

Avaliação multidimensional de idosos integrantes do Centro de Convivência Zazinha Cerqueira na cidade de Feira de Santana-BA

Cecília Nascimento Pires

A avaliação multidimensional do idoso é uma forma de avaliar suas funções integrais, desde o estado físico até o cognitivo. Este tipo de avaliação serve de amparo a acompanhamento de doenças crônicas, analisando sua evolução ou declínio, e também auxilia no diagnóstico de possíveis incapacidades funcionais.

A portaria Ministerial nº 1.395 de 1999 assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (Brasil, 1999, p.1).

Torna-se importante dessa forma a ressocialização do idoso, a atividades laborais ou lazer em centros especializados como os centros de convivência, que se destinam a formar grupos que se mantenham unidos, por certo tempo, por meio de encontros (Leite et al., 2002).



Esses locais são propícios para que o idoso não sofra com intensidade o declínio de suas funções, pois segundo Hervy (2001 citado por Mucida, 2006) os idosos quando levados a realizar tarefas mantêm reservas nas dimensões fisiológicas, psicológicas e sociais e essa perspectiva é o foco deste trabalho. A partir dele, escolheu-se o tema avaliação multidimensional pelas capacidades funcional e cognitiva serem as mais afetadas na população idosa, seja por mudanças fisiológicas correspondentes a idade ou patologias do envelhecimento.

A pesquisa realizada em 2009 buscou responder ao seguinte questionamento: em que grau se encontra as capacidades funcional e cognitiva de idosos que frequentam o Centro de Convivência Zazinha Cerqueira em Feira de Santana-BA?

Para se avaliar tais capacidades foi instituído pelo Ministério da Saúde algumas escalas que avaliam desde o autocuidado e tarefas complexas até o diagnóstico de uma provável depressão e, assim, são interessantes as práticas desses instrumentos legalizados, pelos estudantes acadêmicos e profissionais da área.

O aumento da expectativa de vida indica a relevância desse tipo de avaliação, pois o acompanhamento multidimensional do idoso facilita a investigação biopsicossocial do indivíduo, tratando-o como um todo e não somente das alterações patológicas.

Esse estudo teve como hipótese básica de que a maioria dos idosos estaria com a capacidade funcional e cognitiva sem muitas alterações, dentro dos parâmetros normais; e como secundária que as atividades do Centro de Convivência Zazinha Cerqueira mantivessem as funções dos idosos estáveis trazendo, assim, benefícios. O objetivo geral foi avaliar o grau das capacidades funcional e cognitiva dos idosos que frequentam as atividades de lazer no Centro de Convivência Zazinha Cerqueira, e como objetivos específicos: identificar em quantos idosos ocorreu mudanças benéficas nas suas vidas após participação nas atividades do Centro; conhecer quantos idosos conheciam as mudanças fisiológicas do envelhecimento.

A pesquisa proposta foi de natureza quantitativa com característica descritiva. Esse estudo foi realizado na cidade de Feira de Santana do estado da Bahia, no Centro de Convivência Zazinha Cerqueira. Dele participaram os idosos frequentadores deste centro, que concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo a amostra constituída de 70 idosos. Os dados foram coletados nos meses de outubro a novembro de 2009.

Foram utilizados como instrumento de pesquisa, para avaliação multidimensional do idoso, formulários padronizados com perguntas formuladas nas tabelas: Atividades Básicas da Vida Diária; Atividades Instrumentais da Vida Diária; e Mini Exame do Estado Mental. Para análise dos objetivos específicos foi criado um formulário com entrevista semiestruturada.

Os princípios éticos foram contemplados no desenvolvimento deste estudo para proteger os direitos das participantes durante o processo de coleta dos dados. Para tanto, foi necessário a criação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa foi segmentada em três momentos: primeiro com a observação no Centro de Convivência Zazinha Cerqueira para conhecimento do local e dinâmica do mesmo; segundo com aplicação de questionários padronizados; terceiro momento foi de discussão dos dados obtidos e sua tabulação.

Assim, ao avaliar o grau da capacidade funcional foi necessária a análise das escalas de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). A primeira avalia se o idoso tem condições de desenvolver ações rotineiras básicas que são em número de seis: tomar banho, se vestir, usar o sanitário (com ajuda ou não e se usa fralda), transferir-se (se deambula sozinho ou com ajuda ou se está confinado ao leito), ter continência urinária e fecal, alimentar-se (sozinho, com ajuda ou por meio de sonda) (Freitas, 2006). A depender dos resultados obtidos torna-se oportuno oferecer medidas de ajuste ou suporte, como adaptações arquitetônicas nos cômodos da casa, bengalas e até um cuidador remunerado.

Já a segunda escala (AIVD) é mais complexa por conter funções que interagem com o ambiente externo; como usar o telefone, utilizar meios de transporte, realizar compras, preparar os alimentos, cumprir tarefas domésticas, tomar medicação e operar dinheiro (Freitas, 2006).

Posto isso, foram obtidos os seguintes resultados: ABVD: sessenta idosos apresentaram independência para todas as atividades; nove classificaram-se como independência para todas as atividades menos uma, destes a atividade afetada em todos os nove casos foi o autocontrole do intestino e da bexiga, mais precisamente deste último. E somente um idoso foi classificado como dependente em pelo menos duas funções. Ficando assim 86% classificados como independentes para todas as atividades, restando apenas 14% dependentes.

Em relação às AIVD's, foram obtidos resultados de vinte e sete a treze pontos levando-se em consideração o escore máximo de vinte e sete pontos (Sampaio, 2006). A partir do total dos entrevistados vinte e três alcançaram os vinte e sete pontos, doze obtiveram vinte e seis pontos, seis alcançaram vinte e cinco, oito vinte e quatro, nove os vinte e três pontos, quatro com vinte e dois pontos, e três os vinte e um pontos, e somente um idoso chegou aos treze pontos. Totalizaram dessa forma, 33% para os que realizavam todas as funções e 67% os quais não atingiram essa meta.

Foi identificado que as atividades que mais necessitam de ajuda de terceiros são as de cunho doméstico como cozinhar, organizar a casa, reparar e lavar roupas. Posteriormente a essas estão o uso do telefone e administração de medicamentos em horário e dose correta.

Em relação a funções que não era possível realizar estava em primeiro lugar a de telefonar, pois os idosos achavam isso complicado, e referiam não entender um aparelho telefônico; em segundo a rotina dos medicamentos.

Para se avaliar o estado cognitivo, é necessário dispor de um instrumento criado por Folstein (1992) - o Mini Exame do Estado Mental - teste que avalia orientação no tempo e espaço, memória-imediata e de evocação, atenção, cálculo e linguagem. Porém, o mesmo não possui capacidade para confirmar diagnóstico da síndrome demencial, pois para a detecção correta é preciso exame físico, anamnese em concordância aos critérios estabelecidos pelo Código Internacional de Doenças-CID (Freitas, 2006).

Neste caso foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), no qual deve ser considerado o grau de instrução, pois seu resultado pode se alterar devido a essa variável, devendo atribuir dezenove pontos para analfabetos, vinte e três para os de um a três anos de escolaridade, vinte e quatro para quatro a sete anos e vinte e oito para os com acima de sete anos. Para apresentação dos resultados dividiu-se o mesmo em duas fases: a primeira com a mostra da escolaridade e o respectivo número de idosos, e a segunda demonstrando as médias obtidas em cada segmento da função cognitiva, inclusos no MEEM separadamente sendo a orientação espacial, cálculo, memória e linguagem.

Foram encontrados todos os níveis de escolaridade, tendo um total de vinte e sete idosos (38%) analfabetos ou que estariam se alfabetizando no momento atual. Quinze que estudaram de um a três anos (22%), quatorze os que passaram de quatro a sete anos na escola e igualmente os que estudaram acima de sete anos (20%). Sabendo-se que o escore limite para pessoas não alfabetizados é de dezenove, se descobriu que sete estavam acima da média e dezoito abaixo, estando na média dois. Essa soma maior para os que estão abaixo é devido a pontuações menores no requisito cálculo.

Dos que fizeram um a três anos, cinco estavam acima e sete abaixo, somente três na média; estes também não obtiveram bons resultados em cálculo. Aos quatorze que estudaram quatro a sete anos, nenhum alcançou os desejáveis vinte e quatro pontos, estando cinco acima e nove abaixo, afetados pelos segmentos cálculo e memória. Os com mais de sete anos obtiveram maior índice em apenas quatro casos, nove fizeram pontos abaixo da média de vinte e oito, com apenas um com resultado. Resultando em 30% acima (21 idosos), 8% na média (6 idosos) e 61% abaixo da média (43 idosos).

Um caso especial foi o da idosa E.M.S.F. que apesar de ter mais de sete anos de estudo apresentou apenas 16 pontos, resultado muito abaixo do esperado. Esse resultado pode ter sido influenciado por AVC, ocorrido alguns meses antes da pesquisa.

Para segunda fase, a análise dos tópicos separadamente, foi observada que o nível de escolaridade não tem muita influência, pois nos segmentos linguagem e orientação espacial os idosos de um a três anos de escola tiveram pontuação maior dos com maior tempo de escola e empata-se em cálculo com os quatro a sete anos escolares.

Em cálculo há a mesma média entre os de um a três e quatro a sete anos, posteriormente uma média menor para os com acima de sete anos e notado uma média bem inferior para os analfabetos. No segmento memorização houve pontuações iguais para todos os níveis escolares, traduzindo ser a memória o elemento mais afetado por esses idosos independente de nível escolar.

Para avaliação dos objetivos específicos foi feito um formulário contendo perguntas sobre a existência de mudanças benéficas após a participação nas atividades do Centro e o conhecimento das mudanças que ocorrem durante o envelhecimento. Ao questionar tanto a primeira quanto a segunda, 100% dos idosos afirmaram positivamente.

A partir das respostas pessoais positivas pode-se notar que houve melhora na capacidade desses idosos, como depoimento “Passei dois meses em casa parada, aí a memória tá falhando, o juízo tá ruim, eu estava mais ativa quando estava aqui direto” (Idosa M.A.P.V., entrevistada durante coleta de dados).

Essa idosa estava doente e não havia frequentado o Centro de Convivência por dois meses seguidos. Sobre o conhecimento da sua fisiologia na terceira

idade, todos afirmaram que conheciam, citando a diminuição da visão e rigidez nas articulações. Conhecendo as alterações normais da idade, esses idosos estão menos sujeitos a uma pequena tristeza ou até depressão por estarem preparados quanto a isto.

Assim sendo, ao avaliar o grau da capacidade funcional pode-se dizer que os idosos integrantes do Centro estão com a capacidade funcional conservada, de certa forma, embora os resultados das AIVD possam contrariar, pois é visto que a maioria é independente e mesmo que um grande número não tenha atingido a meta das AIVD, a maioria necessita apenas de ajuda, restando uma quantidade menor de idosos que não conseguem realizar completamente uma atividade. O fato de não apresentarem resultados desejáveis foi porque foram influenciados por suas limitações físicas da idade, acontecimentos patológicos e não entendimento de tecnologias, como o uso do telefone.

Na avaliação do estado cognitivo foi encontrado um maior número de idosos analfabetos e classificados como abaixo da média. Esse número pode ter recebido influência de níveis escolares menores, pois a maioria era analfabeta e por mais que este aspecto não influa nas pontuações dos segmentos, visto que os que têm de um a três anos de escola teve escores maiores que os com acima de sete, pode sim ter afetado os resultados, pois as pontuações menores eram dos idosos analfabetos, influenciando na totalidade dos resultados.

Havia a hipótese básica de que a maioria dos idosos estaria com a capacidade funcional e cognitiva sem muitas alterações, dentro dos parâmetros normais, e em relação a funcional pode-se dizer que essa hipótese se aproxima da realidade, mas em relação à cognitiva infelizmente não foi constatada.

Ao identificar em quantos idosos ocorreram mudanças benéficas nas suas vidas após participação nas atividades do centro, 100% deles afirmaram que realmente melhoraram em vários aspectos após a entrada no Centro de Convivência Zazinha Cerqueira. Quando foram questionados se conheciam as mudanças fisiológicas do envelhecimento, também 100% responderam positivamente.

A hipótese secundária de que as atividades do Centro de Convivência Zazinha Cerqueira mantivessem as funções dos idosos estáveis assim trazendo benefícios, estava certa, pois na vida desses idosos ocorreram mudanças benéficas, e estão preparados para o envelhecimento, quando afirmam saber as alterações fisiológicas.



Em suma, as atividades do Centro de Convivência Zazinha Cerqueira mantêm os idosos integrantes ativos em suas capacidades, mesmo que a cognitiva não tenha tido resultado tão satisfatório. Os mesmos idosos sem essas atividades talvez tivessem um rebaixamento ainda maior em suas funções, isolados em suas casas sem relações

interpessoais, como foi visto antes em depoimento. Neste centro de convivência eles criam amizades, aprendem novas tarefas e não deixam as funções mentais adormecerem.

Referências

BRASIL. Portaria Nº 1.395, DE 10 DE DEZEMBRO DE 1999. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf. Acesso em 12 novembro 2009.

FREITAS, Elizabete Viana de. et al. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FOLSTEIN, M.F. Criação do Miniexame mental. In: FREITAS, Elizabete Viana de. et al. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Capítulo 6, p. 81.

HERVY, Marie-Pierre. O discurso médico: envelhecimento e velhice. In: MUCIDA, Ângela. *O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice*. Belo Horizonte, 2006. Capítulo X, p. 24.

LEITE, Marinês Tambara; CAPPELLARI, Viviane Tolfo; SONEGO Joseila. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. *Revista Eletrônica de Enfermagem da Universidade Federal de Goiânia*, Goiânia, v.4, n.1, p. 18-25, 2002. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_1/Pdf/Mudou.pdf >. Acesso em 14 nov. 2009.

SAMPAIO, Parizza Ramos de Leu. Avaliação da osteoporose em mulheres idosas pelo DXA e pelos questionários do EVOS e de AIVD. Dissertação (mestrado em gerontologia) - Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.bdtb.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=413 Acesso em 15 novembro 2009.

Data de recebimento: 12/04/2016; Data de aceite: 22/05/2016.

Cecília Nascimento Pires – Enfermeira (FTC), especialista em UTI adulto e Enfermagem do Trabalho. Servidora pública da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia no cargo de instrumentadora cirúrgica. E-mail: cecilia.pires@ufbr.edu.br