

**Artigo original****Análise da capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa*****Analysis of the functional capacity in an institutionalized elderly community in João Pessoa***

Neide Maria Gomes de Lucena\*, Ricardo Oliveira Guerra\*\*, Alinne Bezerra de Lucena\*\*\*, Carla Franklin da Silva\*\*\*, Roberto Quirino do Nascimento\*\*\*\*

.....

*\*Prof.<sup>a</sup>. do Departamento de Fisioterapia da UFPB, Doutora em Educação Física pela Universidade de Granada Espanha, \*\*Prof. do Departamento de Fisioterapia da UFRN, Doutor em Educação Física pela Universidade de Granada Espanha, \*\*\*Fisioterapeuta, \*\*\*Fisioterapeuta, \*\*\*\*Prof.<sup>o</sup>. Doutor do Departamento de Estatística da UFPB*

**Resumo**

O presente trabalho tem como objetivo identificar a situação de dependência e da capacidade funcional dos idosos residentes na Associação Metropolitana de Erradicação a Mendicância (AMEM), João Pessoa - PB. Como instrumento de medida para aferir as variáveis: enfermidades crônicas, saúde percebida, invalidez e dependência quanto às atividades da vida diária (AVD's); utilizou-se um questionário multidimensional adaptado de Johnson & Wolinski, incluindo o Índice de Katz e da entrevista como técnica para a coleta de dados. Um total de 39 idosos foram entrevistados, com informações colhidas através de entrevista direta e pela consulta aos prontuários de registro. A faixa etária mais freqüente correspondeu à 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> décadas de vida, sendo 59% do sexo masculino, com o declínio mental, as doenças circulatórias e a artrite como enfermidades crônicas mais freqüentes. O Índice de Katz nos revelou que 38,5% encontram-se parcial ou totalmente dependentes, estando 25,6% acamados atualmente. Pelos resultados obtidos, ressaltamos a importância do desenvolvimento de programas terapêuticos, que priorizem os cuidados com as

**Palavras-chave:**

Capacidade funcional, idosos, institucionalizados.

---

Artigo recebido em 19 de abril; aprovado em 10 de maio.

**Endereço para correspondência:** Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Neide Maria Gomes de Lucena, Rua Miguel Sátiro 150/303 Cabo Branco 58045-110 João Pessoa - PB, E-mail: [lnmari@uol.com.br](mailto:lnmari@uol.com.br)

---

enfermidades e de programas de intervenção fisioterapêutica, a fim de prevenir e melhorar a capacidade funcional, além de permitir uma melhor qualidade de vida deste coletivo.

### **Abstract**

The present work has as objective identifies the dependence situation and of the resident elderly people functional capacity in the Metropolitan Association of Eradication the Begging (AMEM), João Pessoa - PB. As measure instrument to confront the variables: chronic illnesses, noticed health, disability and dependence with relationship to the activities of the daily life (AVD's), a questionnaire adapted multidimensional of Johnson and Wolinski was used, including the Index of Katz and interview as technique for the collection of data. A total of 39 elderly people was interviewed, with information picked through direct interview and for the consultation to the registration handbooks. The most frequent age group corresponded to the 7<sup>th</sup> and 8<sup>th</sup> decades of life, being 59% of the male sex, with the mental decline, the circulatory diseases and the arthritis as chronicles illnesses more frequent and the Index of Katz revealed us that 38,5% are partial or totally dependent, being 25,6% fallen ill now. For the obtained results, we pointed out the importance of the development of therapeutic programs that prioritize the cares with the illnesses and programs of physical therapy, in order to prevent and to improve the functional capacity and to allow a better quality of life of this collective one.

### **Key-words: :**

Functional capacity,  
Institutionalized,  
elderly people.

.....

## **Introdução**

Os esforços da ciência no sentido de prolongar o limite da vida do ser humano parecem ser paradoxais diante das atitudes sociais com relação aos idosos. Estes são afastados da sociedade através de atitudes hostis e preconceituosas. Além disso, o próprio idoso parece marginalizar-se quando assume uma postura negligente consigo mesmo, isolando-se e descuidando-se de sua aparência. A velhice pode ser definida por Silveira & Bento [1] como um conjunto de modificações que se observam no ser humano por volta dos 60 anos em diante. De

um modo geral, o desenvolvimento humano se caracteriza por contínuas modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas.

Dentre as variáveis que motivam as transformações no processo de envelhecimento, Silva & Meirelles [2] mencionam as relacionadas com os mecanismos intrínsecos do nosso organismo e as relacionadas com fatores orgânicos extrínsecos.

Atualmente, os idosos vivem, segundo Guerra *et al.* [3], os últimos anos de suas vidas em situações de dependência, ou seja, com

necessidade de importante ajuda para a realização das atividades de vida diária.

Num futuro próximo, espera-se uma grande demanda de cuidados para manter a saúde destas pessoas. Assim, os tipos de incapacidades e a forma como elas estão influenciando as AVD's dos idosos devem ser considerados quando se faz o planejamento e a providência destes serviços. Na investigação dos fatores que têm influência na capacidade dos idosos, Guerra *et al.* [3] ressalta que é muito importante não só buscar as causas das enfermidades crônicas como também o próprio processo de envelhecimento e suas incapacidades originadas.

Testes de valorização da função cognitiva, saúde física, entre outros, proporcionam informações de grande valor para o entendimento das causas da redução da capacidade funcional.

A própria OMS [4] instituiu uma classificação internacional de deficiências, incapacidades e invalidez de onde se estabelece o seguinte modelo de relação entre enfermidade e saúde: Invalidez: Enfermidade ou desordem → deficiência → incapacidade → invalidez.

Segundo o trabalho de Johnson & Wolinski [5], existem 4 dimensões de saúde: enfermidade, invalidez, incapacidades funcionais e saúde percebida. Os determinantes de saúde têm efeitos sobre cada uma das dimensões de saúde devido a suas relações de causalidade. Para estes autores os tipos de incapacidade funcional são: incapacidades nas atividades de manutenção-conservação do ambiente e incapacidades nas atividades de cuidados pessoais.

A invalidez é o maior efeito desfavorável associado ao envelhecimento. Idosos que tenham dificuldade de mobilidade devido a situações clínicas têm um alto grau de risco de torna-se inválidas ou de agravar o processo de incapacidade. A OMS em seu estudo sobre a incapacidade publicado no início da década de 80, considera a invalidez como um fenômeno social derivado das incapacidades e deficiências do sujeito. As maiores causas de incapacidade física são as enfermidades crônicas tais como a artrite, como afirma Guccione [6] e enfermidades

cardíacas; e ainda situações agudas como as fraturas do quadril, segundo Kiel e O'Sullivan, [7] e os acidentes cérebro-vasculares.

Segundo Kane & Kane [8], a avaliação da incapacidade está vinculada no desenvolvimento das atividades da vida diária. A forma de avaliação da incapacidade é determinada pelos diferentes objetivos dos estudos. Nos estudos que têm como objetivo quantificar a incapacidade dos sujeitos se utiliza como forma de coleta de informação o nível de dificuldade que têm os sujeitos para realizar determinadas atividades. Se por outro lado, o objetivo do estudo é quantificar o nível de dependência dos sujeitos, se avalia, neste caso, o grau de intervenção necessária para diminuir ou amenizar a incapacidade.

## Material e método

Para este estudo, a população foi constituída por 39 idosos residentes na Associação Metropolitana de Erradicação a Mendicância (AMEM) na cidade de João Pessoa – PB, sendo 16 do sexo feminino e 23 do sexo masculino, com idades variando de 42 a 96 anos, no período compreendido entre janeiro a março de 2001. A coleta de dados foi realizada através de um instrumento de medida fundamentado no questionário multidimensional adaptado de Johnson & Wolinski [5] para aferir as variáveis: enfermidades crônicas, saúde percebida, invalidez e dependência quanto às atividades da vida diária (AVD's), incluindo o Índice de Katz, e da entrevista direta como técnica para a coleta de dados. Preenchido pelo investigador direcionado face a face aos idosos e/ou seus cuidadores, além da consulta aos prontuários.

Utilizamos para a avaliação funcional dos idosos o Índice de Katz que avalia as AVD's relacionadas com os cuidados pessoais. A escolha deste instrumento se deve a sua grande utilização, seja separadamente ou incluindo os questionários multidimensionais e sua reconhecida validade e aceitação em trabalhos similares, como o de Guerra [9].

Os resultados obtidos foram analisados quantitativamente através de estatística descritiva a partir das medidas do aplicativo

SPSS for windows 8., que permitiu identificar e agrupar variáveis por afinidades. Por exemplo: enfermidades crônicas, saúde percebida, invalidez e AVD's além da abordagem qualitativa.

## Resultados

Através das variáveis sócio-demográficas, identificamos que dos 39 idosos institucionalizados e entrevistados no AMEM, 59% eram do sexo masculino e 41% do sexo feminino e a idade média era de 69,5 anos. O tempo médio de residência no AMEM era de 7,82 anos, sendo o idoso institucionalizado a mais tempo residindo há 25 anos e o mais recente há apenas 1 ano. O estado civil variou, sendo 71,8% solteiro, 15,4% separado, 7,7% viúvo e apenas 5,1% casado. Quanto à escolaridade, 64,1% eram analfabetos e o restante (35,9%) possuía o 1º grau incompleto. Destes idosos, 46,15% utilizam medicamentos, 61,5% tiveram contato com médico nos últimos 6 meses e 33,33% esteve acamado nos últimos 6 meses ou ainda se encontram acamados.

Quanto ao tipo de enfermidade crônica encontrada na tabela 1, o declínio mental, as doenças circulatórias e a artrite são as principais doenças observadas.

**Tabela I - Tipos de Enfermidades Crônicas Observadas**

Enfermidade Observada	n	%
Declínio mental	19	48,7
Doenças circulatórias	9	23,1
Artrite	7	17,9
Hipertensão	6	15,4
Doenças cérebro-vasculares	4	10,3
Doenças do coração	4	10,3
Problema genito-urinários	3	7,7
Problemas digestivos	3	7,7
Doenças respiratórias	2	5,1
Catarata / glaucoma	2	5,1
Diabetes	2	5,1

Fonte: Associação Metropolitana de Erradicação a Mendicância (AMEM), 2001.

Podemos visualizar o estado de saúde

percebida pelos idosos na tabela 2, na qual estes referem, em sua maioria, um estado regular ou bom de saúde.

**Tabela II - Estado de Saúde Percebida**

Estado Percebido	n	%
Muito mal	1	2,6
Mal	9	23,1
Regular	14	35,9
Bom	14	35,9
Muito bom	1	2,6
Total	39	100,0

Fonte: AMEM, 2001.

**Tabela III - Invalidez analisada pela capacidade funcional**

Tipo de Invalidez Observada	muita dificuldade	pouca dificuldade	não realiza
Dificuldade de:	%	%	%
empurrar ou tirar um objeto	23,1	64,1	12,8
inclinarse, agacharse ou rodarse	12,8	59,0	28,2
estender os braços por cima dos ombros	15,4	69,2	15,4
manejar pequenos objetos	33,3	56,4	10,3

Fonte: AMEM, 2001.

Os percentuais encontrados na tabela 3 nos revelam que o tipo de invalidez mais encontrada foi quanto à dificuldade de manejar pequenos objetos.

**Tabela IV - Índice de KATZ (AVD - banho)**

	n	%
Não recebe ajuda	20	51,3
Recebe ajuda em parte do corpo	4	10,3
Não toma banho só	15	38,5
Total	39	100,0

Fonte: AMEM, 2001.

O Índice de Katz referente à tabela 4 nos mostra que a atividade de vestuário apresenta uma das mais altas porcentagens (46,2%) de idosos que necessitam de ajuda, seja esta total ou parcial. Já na tabela 5, este mesmo Índice nos revela que, relativo ao banho, existe a maior porcentagem de ajuda (48,8%).

Na tabela 6, quanto à atividade de higiene, 25,6% dos idosos recebem algum tipo de ajuda para ir ao banheiro e 15,4% não vai ao banheiro, recebendo os cuidados higiênicos no leito.

Em relação à transferência, 66,7% dos

idosos possuem mobilidade independente como mostra a tabela 7.

**Tabela V - Índice de KATZ (AVD - vestuário)**

	n	%
Sem ajuda para vestir-se	21	53,8
Com ajuda parcial	4	10,3
Com ajuda total	14	35,9
Total	39	100,0

Fonte: AMEM, 2001.

**Tabela VI - Índice de KATZ (AVD - higiene)**

	n	%
Vai ao banheiro só	23	59,0
Recebe ajuda para ir ao banheiro	10	25,6
Não vai ao banheiro	6	15,4
Total	39	100,0

Fonte: AMEM, 2001.

**Tabela VII - Índice de KATZ (AVD-transferência)**

	n	%
Move-se só	26	66,7
Move-se com ajuda	7	17,9
Não sai da cama	6	15,4
Total	39	100,0

Fonte: AMEM, 2001.

Conforme a tabela 8, observamos que 15,4% dos idosos têm acidentes ocasionais de incontinência e 23,1% não têm controle esfíncteriano.

**Tabela VIII - Índice de KATZ (AVD - continência)**

	n	%
Controla	24	61,5
Acidentes ocasionais	6	15,4
Não controla	9	23,1
Total	39	100,0

Fonte: AMEM, 2001.

De acordo com a tabela 9, no que diz respeito à alimentação, 82,1% dos idosos não recebem ajuda e 17,9% dependem de cuidadores para alimentar-se.

**Tabela IX - Índice de KATZ (AVD - alimentação)**

	n	%
Alimenta-se só	32	82,1
Ajuda total	7	17,9
Total	39	100,0

Fonte: AMEM, 2001.

## Discussão

As características sócio-demográficas da população de nosso estudo são valorizadas com objetivo de possibilitar a comparação com futuros trabalhos similares. O estado civil é um fator que intervém em vários processos de grande relevância da senescência. Este estudo demonstrou um baixo índice (5,1%) de indivíduos casados, assim como foram encontrados resultados semelhantes no trabalho de Bazo [10], onde a população geriátrica institucionalizada apresenta baixa porcentagem neste estado civil.

Já a alta porcentagem de indivíduos solteiros (71,8%) pode indicar a marginalização que existe com os idosos e a negligência familiar para com eles, além do próprio idoso preferir o isolamento da sociedade, pois acredita, muitas vezes, ser um incômodo para sua família.

Quanto à escolaridade, o estudo nos revela que a grande maioria (64,1%) dos idosos são analfabetos e o restante semi-analfabetos (35,9%). Isto nos mostra que, de acordo com Martinez [11], o baixo nível sócio-econômico ou a procedência rural, podem ser uma das possíveis causas que reflitam este elevado índice de analfabetismo. Observamos que, entre as enfermidades estudadas, o declínio mental (48,7%), as doenças circulatórias (23,1%) e a artrite (17,9%) são as que possuem maior prevalência, ratificando outros estudos como o de Guerra [9].

Em nosso estudo, a população da instituição considera seu estado de saúde de regular a bom, visto que apenas 38,5% encontram-se total ou parcialmente dependentes, enquanto que os demais são independentes. A grande dificuldade encontrada em manejar pequenos objetos pode estar relacionada com a perda da habilidade com o avançar da idade, além do elevado índice de artrite, acentuando os problemas referentes às dificuldades de preensão fina.

Referente ao Índice de Katz, foi analisado a dependência quanto às atividades de vestuário, banho, higiene, transferência, continência e alimentação. Dentre estas atividades da vida diária, os dados

demonstram que banho e vestuário possuem os maiores índices de dependência funcional, parcial ou total, coincidindo com o resultado encontrado no trabalho de Guerra [9].

Estas atividades de maior prevalência devem-se ao fato de que existe uma limitação acentuada pelo avançar da idade.

### Conclusão

A saúde percebida é um importante parâmetro psicossocial na avaliação do estado de saúde, na determinação do prognóstico e na análise da sobrevivência de uma população. Entretanto, a avaliação subjetiva da saúde parece estar marcadamente influenciada pela predisposição dos idosos em aceitar os prejuízos, as incapacidades e as deficiências como um fator normal de sua idade.

Apesar das dificuldades encontradas para a realização deste estudo, visto que, há escassez de trabalhos publicados analisando estas variáveis e de bibliografia que abordem este tema, faz-se necessária a continuação do estudo como forma de ampliar os conhecimentos sobre os agravos à saúde da população geriátrica e suas capacidades e limitações funcionais.

Pelos motivos expostos, é importante ressaltar os critérios de avaliação do indivíduo idoso, incluindo instrumentos de medidas, que envolvam as diversas dimensões que são peculiares a esse coletivo com a finalidade de desenvolver programas terapêuticos, que priorizem os cuidados com as enfermidades e de programas de intervenção fisioterapêutica, a fim de prevenir e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

### Referências

1. Silveira MIP, Bento VES. Síndrome Normal da Velhice: uma abordagem biopsicossocial e uma proposta psicoterápica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro 1982;34.
2. Silva VF, Meirelles E. Alterações do Sistema Cardiovascular no Envelhecimento e a Atividade Física. *Revista de Educação Física e Desportes* 1977.
3. Guerra RO, Gutiérrez CV, Lucena NMG. Las incapacidades funcionales en Residencias de ancianos. Granada, 1998.
4. Organização Mundial de Saúde – OMS. 1980.
5. Johnson RJ, Wolinsky FD. The structure status among older adults: disease, disability, functional limitation and perceived health. *J. Health and Soc. Behav*, 34: 105-121.
6. Guccione AA. Arthritis and the process of disablement. *Phys Ther* 1994;74(5):408-14.
7. Kiel DP, O'sullivan P, Teno JM, Mor V. Health case utilization and functional status in the aged following a fall. *Med. Care* 1991;29(3):221-8.
8. Kane RA, Kane RL. Valoración de las necesidades en los ancianos. S6G Editores, Madrid, 1993.
9. Guerra RO. Factores Predictores del Estado Funcional en una Población Geriátrica Institucionalizada. Tesis Doctoral. Granada, 2000.
10. Bazo MT. El estatus familiar y la salud, elementos claves en la institucionalización de las personas ancianos. (2ª parte). *Rev Gerontol* 1991;1:86-96.
11. Martinez MCC. La Salud Percebida, la incapacidad y la mortalidad en una población anciana en el medio rural. Tesis Doctoral inédita. Universidad de Granada, 1997.