

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS EM UMA COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE MORENO – PE¹

EVALUATION OF THE FUNCTIONAL CAPACITY OF ELDERLY PEOPLE IN A COMMUNITY OF THE MUNICIPAL DISTRICT OF MORENO – PE

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN UNA COMUNIDAD DEL DISTRITO MUNICIPAL DE MORENO – PE

MARIA EMÍLIA VILELA TENÓRIO²

MARIA JANAÍNA MELO DOS SANTOS³

THEREZA CRISTINA SILVA DE SENA⁴

SILVANA SIDNEY COSTA SANTOS⁵

NARA CARNEIRO LACERDA⁶

O objetivo deste estudo foi avaliar a capacidade funcional de idosos. Pesquisa descritiva, realizada na Comunidade Alto das Estrelas, Moreno-PE, com 30 idosos cadastrados no Programa Saúde da Família. Na coleta dos dados utilizou-se formulário com três partes: identificação do idoso; Escala de Atividades de Vida Diária (AVD) e Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD); identificação das causas das incapacidades do idoso, cuja aplicação ocorreu por visita domiciliária. Os resultados obtidos apontaram: 16 mulheres e 14 homens; idade entre 60 e 70 anos; agricultores, casados, aposentados ou pensionistas; analfabetos; morando com filhos e netos, prestando-lhes ajuda; realizando lazer e atividades religiosas. Principais queixas de saúde: “esquecimento” e alterações visuais. Encontraram-se três idosos dependentes da ajuda, por conta de: seqüela de Acidente Vascular Cerebral, doença osteoarticular e doença psiquiátrica. Foi elaborada proposta de reabilitação e manutenção da capacidade funcional de idosos atendidos em USF.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Geriátrica; Cuidado; Saúde do idoso; Envelhecimento.

The objective of this study was to evaluate the functional capacity of the elderly. This descriptive research was accomplished in the Community Alto das Estrelas, Moreno-PE, with 30 elderly people registered at the PSF. A form divided by 3 parts was used for the data collection: the senior's identification; Scale of Daily Life Activities (DLA) and Scale of Instrumental Activities of Daily Life (SIADL); identification of the causes of the senior's incapacities, whose application was made through domiciliary visits. The results obtained were the following: 16 women and 14 men; aged 60 – 70 years; farmers, married, retired or pensioners; illiterates; living with children and grandchildren, who they support; accomplishing leisure and religious activities. Their main complaints concerning health are: “forgetfulness” and visual alterations. Three of them were dependent of other people's help, due to: sequel of Cerebral Vascular Accident, osteoarticular disease and psychiatric disease. It was elaborated a rehabilitation proposal as well as maintenance of the functional capacity assisted at the USE.

KEYWORDS: Geriatric Nursing; Care; Aging health; Aging.

El objetivo de este estudio fue evaluar la capacidad funcional de las personas mayores. Es una investigación descriptiva, realizada en la Comunidad Alto das Estrelas, Moreno-PE, con 30 personas mayores registradas en PSF. Para recoger los datos necesarios se usó un formulario constando de tres partes: 1) identificación de la persona mayor, 2) Escala de Actividades de Vida Diaria (AVD) y Escala de Actividades Instrumentales de Vida Diaria (AIVD), 3) identificación de las causas de las incapacidades de la persona mayor, aplicado durante la visita domiciliar. Los resultados obtenidos mencionaron: 16 mujeres y 14 hombres; edad entre 60 y 70 años; agricultores casados, jubilados o pensionistas; no alfabetizados; viviendo con hijos y nietos, ayudándoles; realizando actividades de ocio y actividades religiosas. Las quejas principales sobre la salud: la falta de memoria (“el olvido”) y las alteraciones visuales. Se descubrieron tres personas mayores que dependían de ayuda, debido a secuela decurrente de Accidente Vascular Cerebral, enfermedad óseo-articular y enfermedad psiquiátrica. Se elaboró una propuesta de rehabilitación y mantenimiento de la capacidad funcional de las personas mayores atendidas en USE.

PALABRAS CLAVE: Enfermería geriátrica; Cuidado; Envejecimiento; Salud del anciano.

¹ Pesquisa de iniciação científica. PIBIC/CNPq UPE.

² Aluna da Faculdade de Enfermagem N.Sa. das Graças (FENSG). Universidade de Pernambuco (UPE). Bolsista do PIBIC – CNPq.

^{3,4} Alunas da FENSG/UPE.

⁵ Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG/RS). Doutora em Enfermagem. Rua Duque de Caxias, 197/503. Centro. Rio Grande/RS. CEP: 96200-020. E-mail: silvanasidney@terra.com.br

⁶ Enfermeira. Professora da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças-FENSG/UPE. Mestre em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: naralacerda@fensg.upe.br

INTRODUÇÃO

A avaliação funcional constitui uma temática importante para os que lidam com o atendimento aos idosos e se preocupam com o envelhecimento saudável. Há carência de trabalhos científicos nesta área, enquanto isso, a população idosa incapacitada, dependente nas Atividades de Vida Diárias (AVDs), aumenta consideravelmente, tornando-se uma grande massa de clientela dos serviços de saúde, seja na atenção básica (Unidade de Saúde da família), seja no hospital (ambulatorios ou internações).

Pernambuco apresenta um grande número de pessoas com mais de 60 anos, existindo hoje cerca de 9,5 % de idosos na população geral do Estado¹. Diante desta população, muitos idosos apresentam incapacidades, conseqüentemente são dependentes da família, comunidade e do próprio Estado.

Estudos populacionais revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade requerem algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor, mas significativa (cerca de 10%), requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, mesmo, sentar-se e levantar-se de cadeiras e camas².

A manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, ou seja, a valorização da autonomia e da autodeterminação, a preservação da independência física e mental do idoso, a prevenção das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), direcionam a uma velhice saudável. O declínio funcional pode causar diversas doenças, as quais provocam mais gastos à família e ao Estado, pois a maioria dos idosos recorre à rede pública de saúde. Sendo assim, se o envelhecimento for acompanhado de doenças prolongadas, os problemas para os idosos, sua família e a sociedade serão enormes.

O processo normal do envelhecimento é caracterizado pela redução da capacidade funcional dos diversos tecidos e órgãos, o que acarreta um risco aumentado de doenças na sua maioria Crônica Não-Transmissível (DCNT). Essa perda de função pode ou não levar a limitações funcionais que, por sua vez, podem gerar incapacidade, conduzindo, em última instância, à dependência da ajuda de outras

pessoas ou de equipamentos específicos para a realização de tarefas essenciais à sobrevivência no dia-a-dia³.

Qualquer ser humano e em especial o idoso, mesmo portador de uma Doença Crônica Não-Transmissível (DCNT), poderá sentir-se saudável, desde que seja capaz de: desempenhar funções e atividades; alcançar expectativas e desejos; manter-se ativo em seu meio, ter alguma função social, efetuar projetos, conseguindo assim, boa qualidade de vida, podendo realizar-se como ser humano e o que é mais importante: ser feliz. Se esses objetivos não forem alcançados, sente-se infeliz, despojado da possibilidade de auto-realização, adoentado, impotente. Existe, portanto, uma correlação de saúde e bem estar com independência, e, sobretudo com autonomia⁴.

A autonomia e independência podem ser definidas respectivamente como “capacidade de decisão, de comando e capacidade de realizar algo com seus próprios meios”^{4:316}. Para o idoso, a autonomia é mais vantajosa que a independência como um objetivo global, pois podemos restaurá-la por completo, mesmo quando o ser humano continua com dependência. Se os seres humanos envelhecerem mantendo-se autônomos e independentes, serão mínimas as dificuldades para eles, sua família e a sociedade. Mas, se a capacidade funcional for drasticamente diminuída por doenças prolongadas, enormes serão os problemas gerados⁴.

Uma forma de se quantificar a saúde de um idoso é através da avaliação funcional, a qual é baseada na capacidade do idoso em realizar as Atividades de Vida Diária (AVD), determinando assim, o grau de independência e autonomia do mesmo. Enquanto que a impossibilidade de realização de determinado ato caracteriza uma condição incapacitante, a capacidade significaria a realização de um ato⁴. Percebemos que “fatores de ordem cultural, entre outros, podem interferir na avaliação do estado de capacidade, pois o ‘pode fazer’ também está relacionado ao ‘ter aprendido a fazer’ e ao ‘ter necessidade de fazer’”^{5:64}.

As Atividades de Vida Diária (AVD) são apresentadas em: *atividades básicas, atividades intermediárias/instrumentais e atividades avançadas*. As AVDs básicas incluem as funções elementares ou as funções básicas de sobrevivência: alimentar-se, manter a continência urinária e fecal, transferir-se, usar o banheiro, vestir-se e banhar-se. As AVDs

intermediárias são as que refletem a capacidade dos idosos de se adaptar ao seu meio e incluem atividades variadas, como usar o telefone, fazer as compras, preparar as refeições, arrumar a casa, lavar roupa, usar transporte, tomar remédio, tomar conta do orçamento, caminhar, sendo essenciais para a manutenção da independência. Independência ou dependência nessas tarefas determina se um idoso pode continuar a viver sozinho. As AVDs avançadas são as que se não existissem, não atrapalharia a vida adaptada daquele idoso, pois são desempenhos bem além do necessário para manter uma vida independente, podem ser: dirigir carro, praticar esporte, fazer ioga, andar de bicicleta, correr, pintar, cantar, dançar, tocar algum instrumento, viajar, participar de serviço voluntário ou de clubes de serviço, participar de atividades políticas, e outras⁴.

A avaliação funcional é essencial no cuidado ao idoso, porque: oferece uma abordagem sistemática para avaliar déficits do idoso que geralmente passam despercebidos; ajuda o enfermeiro a identificar problemas e utilizar medidas adequadas (tipo de tratamento); proporciona um meio para avaliar o progresso e a deterioração com o passar do tempo; auxilia o enfermeiro na avaliação da capacidade do idoso a viver sozinho em segurança⁶.

Não é somente a identificação de doenças o pilar de sustentação da atenção de saúde na velhice, mas a avaliação de incapacidades funcionais e as suas causas: distúrbios motores, cognitivos, psíquicos, sociais ou variáveis múltiplas associadas, as quais nem sempre estão linearmente relacionadas a doenças presentes. Entretanto, quando é evidente a presença de declínio funcional, surge a suspeita de existência de doença associada ao quadro, que pode não estar diagnosticada devido às manifestações clínicas ligadas a essa faixa etária³.

De acordo com a abordagem direcionada ao idoso, é possível controlar a progressão das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), reduzindo o risco de incapacidades, e aumentando a expectativa de vida. Sendo assim, um controle clínico adequado e aplicação de medidas de reabilitação são de suma importância para que esse ser humano torne-se menos dependente e capaz de exercer suas atividades de vida diária³.

Um fator interessante a considerar diz respeito à potência de reversibilidade ou não que a incapacidade apre-

senta. Ao se deparar com uma seqüela irreversível, deve-se encará-la não como um problema e sim, como um fato consumado e concreto. Por conseguinte, a preocupação não seria com a seqüela em si, mas em como viver com dignidade no convívio com essa limitação⁵. O objetivo deste estudo foi avaliar a capacidade funcional de idosos residentes em uma comunidade do município de Moreno-PE.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, realizado na comunidade Alto das Estrelas no município de Moreno, em Pernambuco. A população constou de 45 idosos cadastrados no Programa Saúde da Família (PSF) da Comunidade Alto das Estrelas, cuja amostra foi representada por 30 idosos, residentes na referida comunidade, que se adequaram aos seguintes critérios de seleção: idade igual ou acima de 60 anos; concordância sua ou do seu responsável em participar da pesquisa; assinatura ou impressão digital no termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi elaborado a partir da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁷. Quando o idoso não pôde responder aos pesquisadores, os dados foram obtidos do cuidador principal, que também necessitou concordar em participar da pesquisa e assinar ou deixar sua digital no termo de consentimento livre e esclarecido.

Para coleta de dados utilizamos um formulário contendo, perguntas abertas e composto por três partes: a inicial voltada à identificação do idoso; a segunda, apresentando a Escala de Atividades de Vida Diária (AVD) e a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD); e uma terceira parte voltada à identificação das causas das incapacidades do idoso. Os dados foram coletados através da realização de visita domiciliária aos idosos.

A Escala de Atividade Física e Instrumental de Vida Diária pode ser utilizada em idosos que vivem na comunidade e em instituição⁸ e ainda que frequentam grupos de convivência, procuram ambulatórios e postos de saúde, por si só⁹. É de fácil uso e destinada a medir a autonomia nas atividades de vida diária (AVD) no aspecto físico e instrumental⁸.

Os dados foram analisados utilizando-se a frequência simples dos números; também utilizamos a identifica-

ção de categorias que surgiram a partir das opiniões e falas dos sujeitos pesquisados.

RESULTADOS

Caracterização dos idosos

Dos 30 idosos pesquisados nove estavam na faixa etária de 60 a 64 anos e nove, na faixa de 65 a 69 anos, os outros 12 idosos variaram nas demais faixas etárias (70 a 74, 75 a 79, 80 a 84 e acima de 85). Verificamos mais idosas, 16 mulheres e 14 homens. Em relação ao estado civil verificamos 16 do total dos idosos investigados casados e nove viúvos, destes seis eram do sexo feminino.

Quanto à profissão/ocupação, verificamos a predominância do agricultor e que 22 dos 30 idosos investigados eram aposentados ou pensionistas, esta última situação mais encontrada entre as mulheres viúvas, que recebem as aposentadorias dos maridos. Na instrução dos idosos, foi predominante a condição de não saber ler nem escrever, presente em 28 idosos.

Em relação à companhia de moradia, três idosos moravam sozinhos. Vimos que 27 deles mantêm esposo (a), filhos, netos, irmãos, genro, nora e outros parentes, em suas residências, sendo essas pessoas a quem os idosos recorrem quando adoecem, predominando a ajuda vinda dos filhos e netos. Verificamos que 21 dos idosos prestam algum tipo de ajuda a seus familiares, sendo que em 17 deles esta ajuda é financeira.

Na participação dos idosos em atividades diversas comprovamos que dos 30 investigados, dois não praticavam nenhuma. Dos que realizavam alguma atividade predominaram ir à igreja, assistir TV e ouvir rádio, sendo estas as únicas formas de lazer. Verificamos que cinco idosos realizavam algum tipo de atividade física, porém esta não era regular. Em relação aos grupos ou associações voltadas aos idosos, não havia participação de nenhum idoso e eles, ou seus familiares, nunca tinha ouvido falar delas.

Sobre a presença de queixas quanto à saúde, os idosos relataram esquecimento, alterações visuais e auditivas, dor nas articulações e cefaléia. Verificamos que 19 dos 30 idosos apresentaram entre cinco e dez queixas.

Dentre os antecedentes patológicos pessoais, destacaram-se Hipertensão Arterial e as Doenças Infecto-parasi-

tárias (DIP). Em relação aos hábitos nocivos apresentados pelos idosos, constatamos que dos 24 que faziam uso de fumo, 13 permaneciam com esta dependência e dos 17 que eram etilistas, três continuavam. Nenhum idoso relatou uso de outras drogas em algum momento de sua vida. Quanto à utilização de medicamentos controlados, observamos que nove idosos faziam uso destes medicamentos.

Quanto às alterações músculo-esqueléticas houve predominância de inflamação na coluna, o que muitas vezes dificulta a realização das Atividades de Vida Diária devido à dor.

Quando perguntamos aos idosos se chegaram a cair nos últimos 12 meses, seis responderam sim, e destes, quatro idosos caíram mais de uma vez e dois relataram sentir medo de novas quedas.

Aplicação das escalas de capacidade funcional

Após a aplicação da Escala de Atividade Física e Instrumental de Vida Diária verificamos que nenhum idoso apresentou dependência nas atividades básicas e três, apresentaram dependência quanto às atividades instrumentais, que são aquelas de maior complexidade, como: uso de telefone, uso de transportes para locais distantes e outros.

Em relação à realização das atividades de vida diária, encontramos a necessidade de ajuda em até duas das atividades básicas e em até cinco das atividades instrumentais; destacando-se que dos idosos estudados 11 precisavam de ajuda em apenas uma das atividades básicas (alimentar-se, vestir-se, pentear-se/barbear-se, locomover-se, deitar-se/levantar-se, tomar medicamentos, usar o banheiro) e 14 idosos em atividades instrumentais (telefonar, tomar condução, realizar compras, preparar refeições, limpar a casa, lidar com suas finanças).

Nas causas das incapacidades funcionais relacionadas às atividades instrumentais de vida diária, foram identificados: um idoso com seqüela de Acidente Vascular Cerebral, um com doença osteoarticular e um com doença psiquiátrica.

Quando questionados como se sentiam por não terem condições de realizarem as atividades instrumentais de vida diária, os idosos responderam: *fico triste e agitado com qualquer barulho; me sinto triste, não gosto de de-*

pende de ninguém para trabalhar; me sinto bem. Embora dependentes, estes idosos mantêm-se autônomos, com exceção do idoso que apresentou transtornos mentais. Esta sensação de autonomia torna-se fundamental para o bem estar do idoso, pois o sentimento de poder controlar a própria vida, aumenta a sua auto-estima.

DISCUSSÃO

Caracterização dos idosos

Com o avanço da idade os idosos necessitam de cuidados mais específicos, mostrando-se necessária a capacitação dos profissionais de saúde nos cuidados a estes indivíduos para atender de forma satisfatória suas necessidades.

Conhecer a distribuição dos idosos por sexo e idade é fundamental para a implantação e implementação de políticas sociais, em especial, às da saúde, por exemplo estabelecer um programa de atenção ao climatério.

A viuvez mais acentuada nas mulheres idosas do que nos homens idosos é devido ao fato das mulheres viverem mais que os homens e isto talvez se justifique porque as mulheres se expõem menos a riscos ocupacionais, homicídios e suicídios; consomem menos álcool e fumo; procuram com maior frequência os serviços de saúde¹⁰.

O maior número de agricultores é justificado porque os idosos investigados residem em uma região caracterizada pela presença de plantações de cana-de-açúcar. Não podemos deixar de tornar relevante a importância das aposentadorias na vida dos idosos, mesmo considerando que são baixos os valores das aposentadorias e pensões dos idosos brasileiros, estas, muitas vezes constituem, não só sua principal fonte de renda, mas muitas vezes a única fonte de renda de toda a família sob a responsabilidade do idoso¹¹.

O baixo grau de instrução já era esperado, considerando que estes idosos quando jovens, ou seja, quando necessitavam estar inseridos numa escola, não tiveram acesso à educação, por conta da época e do contexto em que viveram a idade escolar.

A participação da família é peça fundamental na vida do idoso, pois no processo do envelhecimento ocorrem alterações biológicas e psicossociais, em que a família atua ajudando-o a transpor essas mudanças¹².

As atividades físicas como também reuniões sociais e de grupos afins são muito importantes na vida das pessoas, principalmente dos idosos, pois permitem: interação social, envelhecimento saudável, melhoria da auto-estima, estímulo à criatividade, combate à insônia, entre outros. Na comunidade pesquisada não existem grupos ou associações voltadas à população idosa.

Sobre as queixas de doenças relatadas pelos idosos, elas se tornam fato de grande relevância na sua avaliação funcional, pois com o envelhecimento podem surgir doenças; na sua maioria Doença Crônica Não-Transmissível (DCNT), trazendo para o idoso uma maior tendência a polipatologias.

Com o aumento da idade é maior a probabilidade de ocorrências de múltiplas doenças crônicas concorrentes (co-morbidade). Os estudos brasileiros têm demonstrado que, entre os idosos, mais de 85% apresenta pelo menos uma enfermidade crônica e cerca de 15%, pelo menos cinco doenças crônicas¹¹.

É preocupante o alto número de idosos hipertensos na comunidade estudada, pois esta patologia pode contribuir para o aparecimento de outras, que podem ou não gerar incapacidades, conduzindo à dependência da ajuda de outras pessoas ou de equipamentos específicos para a realização de tarefas essenciais à sua sobrevivência.

Cabe aqui ressaltar que a queda é uma das principais causas de incapacidades funcionais nas pessoas idosas, necessitando ser investigada quando se realizam ações diagnósticas com os maiores de 60 anos.

Aplicação das escalas de capacidade funcional

O processo de envelhecimento traz consigo limitações, que muitas vezes fragilizam a capacidade funcional do idoso, como tontura, diminuição da acuidade visual, entre outros, levando-o à dependência, significando geralmente necessidade de cuidados permanentes.

Estudos realizados no Brasil mostram que de 4% a 6% dos idosos apresentam dependência funcional grave, 7% a 10%, moderadas, e, 25% a 30%, leves. De 50% a 60% de nossos idosos seriam completamente independentes¹¹.

Vale ressaltar que as incapacidades funcionais têm nas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) sua prin-

cial causa, as quais apresentam chances de aparecimento crescente com o avançar da idade. Mostra-se assim, a necessidade do estabelecimento de uma política preventiva da progressão das DCNT, sendo esta a única forma para minimizar a questão.

PROPOSTA DE REABILITAÇÃO E MANUTENÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Reabilitação é um processo dinâmico voltado para a saúde, que ajuda a pessoa com limitações a adquirir o maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e econômico, a fim de obter uma vida com dignidade, auto-respeito e independência. O objetivo primordial da reabilitação é restaurar ao paciente a independência ou nível de funcionamento antes da enfermidade e no menor espaço de tempo possível¹³.

A enfermagem é responsável pela estruturação do conhecimento das respostas humanas aos problemas de saúde, tendo o intuito de propiciar ao doente as melhores condições para que a natureza aja sobre ele. O modo de classificação da enfermagem para descrever e desenvolver um plano de cuidados fundamentado científica e confiavelmente é a identificação dos diagnósticos de enfermagem^{14, 15}.

Em 1953, o termo diagnóstico de enfermagem foi introduzido nos Estados Unidos para descrever um passo necessário para o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem. Segundo a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)¹⁶, o diagnóstico de Enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família, ou comunidade aos problemas de saúde, processos vitais, reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção das ações de enfermagem, visando o alcance de resultados pelos quais se torna o enfermeiro responsável.

As ações voltadas ao cuidado de idosos com alteração funcional, aqui presentes, foram aquelas identificadas nos três idosos que apresentaram alterações na capacidade funcional, tendo sido tais alterações provocadas por suas patologias: Distúrbio de Saúde Mental, Acidente Vascular Cerebral Encefálico e Doença Osteoarticular.

Dentre os diagnósticos identificados nestes idosos, escolhemos apresentar uma proposta de ação, utilizando

bibliografia pertinente^{14,15} e pondo em relevância o título do diagnóstico de enfermagem, a denominação diagnóstica e ações que melhor possam atender as necessidades dos idosos pesquisados, as quais serão descritas a seguir.

Risco para Violência: estado em que uma pessoa é ou pode tornar-se violenta com os outros ou com o ambiente.

Ações: reconhecer os sentimentos dos idosos; ser verdadeiro e empático; estabelecer limites quando ele representar um risco para outros; oferecer ao idoso escolhas e opções, às vezes, é necessário ceder a algumas exigências para evitar uma luta de poder; permanecer calmo se o idoso estiver ficando zangado, deixar a situação nas mãos de outras pessoas, se possível; quando o ataque é iminente, é essencial a ação rápida e coordenada; abordar o idoso de maneira calma e auto-suficiente, de forma a não transmitir a sua ansiedade ou o seu medo; estabelecer um ambiente que reduza a agitação; estabelecer a expectativa de que ele possa controlar o comportamento e continuar a reforçá-la; permitir as expressões verbais apropriadas de raiva; fornecer retroalimentação positiva; estabelecer limites para o abuso verbal; não encarar os insultos pessoalmente; encorajá-lo ao aumento das atividades recreacionais; planejar quanto à violência imprevista, investigando o potencial de violência e a história anterior da pessoa, assim como assegurar a própria proteção.

Comunicação Prejudicada: estado em que o indivíduo apresenta, ou está em alto risco para apresentar, capacidade diminuída de enviar ou receber mensagens (isto é, tem dificuldade em transmitir pensamentos, idéias, ou desejos).

Ações: proporcionar um ambiente tranquilizador; usar técnicas para aumentar a compreensão, como o uso de comando descomplicado e combinação das palavras com a ação; fazer um esforço concentrado para compreender quando o idoso estiver falando; dar ao idoso oportunidade para tomar decisões sobre os cuidados de vida diária; ensinar às pessoas próximas técnicas e abordagens para melhorar a comunicação; certificar-se de que o idoso entendeu os questionamentos, solicitando que diga “sim” ou “não”; evitar perguntar “você entendeu?”.

Interação Social Prejudicada: estado em que a pessoa apresenta, ou corre o risco de apresentar, respostas insuficientes, negativas ou insatisfatórias às interações.

Ações: apoiar as defesas saudáveis; auxiliar a identificar os cursos alternativos de ação; representar as situações problemáticas; discutir os sentimentos; para os membros da família da pessoa com doença mental crônica: auxiliar os membros da família a compreenderem e proporcionarem apoio, com informações factuais (relativas à doença, ao tratamento e ao progresso), para que eles lidem com os problemas diários, proporcionar orientação sobre os ambientes com estimulação excessiva ou escassa, desenvolver uma aliança com a família, organizar o cuidado substituto periódico; para o idoso com doença mental crônica, ensinar: a resumir as atividades do dia e concentrar-se em realizá-las, como abordar os outros para comunicar-se, a identificar o comportamento positivo e demonstrar satisfação consigo mesmo ao selecionar opções construtivas.

Manutenção do Lar Prejudicada: estado em que o indivíduo ou a família apresenta ou está em risco de apresentar dificuldade em estabelecer um habitat produtivo, higiênico e seguro.

Ações: determinar, com o idoso e a família, a informação que necessita ser ensinada e aprendida; determinar o tipo de equipamento necessário, considerando a disponibilidade, o custo e a durabilidade; determinar o tipo de assistência necessária e ajudar o idoso a obtê-las; discutir as implicações do cuidado ao idoso com doença mental crônica; organizar uma visita domiciliar; permitir ao cuidador do idoso a oportunidade de partilhar os problemas e sentimentos.

Processos de Pensamento alterados: estado no qual a pessoa evidencia uma ruptura nas atividades mentais como a orientação para a realidade, o pensamento consciente, a solução de problemas, a crítica e a compreensão em relação ao enfrentamento, à personalidade, e/ ou aos distúrbios mentais.

Ações: abordar de maneira calma, fortalecedora; reconhecer quando o idoso está testando a confiabilidade dos outros; usar uma forma de comunicação que auxilie o idoso a manter a própria individualidade; para as alucinações: observar quanto às alucinações verbais e não-verbais, dirigir o enfoque da expressão delirante para a discussão das situações centradas na realidade, evitar a impressão de que você confirma ou aprova as distorções da realidade;

expressar as dúvidas com muito tato, estabelecer limites para a discussão de material delirante repetitivo (“você já contou sobre isto; vamos falar de algo real”), auxiliar a vincular as crenças falsas com os níveis de ansiedade crescentes; auxiliar a comunicar-se mais efetivamente: perguntar o significado do que é dito; não presumir que ele entendeu, comprovar a sua interpretação do que está sendo dito (“isto é o que você quer dizer?”), esclarecer todos os pronomes globais: nós, eles (“quem são eles?”) redirecionar o foco quando a pessoa muda de assunto no meio de uma explicação ou pensamento, não repetir ou reformular as palavras ou frases que você não tenha entendido, ensinar o idoso a comprovar consensualmente com os outros, auxiliar o idoso a estabelecer limites para o seu próprio comportamento; auxiliá-lo a diferenciar entre necessidades e as exigências; investigar e manipular o ambiente em relação aos perigos.

Controle Ineficaz do Regime Terapêutico: é o padrão em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, dificuldade na integração à vida diária de um programa para o tratamento da doença e das seqüelas que preencha os princípios de saúde específicos.

Ações: identificar os fatores causadores e relacionados que impedem o controle eficiente; promover uma atitude positiva e ativar a participação do idoso e da família; para promover o aprendizado: evitar os horários em que o idoso está fatigado, reduzir as distrações, relacionar as informações com experiências anteriores, usar auxiliares visuais, permitir que o idoso dê seu próprio ritmo ao aprendizado, criar uma lista de indicações para organizar as atividades.

Mobilidade Prejudicada para Andar: estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco para apresentar, limitação para andar.

Ações: assegurar o uso correto e seguro dos auxiliares na deambulação (por exemplo: bengala, muletas e andador): o uso de sapatos firmes (bem ajustados), auxiliar o idoso na deambulação em terreno inclinado e superfícies irregulares, além de subir e descer escadas, está atento aos perigos como: piso molhado; proporcionar mobilização progressiva, se indicada: auxiliar a pessoa a sentar-se lentamente, progredir para a deambulação, com ou sem equipamentos auxiliares, encorajar a deambulação em caminhadas curtas e

frequentes, com assistência, avaliar a resposta à deambulação, consultando a intolerância à atividade.

Déficit no Autocuidado: estado no qual o indivíduo apresenta prejudicada a habilidade para deambular sozinho, realizar as atividades completas de vestir-se e arrumar-se.

Ações: escolher roupas folgadas, com mangas e pernas largas e com fechamento anterior; permitir tempo suficiente para o vestir-se e o despir-se, pois a tarefa pode ser fatigante, dolorosa ou difícil; proporcionar cuidados de vestir, conforme necessário; colocar as roupas na ordem em que devem ser vestidas; proporcionar privacidade para rotina de vestir-se.

Mobilidade Física Prejudicada: estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco de apresentar, limitações dos movimentos físicos, mas não está imóvel.

Ações: posicionar em alinhamento para prevenir complicações; providenciar a mobilização progressiva, de acordo com estado do idoso; observar e ensinar o uso de muletas, andadores, tipóias e bandagens; ensinar as precauções de segurança ao indivíduo; encorajar o uso do membro não-afetado, quando possível: encorajar o idoso a usar o membro afetado nas atividades de autocuidado, ensiná-lo a usar o membro não-afetado para exercitar o afetado, tomar um banho morno para aliviar a rigidez ao despertar pela manhã e melhorar a mobilidade; fazer com que o idoso demonstre: exercícios de fortalecimento, exercícios de amplitude de movimentos, cuidados com os equipamentos auxiliares, precauções de segurança.

Enfrentamento Individual Ineficaz quando a pessoa apresenta, ou está em risco de apresentar, incapacidade para controlar adequadamente os estressores internos ou ambientais devido a recursos inadequados (físicos, psicológicos, comportamentais e/ ou cognitivos).

Ações: oferecer apoio à medida que o idoso fala; se ele estiver zangado: manter um ambiente com baixo nível de estimulação, investigar porque ele está zangado, enfocar o que pode ser feito e o que deixou de ser feito, oferecer opções para aumentar a sensação de controle, reconhecer que todos ficamos zangados, mas que determinadas ações são inaceitáveis, encorajar a auto-avaliação do próprio comportamento; auxiliá-lo a solucionar os problemas de maneira construtiva, ajudar o idoso a identificar os problemas que não podem ser controlados diretamente e auxiliá-lo a

praticar atividades redutoras de estresse, ensinar técnicas de relaxamento; enfatizar a importância de destinar 15 a 20 minutos diários para praticar o relaxamento, descobrir meios que fortaleçam os sentimentos de aquisição pessoal e de auto-estima, declarar regras de forma simples, sem fazer pregação.

Baixa Auto-Estima Situacional: estado em que o indivíduo, com auto-estima positiva anterior apresenta sentimentos negativos sobre si mesmo em resposta a um evento (perda, mudança).

Ações: auxiliar o idoso na identificação e na expressão dos sentimentos; auxiliar na identificação das auto-avaliações positivas; examinar e reforçar as capacidades e os traços positivos, como: *hobbies*, habilidades, relacionamentos, aparência, lealdade, engenhosidade; auxiliá-lo a aceitar tanto os sentimentos positivos quanto os negativos; encorajar o exame do comportamento atual e as suas conseqüências; auxiliar a identificar os pensamentos negativos automáticos e a generalização excessiva; auxiliar a identificação da própria responsabilidade e do controle da situação vivenciada; mobilizar o sistema de apoio atual; encaminhar para os recursos comunitários, conforme indicação.

Dor Crônica: estado em que o indivíduo apresenta dor persistente ou intermitente durante mais do que seis meses.

Ações: proporcionar métodos não invasivos de alívio da dor, como o relaxamento e a compressa com água morna; orientar quanto à postura apropriada e mecânica do corpo; evitar fatores de risco, tais como: fumo, inatividade e excesso de peso.

Tristeza: estado em que a pessoa apresenta ou está em risco de apresentar tristeza permanente e de intensidade variável em resposta a mudança provocada por um evento ou condição em uma pessoa querida e as perdas constantes da normalidade.

Ações: encorajar a compartilhar os sentimentos desde a mudança; encorajar, delicadamente, a compartilhar os sonhos ou esperanças perdidas; auxiliar a identificar os marcos de desenvolvimento que irão exacerbar a perda de normalidade; encorajar a participação do idoso em grupos de apoio com outros idosos.

A **sensação de inutilidade** está relacionada à **baixa auto-estima**, que se refere ao estado em que o indivi-

duo apresenta uma auto-avaliação negativa de longa duração sobre si mesmo e as suas capacidades. A **sensação de inutilidade** também pode estar relacionada ao **distúrbio no autoconceito**, estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, uma mudança negativa na maneira de sentir, de pensar ou de ver a si mesmo. Podendo incluir uma mudança na imagem corporal, na auto-idealização, na auto-estima, no desempenho de papel ou na identidade pessoal.

Ações: encorajar o idoso a expressar os sentimentos, especialmente sobre a maneira como se sente, pensa ou vê a si mesmo; proporcionar informações confiáveis às dúvidas dos idosos, reforçando sempre as informações já fornecidas; descobrir as áreas que o idoso gostaria de mudar, encorajando-o a solucionar os seus problemas; esclarecer as concepções errôneas que o idoso tem sobre si mesmo; evitar críticas destrutivas; oportunizar ao idoso o desenvolvimento de atividades compatíveis com suas aptidões; verbalizar a importância da realização das atividades do idoso para ele e para os demais; proporcionar encorajamento à medida que uma tarefa ou uma habilidade é tentada permitindo que o idoso desempenhe as tarefas de forma mais independente possível; auxiliar o idoso na expressão de sentimentos e pensamentos; não permitir que o idoso isole-se; estimular o desenvolvimento de atividades que lhe proporcionem satisfação; usar com o idoso o mesmo tom de voz usado habitualmente com outras pessoas; evitar atribuir deficiências à “idade avançada”; permitir ao idoso tempo suficiente para realizar as tarefas em seu próprio ritmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As características básicas dos idosos pesquisados foram: mais mulheres que homens; idade compreendida entre 60 e 70 anos; mais agricultores, casados, aposentados ou pensionistas e analfabetos. Grande parte dos idosos referiu companhia na moradia, o que parece ser um fator positivo, pois quando o idoso adoece passa a contar principalmente com os filhos e netos. Boa parte deles presta alguma ajuda a seus familiares e realiza atividades diversas, predominando as de lazer e religiosas. Dentre as principais queixas de saúde referidas pelos idosos, prevaleceram o “esquecimento” e as alterações visuais.

A partir dos resultados obtidos verificamos que, apesar das limitações identificadas e trazidas pelo processo de envelhecimento e da comunidade estudada ser carente, grande parte dos idosos estudados mantinha-se independentes e autônomos em relação às Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária, ou seja, preservam sua capacidade funcional. Nas tarefas básicas todos apresentaram certa independência, enquanto que na realização das atividades instrumentais, encontramos três idosos dependentes da ajuda de outras pessoas.

Quanto às causas das incapacidades funcionais relacionadas às atividades instrumentais, foram identificadas seqüela de Acidente Vascular Cerebral, doença osteoarticular e doença psiquiátrica. Porém há necessidade de considerar-se o número acentuado de sinais e sintomas encontrados em alguns idosos, tais como: alterações visuais, dor nas articulações e outros que podem direcionar a distúrbios funcionais. Sendo assim, torna-se necessário que tais idosos sejam monitorados em consultas subseqüentes por meio de reaplicação das escalas para que se possa intervir e orientar cuidados melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

Portanto, torna-se importante para os enfermeiros considerarem o nível funcional dos idosos em suas avaliações, procurando estimulá-los a preservarem o máximo de independência e autonomia possível. Já os idosos incapacitados necessitam ser acompanhados por profissionais habilitados, a fim de que se possa proporcionar uma melhor qualidade de vida, seja reabilitando-os ou adaptando-os através de cuidados e orientações específicas.

Sugerimos ao Programa de Saúde da Família e ao Presidente da Associação da Comunidade trabalhada a necessidade de organizar-se alguma atividade de lazer específica para esta população, aí incluída a instalação de um grupo para idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretório de pesquisa. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2004. 42p. (Mimeografado)
2. Braga PMV, editor. Direito do idoso. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde; 2003 [citado 2004 nov. 19]. Dis-

- ponível em: <http://www.direitodoidoso.com.br/09/proj001.html>.
3. Freitas EV. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: Freitas EV et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. cap.72, p. 609-17.
 4. Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo Netto, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1997. cap. 28, p. 313-23.
 5. Menezes AK. Avaliação funcional do idoso versus avaliação clínica tradicional. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Caminhos do envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. p. 63-70.
 6. Nettina SM. Assistência ao idoso. In: Nettina SM. Prática de enfermagem. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. cap.7. p.104-23.
 7. Ministério da Saúde(BR). Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília:1996.
 8. Bowling A. La Medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Espanha: Massan; 1994.
 9. Cardoso V, Gonçalves LHT. Instrumentos de avaliação da autonomia no desempenho das atividades de vida diária no cliente idoso. Arq Catarinense Med 1996; 24(4):21-47.
 10. Veras RP. País jovem com cabelos brancos – a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará; 1994.
 11. Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Postgraduate; 1998.
 12. Santos SSC. Enfermagem gerontogeriatrica: reflexão à ação curativa. São Paulo: Robe; 2001. p. 67 a 82.
 13. Smeltzer SC, Bare BG. Princípios e práticas da reabilitação. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico – cirúrgica. 9th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. v. 1, cap. 10, p. 113-40.
 14. Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica. 6th ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
 15. Carpenito LJ. Manual de diagnóstico de enfermagem. 8th ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
 16. North American Nursing Diagnosis Association – NANDA. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2001-2002. Porto Alegre: Artmed; 2003.

RECEBIDO: 10/01/05

ACEITO: 09/03/06