São Paulo. v. 10, n. 3, p. 403-12. set./dez. 2005.
17. RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**. Porto Alegre. n. 7, p. 156-75. jan./jun. 2002.
18. SALGADO, A. M. **Velhice, uma nova questão social**. São Paulo: SESC, 1980.
19. SALLES, R. F. N. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F. C. **Urgências em geriatria: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico, controle terapêutico**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap.1, p. 1-22.
20. SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. v. 40, n. 2, p. 346-52. abr. 2006.
21. SCHNEIDER, J. **Manual de geriatria**. São Paulo: Rocca, 1985.
22. SCHOUERI JUNIOR, R.; RAMOS, L.R.; PAPALÉO NETTO, M. Crescimento populacional: Aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 2, p. 9-30.
23. SCHWARTZ, J. R. Geriatric emergency medicine. In: BOSKER, G. et al. **Geriatric emergency medicine**. St. Louis: Mosby Year Book, 1990. cap.1, p. 3-8.
24. SHAH, S., VANCLAY, F., COOPER, B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. **Journal of Clinical Epidemiology**. New York. v. 42, p. 703-9, 1989.