

MOVIMENTO PARA A VIDA (MPAV): PROPOSTA DE UM NOVO ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE PARA O IDOSO.

Movement for life (mfl): proposal for a new index of functionality for the elderly.

Danilo Lopes Ferreira Lima

Pós-doutorado em Odontogeriatrics- Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen-França. Doutor em Ciências da Saúde- Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professor dos Cursos de Educação Física e de Odontologia da Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza, Ceará, Brasil. Professor do Curso de Educação Física do Centro Universitário Estácio-FIC- Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: lubbos@uol.com.br

Resumo

Se levarmos em consideração a última década podemos perceber um aumento na expectativa de vida de maneira global. No Brasil essa situação é nítida, principalmente se observado o aumento da população idosa nas duas últimas décadas. A investigação da capacidade funcional tem-se tornado uma importante ferramenta para a avaliação da saúde dos idosos e diversos instrumentos têm sido propostos visando a análise da habilidade e do desempenho para realizar determinadas atividades do cotidiano. A presente proposta tem como objetivo a criação de um índice que englobe as Atividades da Vida Diária (AVDs), sejam as básicas (ABVDs), instrumentais (AIVDs) e avançadas (AAVDs) tendo como base o componente Atividades e Participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS). O instrumento denominado de Índice Movimento Para A Vida (MPAV) é dividido em duas partes. A primeira parte contém dados referentes aos pacientes e a segunda é o índice propriamente dito, composto de 25 perguntas que englobam os 9 domínios do componente Atividades e Participação da CIF. Para cada resposta será dada uma pontuação baseada no grau de dificuldade onde (0) equivale a Nenhuma Dificuldade, (2) à Dificuldade Parcial e (4) Dificuldade Completa. No final, o valor 100 será subtraído dos valores correspondentes a cada resposta. O avaliado que obtiver valor final igual ou acima de 96 pontos será considerado sem deficiência; de 76 a 95 pontos com deficiência leve; de 51 a 75 pontos com deficiência moderada; de 5 a 50 pontos com deficiência grave e até 4 pontos com deficiência completa.

Palavras-chaves: Saúde do Idoso; Idoso Fragilizado; Indicadores Básicos de Saúde; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Abstract

Considering the last decade we can see an increase in life expectancy globally. In Brazil the situation is clear, especially if we observe the increasing in the elderly population in the last two decades. The investigation of the functional capacity has become an important tool for assessing the health of the elderly and many instruments have been proposed in order to analyze the ability and performance to realize certain daily activities. This proposal aims to create an index encompassing the Activities of Daily Living (ADL), being them basic (BADL), instrumental (IADL) and advanced (AAVDs), based on the Activities and Participation component of the International Classification Functioning, Disability and Health (ICF) of the World Health Organization (WHO). The instrument called Movement For Life Index (MFLI) is divided into two parts. The first part contains data relating to patients and the second is the index itself, consisting of 25 questions that cover the nine domains of the ICF Activities and Participation component. For each answer will be given a score based on degree of difficulty where (0) amounts to No Difficulty, (2) Partial Difficulty and (4) Full Difficulty. In the end, the value 100 will be subtracted from the values corresponding to each answer. The assessed subject that obtains final value equal to or above 96 points will be considered without deficiency; 76-95 points with mild deficiency; 51-75 points with moderate deficiency; 5 to 50 points with severe deficiency and even four points with complete deficiency.

Keywords: *Health of the Elderly; Frail Elderly; Health Status Indicators; International Classification of Functioning, Disability and Health.*

Introdução

O mundo tem experimentado nas últimas décadas um crescimento de sua população idosa. No Brasil essa situação é nítida, principalmente se levarmos em consideração as duas últimas décadas. Tal situação foi determinada pela queda nos níveis de dois importantes determinantes da sua estrutura populacional: a fecundidade e a mortalidade. Tal situação permite que a expectativa de vida tenha aumentado globalmente¹. Em 2012, 810 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais, o que equivalia a 11,5% da população global e estima-se que em 2050, esse percentual seja de 22% alcançando 2 bilhões de pessoas. No Brasil, se for levado em consideração pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, podemos observar um avanço de 5,9% em 2000, para 7,4% em 2010. Justifica-se, portanto, que entre 2009 e 2011, o incremento tenha sido de 7,6%, ou seja, mais 1,8 milhão de pessoas com idade igual ou acima de 60 anos, ponto de corte utilizado pelo governo brasileiro para considerar um indivíduo idoso. Estima-se que, em 2020, o Brasil terá a sexta maior população idosa do mundo, atingindo cerca de 32 milhões de pessoas^{2,3}.

Tal transição epidemiológica ocorreu de forma muito rápida. Devido a isso, a estrutura previdenciária e de saúde no Brasil não se prepararam, o que gera déficits em vários setores, pois

acompanhados com o processo do envelhecimento caminham os mais variados tipos de processos crônico-degenerativos. Dessa forma, todos devem estar cientes do impacto gerado nos governos e nas famílias, o que já tem sido alertado há algum tempo por estudiosos⁴.

O grande desafio das sociedades que envelhecem é a promoção de um envelhecimento ativo, com melhor qualidade de vida, onde a independência e a autonomia são a base de suporte⁵. Para que esse objetivo seja atingido, programas que levem em consideração a prevenção da perda da capacidade funcional e a recuperação desta devem ser implementados. Além disso, instrumentos que busquem avaliar a funcionalidade devem ser propostos, adaptados e/ou readequados com as necessidades atuais.

Funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, além da realização de atividades e tarefas da vida diária e da participação na sociedade. Capacidade funcional refere-se à habilidade que um indivíduo tem de realizar de forma autônoma e independente as atividades consideradas fundamentais à sua sobrevivência, bem como a manutenção das suas relações sociais⁶ ou ainda a manutenção da capacidade de realizar as Atividades da Vida Diária (AVDs). Capacidade funcional/funcionalidade são termos

utilizados no aspecto positivo e o aspecto negativo corresponde à incapacidade⁷.

As AVDs podem ser subdivididas em Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs), que englobam as tarefas relacionadas aos autocuidados como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira e ter controle sobre suas eliminações e em Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) que indicam a capacidade de independência e autonomia do indivíduo para administrar o ambiente em que vive, incluindo ações como preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte^{8,9}. Autores como Reuben;Solomon¹⁰ utilizam o termo Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVDs) para funções executadas por uma menor parcela de idosos e estas requerem capacidades que ultrapassam as AIVDs como participações em grupos sociais, práticas esportivas, hobbies, viagens e emprego.

A investigação da capacidade funcional tem-se tornado uma importante ferramenta para a avaliação da saúde dos idosos. Diversos instrumentos têm sido propostos ao longo das últimas décadas visando a análise da habilidade e do desempenho para realizar determinadas atividades do cotidiano, sejam ABVDs ou

AIVDs^{11,12,13}. Contudo, verifica-se a necessidade de um índice que contemple os mais variados aspectos funcionais visto que a inclusão da população idosa na sociedade, além de relevante, é diversificada em ações.

Criada em 2001 e traduzida para a língua portuguesa em 2003, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida como CIF, é uma classificação desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como mais uma de suas classificações universais, a fim de ser usada na saúde e em suas áreas relacionadas. Apesar de sua complexidade, a CIF permite compreender a evolução do indivíduo com o passar dos tempos, avaliando suas perdas e ganhos. Como pode ser utilizada como ferramenta de investigação, estatística, clínica, pedagógica e de política social, a CIF também pode servir como base para que novos instrumentos de avaliação de estados de saúde surjam. A CIF é dividida em duas partes, onde a primeira contém os componentes Funções do corpo, Estrutura do corpo e Atividades e Participação, relacionados à funcionalidade e à incapacidade. Divididos em capítulos, é no componente Atividades e Participação onde encontramos o suporte para o índice a ser proposto¹⁴.

A presente proposta tem como objetivos a criação de um índice que englobe ABVDs, AIVDs e

AAVDs; utilizar um componente da CIF a fim de que ela seja mais conhecida entre os profissionais de saúde e permitir que as reavaliações possam mostrar mudanças na funcionalidade visto que os aspectos selecionados permitem que sejam observadas não somente perdas, mas evoluções nas pessoas investigadas.

Materiais e Métodos

O Índice Movimento Para A Vida (MPAV) é dividido em duas partes. A primeira parte contém dados referentes aos investigados como: data de nascimento; idade (em anos), sexo (masculino/feminino); Grau de escolaridade (analfabeto, nível fundamental incompleto, nível fundamental completo, nível médio incompleto, nível médio completo, nível superior incompleto, nível superior completo, pós-graduado); local onde viveu maior parte da vida (rural/urbano/urbano de grandes centros); renda familiar (por salário mínimo-SM) (até 2 SM, de 2 a 4 SM, de 4 a 10 SM, de 10 a 20 SM e acima de 20 SM); alterações cognitivas (ausente/presente); frequência de consulta médica (anual/ semestral/trimestral/mensal); patologias presentes; medicamentos utilizados; quem respondeu o questionário (próprio investigado/cuidador) e prática de atividade física (minutos/semana). O avaliado deverá informar o gasto de tempo diário com exercício físico e/ou com atividades realizadas em

sua rotina diária que demandam movimento.

A segunda parte do questionário é o índice propriamente dito, baseado no componente Atividades e Participação da CIF que é dividido em 9 domínios, sendo eles: Aprendizagem e aplicação de conhecimentos (capítulo 1); Tarefas e exigências gerais (capítulo 2); Comunicação (capítulo 3); Mobilidade (capítulo 4); Auto cuidados (capítulo 5); Vida doméstica (capítulo 6); Interações e relacionamentos interpessoais (capítulo 7); Áreas principais da vida (capítulo 8) e Vida comunitária, social e cívica (capítulo 9). Segundo definições da própria CIF, Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo; Participação é envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real; Limitações da atividade são dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de atividades e Restrições na participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

Para a construção do instrumento utilizou-se um total de 25 itens onde somente classificações de segundo nível foram incluídas. Procurou-se fazer uso de todos os domínios, também conhecidos como classificações de primeiro nível. As classificações utilizadas em cada domínio foram as seguintes:

- A. Aprendizagem e aplicação de conhecimentos (2 itens).
1. Concentrar a atenção
2. Tomar decisões
- B. Tarefas e exigências gerais (2 itens).
3. Executar a rotina diária
4. Lidar com o estresse e outras exigências psicológicas
- C. Comunicação (2 itens).
5. Comunicar e receber mensagens escritas
6. Discussão
- D. Mobilidade (4 itens).
7. Manter a posição do corpo
8. Deslocar-se
9. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento
10. Utilização do Transporte
- E. Auto cuidados (5 itens).
11. Lavar-se
12. Vestir-se
13. Comer
14. Beber
15. Cuidar da própria saúde
- F. Vida doméstica (4 itens).
16. Preparar refeições
17. Realizar as tarefas domésticas
18. Cuidar dos objetos da casa
19. Ajudar os outros
- G. Interações e relacionamentos interpessoais (2 itens).
20. Relacionamentos sociais informais
21. Relacionamentos familiares
- H. Áreas principais da vida (2 itens).
22. Trabalho remunerado
23. Transações econômicas básicas
- I. Vida comunitária, social e cívica (2 itens).
24. Religião e vida espiritual
25. Recreação e Lazer

Para cada item será dada uma pontuação baseada no grau de dificuldade onde (0) equivale a Nenhuma dificuldade, (2) à Dificuldade parcial e (4) Dificuldade completa. No final o valor 100 será subtraído dos valores correspondentes a cada resposta. O avaliado que obtiver valor final igual ou acima de 96 pontos será considerado sem deficiência; de 76 a 95 pontos com deficiência leve; de 51 a 75 pontos com deficiência moderada; de 5 a 50 pontos com deficiência grave e até 4 pontos com deficiência completa.

Para a coleta de dados todo item terá os seguintes guias de orientação para o avaliador baseado na CIF.

1. Concentrar a atenção-
Concentrar a atenção sem se distrair.

2. Tomar decisões- Fazer uma escolha entre várias opções avaliando seus efeitos.

3. Executar a rotina diária- Saber administrar o tempo e planejar as atividades individuais ao longo do dia de forma que essas sejam executadas de forma efetiva.

4. Lidar com o estresse e outras exigências psicológicas- Ter controle sobre atividades que exigem responsabilidades importantes e que envolvem estresse, distração, ou crises como, por exemplo, conduzir um veículo com trânsito intenso ou tomar conta de muitas crianças.

5. Comunicar e receber mensagens escritas- Compreender os significados literais e implícitos das mensagens transmitidas através da linguagem escrita (incluindo Braille), como por exemplo, acompanhar os eventos políticos no jornal diário ou compreender as mensagens em textos religiosos

6. Discussão- Iniciar, manter e terminar um assunto, com argumentos a favor ou contra, com uma ou mais pessoas conhecidas ou estranhas.

7. Manter a posição do corpo- Permanecer deitado, agachado, ajoelhado, sentado ou em pé.

8. Deslocar-se- Subir\descer; correr; saltar; nadar.

9. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento-

Deslocar-se com um prato, panela ou com uma vassoura.

10. Utilização do Transporte- Utilizar carroça, carro ou transporte público.

11. Lavar-se- Lavar partes do corpo, todo o corpo e secar-se.

12. Vestir-se- Vestir e despir roupa, calçar e descalçar, escolher roupa apropriada.

13. Comer- Conseguir comer sem ajuda.

14. Beber- Conseguir beber sem ajuda.

15. Cuidar da própria saúde- Assegurar o próprio conforto físico; controlar a alimentação e a forma física; manter a própria saúde.

16. Preparar refeições- Preparar refeições simples e complexas.

17. Realizar as tarefas domésticas- Lavar e secar roupa; limpar a cozinha e os utensílios; limpar a habitação; utilizar aparelhos domésticos; armazenar os bens necessários para a vida diária; remover o lixo.

18. Cuidar dos objetos da casa- Fazer a manutenção da habitação e dos móveis; manutenção dos utensílios domésticos; manutenção dos veículos; cuidar das plantas de interior e de exterior; cuidar dos animais.

19. Ajudar os outros- Ajudar os outros nos autocuidados; ajudar os outros a deslocar-se; ajudar os outros nas relações interpessoais; ajudar os outros na nutrição; ajudar os outros a manter a saúde.

20. Relacionamentos sociais informais- Iniciar relacionamentos com outros, como por exemplo, relacionamentos ocasionais com pessoas que vivem na mesma comunidade ou residência.

21. Relacionamentos familiares- Criar e manter relações com pessoas de diferentes níveis de parentesco.

22. Trabalho remunerado- Realizar todas as tarefas decorrentes do trabalho, seja como empregado ou autônomo.

23. Transações econômicas básicas- Participar em qualquer forma de transação econômica simples, tanto utilizando como economizando dinheiro.

24. Religião e vida espiritual- Participar de eventos religiosos e tomar conta da vida espiritual.

25. Recreação e Lazer- Participar de jogos, competições desportivas e de acontecimentos artísticos e culturais.

Figura 1- Índice de Funcionalidade Movimento para a Vida.

Nome completo:							
Data de nascimento:		Idade: anos		Sexo: ()M ()F			
Grau de escolaridade: ()Analfabeto ()Nível fundamental incompleto ()Nível fundamental completo ()Nível médio incompleto ()Nível médio completo ()Nível superior incompleto ()Nível superior completo ()Pós-graduado							
Local onde viveu maior parte da vida: ()Rural ()Urbano ()Urbano de grandes centros							
Renda familiar (por salário mínimo-SM): ()Até 2 SM ()2 a 4 SM ()4 a 10 SM ()10 a 20 SM ()Acima de 20 SM							
Alterações cognitivas: ()Presente ()Ausente							
Frequência de consulta médica: ()Anual ()Semestral ()Trimestral ()Mensal							
Patologias presentes:							
Medicamentos utilizados:							
Questionário respondido: ()Pelo próprio investigado ()Pelo cuidador							
Tempo gasto com atividade física: em minutos/semana							
Dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Tempo							
PERGUNTAS				Nenhuma dificuldade	Dificuldade parcial	Dificuldade completa	
				e	Valor (2)	Valor (4)	

	Valor (0)		
1. Concentrar a atenção			
2. Tomar decisões			
3. Executar a rotina diária			
4. Lidar com o estresse e outras exigências psicológicas			
5. Comunicar e receber mensagens escritas			
6. Discussão			
7. Manter a posição do corpo			
8. Deslocar-se			
9. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento			
10. Utilização do Transporte			
11. Lavar-se			
12. Vestir-se			
13. Comer			
14. Beber			
15. Cuidar da própria saúde			
16. Preparar refeições			
17. Realizar as tarefas domésticas			
18. Cuidar dos objetos da casa			
19. Ajudar os outros			
20. Relacionamento sociais informais			
21. Relacionamento familiares			
22. Trabalho remunerado			
23. Transações econômicas básicas			
24. Religião e vida espiritual			
25. Recreação e Lazer			
TOTAL DE PONTOS			

Resultados esperados

Apesar de termos variados índices que avaliem as AVDs no idoso, poucos levam em consideração os mais variados aspectos da funcionalidade, mantendo o foco somente em determinadas capacidades funcionais, sejam ABVDs ou AIVDs como os clássicos preconizados por Katz et al. 1963¹¹, Mahoney e

Barthel em 1965¹² e Lawton e Brody em 1969¹³. A partir da década de 1970, o escopo das AVDs foi ampliado com a inclusão das habilidades físicas, além da avaliação da (re)integração dos indivíduos na sociedade¹⁵. Dessa forma mostrou-se a necessidade de um instrumento mais complexo, porém objetivo.

Em artigo publicado anteriormente, pudemos fazer um projeto piloto visando verificar a aplicabilidade do instrumento. Dessa forma, pode-se perceber as mudanças necessárias a fim de que os itens selecionados na CIF fossem, não somente mais amplamente abordados, como também pudessem relacionar-se com aspectos funcionais necessários ao idoso dos nossos tempos¹⁶. O componente atividades e participação também foi utilizado em um recente instrumento denominado de Índice de Funcionalidade Brasil (IF-Br) que pode ser aplicado em qualquer faixa etária e está em processo de validação¹⁷.

Como a prática de atividade física está intrinsecamente relacionada com a funcionalidade humana, bem como com seu bem-estar e qualidade de vida, o índice proposto também busca, em sua primeira parte, verificar o tempo

semanal gasto com atividade física, seja através de exercícios ou de atividades da rotina diária que demandam movimento. Acredito que a construção e validação desse novo instrumento de medida de funcionalidade contribuirá para o aprofundamento de questões relacionadas a aspectos não somente funcionais, mas ao bem-estar e à qualidade de vida.

Considerações éticas

Com o intuito de legitimar a pesquisa dentro dos princípios éticos e científicos necessários, para que seja realizada a validação do Índice MPAV, um projeto será submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza (Coética-UNIFOR) respeitando os preceitos de ética, instituídos pela resolução de nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. Life expectancy. 2015 [acesso em 2015 julho 25]. Disponível em http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/.
2. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*. 2012; 27(1):165-180.
3. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos. Dados sobre o envelhecimento no Brasil. 2013 [acesso em 2015 julho 25]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/dados-sobre-o-envelhecimento-no-brasil>.

4. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. R. Bras. Est. Pop. 2006; 23(1):5-26.
5. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(3): 513-8.
6. Maciel ACC, Guerra RO. Limitação funcional e sobrevivência em idosos de comunidade. Rev Assoc Med Bras. 2008; 54(4):347-52.
7. Farias N, Buchalla CMA. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(2):187-193.
8. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. Acta Paul Enferm. 2006; 19(1):43-35.
9. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão MM. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(2):317-25.
10. Reuben DB, Solomon DH. Assessment in geriatrics: Of caveats and names. Journal of the American Geriatrics Society. 1989; 37:570-572.
11. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185(12):914-919.
12. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation : the Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965;14:61-65.
13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969; 9:179-186.
14. Organização Mundial da Saúde (OMS), CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP; 2003.
15. Costa AJL. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasil, 2003. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(4):927-940.
16. Oliveira ACS, Martins GV, Franchi KMB, Ramos CR, Lima DLF. Investigação da presença de patologias e da capacidade funcional de idosas institucionalizadas. Ciência e Pesquisa Unifor. 2012; 2(1):42-53.
17. Manual do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br)- Elaboração de Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros. 2012 [acesso em 2015 julho 25] Disponível em [http://www.actafisiatrica.org.br/imagebank/pdf/Manual do IF-Br.pdf](http://www.actafisiatrica.org.br/imagebank/pdf/Manual_do_IF-Br.pdf).