

**A Capacidade de Autocuidado dos Idosos**  
**Usuários do Programa de Enfermagem Gerontogeriatrica**  
**da Universidade Federal Fluminense**

**Dirley Moreira dos Santos**

GET- UFF, getdms@vm.uff.br

**Marcia Andrade**

Doutoranda PUC-Rio, armsandrade@gmail.com

**Selma Petra Chaves Sá**

MFE-UFF, spetra@ig.com.br

**Carlos Alberto Q. Coimbra**

MAS -MCT, caqcoimbra@mast.br

**Lorena Maria Volkens Robers**

Aluna MFE-UFF

**Palavras-chave:** percepções sobre capacidade de autocuidado; idosos; teoria da resposta ao item não paramétrica; viés implícito.

**Resumo:** Este trabalho apresenta um estudo exploratório para a determinação de escalas relacionadas às capacidades de autocuidado de idosos. A amostra consistiu em idosos inscritos no programa “A Enfermagem na Assistência à Saúde do Idoso e seus Cuidadores” da Universidade Federal Fluminense - EASIC/UFF. A pesquisa, iniciada em agosto de 2008, teve duração de um ano e foi feita por meio de entrevistas com perguntas fechadas contidas na Escala de Autocuidado de ASA-A, validada por Silva [1]. O instrumento foi aplicado no momento da consulta agendada para os 48 idosos saudáveis e/ou portadores de doenças crônicas degenerativas (exceto demências). Cada um dos 24 itens deste questionário admite respostas em uma escala Likert. Estes dizem respeito à: disponibilidade, vontade e condições dos idosos em modificarem as suas vidas, e ainda permitem avaliar os cuidados com a alimentação, higiene e peso, além de outras características. Para melhor caracterização dos idosos, também foram incluídas informações sobre gênero, idade, escolaridade e estado civil.

## **1 Introdução**

A questão do envelhecimento vem sendo objeto de preocupação atualmente em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil. O aumento do número de idosos vem acompanhado de problemas de saúde de longa duração, implicando em custos tanto para o indivíduo quanto para a sociedade de modo geral. Estima-se que, no Brasil, este contingente se elevará a 31,8 milhões em 2025, alcançando a sexta posição em população com idade igual ou superior a 60 anos no Mundo [2].

Da sua concepção até sua morte, o organismo humano passa pelo nascimento, puberdade, maturidade e chega ao envelhecimento. E é nesta fase natural e inevitável, que há o declínio das funções vitais. Apesar de haver grandes controvérsias, este período geralmente inicia-se no final da segunda década de vida, pouco perceptível e perdurando por longo período até surgirem no final da terceira década as primeiras alterações fisiológicas e funcionais características do envelhecimento.

Segundo o Estatuto do Idoso, considera-se idoso aquele indivíduo que possui idade igual ou superior a 60 anos. E no Capítulo I, Art. 9º, encontramos que é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

O autocuidado é a capacidade que o indivíduo tem de cuidar de si, e para o idoso o desempenho nas atividades da vida diária é parâmetro amplamente aceito e reconhecido, pois permite aos profissionais uma visão mais precisa quanto à gravidade das doenças e das suas seqüelas.

Considera-se de suma importância a avaliação do autocuidado desenvolvida para idosos utilizando escalas específicas para este fim. Uma delas é o instrumento de autocuidado ASA-A.

Este estudo de caráter preliminar tem como objetivo avaliar se este instrumento forma uma escala de Mokken [3]. Nesse sentido, este trabalho busca determinar escalas relacionadas à capacidade de autocuidado de idosos saudáveis e/ou portadores de doenças crônicas degenerativas (exceto demências), inscritos no Programa “A Enfermagem na Assistência à Saúde do Idoso e seus Cuidadores” da Universidade Federal Fluminense - EASIC/UFF.

## **2 O Instrumento e a Base de Dados**

Iniciada em agosto de 2008, com duração de um ano, a pesquisa visando avaliar a capacidade de autocuidado de idosos foi realizada através de entrevista com perguntas fechadas contidas na Escala de Autocuidado de ASA-A, validada por Silva [1].

O instrumento foi aplicado no momento da consulta de enfermagem agendada para os 48 idosos saudáveis e/ou portadores de doenças crônicas degenerativas com exceção das demências. Para melhor caracterização dos idosos, também foram anotadas informações sobre gênero, idade, escolaridade e estado civil.

O questionário de avaliação de autocuidado ASA-A abrange 24 itens que admitem respostas em uma escala Likert de 5 posições: discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente. Os itens dizem respeito à: disponibilidade, vontade e condições dos idosos em modificar as suas vidas melhorando-a; também avalia os cuidados com a alimentação, higiene, e peso. Os itens aferem ainda se os sujeitos procuram realizar adaptações para melhorar a própria saúde e se buscam rede de apoio em caso de dificuldades com os procedimentos de autocuidado.

## **3 Metodologia**

A teoria das variáveis latentes [4] apresenta vários modos de se definir um modelo de medição estatística. Um dos modos mais simples é a criação de uma nova variável, a soma dos valores atribuídos às respostas dos itens, chamado de escore total [5].

Uma escala perfeita, determinística, chamada escala de Guttman é aquela em que a posição do indivíduo está determinada com exatidão, entre dois itens. Tais escalas são raras,

mas podem ocorrer, por exemplo, em uma escala de “mobilidade física” onde os itens apresentam popularidade (ou facilidade) bem distinta. É o caso da escala formada por itens como, “consigo ir ao toailete sozinho”, “consigo fazer compras sozinho” e “consigo correr dois quilômetros”; quem responde sim a um dos itens, certamente responderá sim aos anteriores.

A Teoria da Resposta ao Item - TRI [6] propõe uma versão estocástica da escala determinística de Guttman, introduzindo a curva de resposta ao item que descreve a probabilidade de ocorrer determinada resposta dado o traço latente do indivíduo. O modelo de Mokken [3], no âmbito da TRI, não impõe uma forma paramétrica fechada para a curva de resposta ao item, exigindo apenas restrições qualitativas, como: para itens dicotômicos a curva deve ser monótona em relação ao traço latente. O modelo de Mokken é, portanto, mais fraco que os modelos paramétricos da TRI, mas, por outro lado, é um modelo capaz de se ajustar melhor a uma maior variedade de situações. Neste estudo, como o tamanho da amostra de respondentes é pequeno, não é adequado ajustar um modelo de resposta gradual da Teoria da Resposta ao Item paramétrica que leve em conta todas as cinco categorias de respostas, pois caso contrário, haveria necessidade de reagrupar as categorias em apenas duas, o que poderia gerar uma distorção nas informações fornecidas pelos dados.

#### **4 Resultados**

Essencial para a construção das escalas de Mokken é o cálculo do coeficiente de escalonabilidade, que leva o nome de H de Loevinger. Este coeficiente, com variação entre zero e um, mede o quanto a escala de Mokken se afasta da escala perfeita de Guttman. A escala de Guttman tem um coeficiente de escalonabilidade igual a 1, e à medida que a escala de Mokken se afasta do padrão de Guttman, a escalonabilidade diminui. Um coeficiente de escalonabilidade igual a 0 indica que os itens não formam escala alguma.

O cálculo da escalonabilidade se dá em três etapas: primeiro é efetuado o cálculo da escalonabilidade entre pares de itens, depois, estima-se a escalonabilidade de cada item, e finalmente é estimada a escalonabilidade do conjunto de itens. O programa MSP [7] foi criado para realizar esses cálculos. O MSP pode ser usado em modo exploratório, quando o programa sugere quais subconjuntos de itens (escalas) possuem a melhor escalonabilidade; ou em modo confirmatório, quando são produzidos os coeficientes de ajuste para o conjunto de itens estipulado pelo pesquisador.

A partir dos 24 itens do questionário ASA-A, o MSP em seu modo exploratório sugeriu duas escalas. A primeira incluindo treze itens, com  $H = 0,39$ ; a segunda com oito itens, com um coeficiente de escalonabilidade  $H = 0,37$ , ambas indicando escalas razoáveis segundo o critério em [5]. Mas, após a intervenção da especialista da área de Enfermagem, a terceira autora deste trabalho, as escalas foram refinadas e assim ficaram interpretadas: (1) Ações e atitudes subjetivas que o idoso realiza para manter-se saudável (consistindo dos 11 itens listados na Tabela 1); (2) Ações e atitudes objetivas que o idoso realiza para manter-se saudável

(consistindo dos 8 itens listados na Tabela 2). Os coeficientes de escalonabilidade de Løveinger dos itens ( $H_i$ ) e da escala (H), bem como o coeficiente de confiabilidade da teoria não paramétrica (Rho de Mokken), foram calculados por este programa e estão também destacados nestas tabelas. Cinco itens foram excluídos desta análise por não terem formado escala, seja por apresentarem correlação negativa com os demais ou por terem escalonabilidade muito baixa.

A criação de escalas com um valor de H perto ou acima de 0,4 produz mais segurança no ordenamento estocástico dos respondentes pelo escore total. Assim, foram definidas duas novas variáveis pelas somas dos valores atribuídos às respostas em cada uma das escalas: (1) o escore total da escala 1, que pode ser interpretado como Capacidade Subjetiva de Autocuidado (onde maiores valores da medida indicam uma maior concordância com as ações e atitudes subjetivas que o idoso realiza para manter-se saudável) e (2) o escore total da escala 2, que pode ser interpretado como Capacidade Objetiva de Autocuidado (onde maiores valores da medida indicam uma maior concordância com as ações e atitudes objetivas que o idoso realiza para manter-se saudável).

A distribuição da medida de Capacidade Subjetiva de Autocuidado (o escore total 1) apresenta assimetria negativa, assumindo valores 30; 48 e 55, respectivamente, para mínimo, mediana e máximo; o que indica um alto grau de concordância com as ações e atitudes subjetivas que o idoso endossa no sentido de manter-se saudável.

**Tabela 1: Coeficientes de escalonabilidade dos itens  $H_i$ , da escala, H e coeficiente de confiabilidade (RHO) para a escala 1: Capacidade Subjetiva de Autocuidado**

Item	Escalonabilidade do item ( $H_i$ )	Escalonabilidade total (H)	RHO
1	0,44		
4	0,35		
5	0,36		
6	0,28		
7	0,43		
8	0,38	0,39	0,82
15	0,42		
16	0,33		
17	0,32		
19	0,37		
21	0,46		

Fonte: próprios autores.

A distribuição da medida de Capacidade Objetiva de Autocuidado (o escore total 2) apresenta uma forma semelhante, mas os valores distintos para mínimo, mediana e máximo são 15; 32,5 e 40, respectivamente. Isso mostra que quando se trata das ações e atitudes objetivas nos cuidados com a saúde os idosos tendem a mostrar uma menor concordância.

**Tabela 2: Coeficientes de escalonabilidade dos itens  $H_i$ , da escala, H e coeficiente de confiabilidade (RHO) para a escala 2: Capacidade Objetiva de Autocuidado**

Item	Escalonabilidade do item ( $H_i$ )	Escalonabilidade total (H)	RHO
2	0,32		
9	0,45		
10	0,36		
12	0,26		
13	0,31	0,37	0,81
20	0,38		
23	0,46		
24	0,44		

Fonte: próprios autores.

A análise prosseguiu com uma investigação da existência ou não de viés implícito nas medidas construídas. Neste caso foi aplicado um procedimento estatístico não paramétrico baseado na distribuição Qui-Quadrado nos subgrupos identificados na pesquisa. Esta investigação é importante para determinar se as medidas de autocuidado obtidas não apresentam desvios quando aplicadas a indivíduos pertencentes a diferentes subgrupos.

## 5 Viés implícito

A capacidade de envolver-se e executar o autocuidado são aprendidos e estão sujeitos a alguns fatores como idade, experiências de vida, nível educacional, valores, crenças, a cultura em que se está inserido, os recursos disponíveis e gênero; todos estes são denominados fatores condicionantes.

É importante evitar uma concepção essencialista da percepção sobre o autocuidado dos idosos: a existência de determinados espaços, enfermeiros e indicadores visuais não se apresentam ao idoso sem ambigüidade. Índícios objetivos sobre o autocuidado exercem, de fato, influência nas respostas. Mas também exercem influência os estereótipos econômicos e culturais dos idosos. Afinal, a amostra espontânea de idosos, objeto dessa pesquisa, apesar de treinada para o cuidado de si, pode apresentar diferenças com relação à capacidade de envolver-se e executar as ações aprendidas, levando em consideração fatores condicionantes [8].

Mas, quais características pessoais são importantes neste caso? Pesquisas sobre o viés implícito no contexto da saúde sugerem, por exemplo, gênero, idade, escolaridade e estado civil como determinantes na formação de estereótipos em saúde.

Neste trabalho foi investigado se o valor de cada medida construída separadamente (as Capacidades Subjetivas e Objetivas de Autocuidado, escore total 1 e escore total 2, respectivamente) é afetado pelas seguintes variáveis: gênero, faixa etária, escolaridade e estado civil. Neste sentido, estas análises estão pautadas no Teste da Mediana.

O Teste da Mediana envolve essencialmente um teste de significância baseado na distribuição qui-quadrado em uma tabulação cruzada, para determinar se há evidências de

diferença significativa entre as medianas de duas ou mais amostras independentes. No presente contexto as amostras independentes são formadas pelos diversos níveis dos potenciais fatores condicionantes supracitados.

Após a aplicação deste teste não paramétrico, observou-se que não há evidências ao nível de significância de 5% que as medidas construídas apresentem viés implícito. Este resultado pode indicar que as medidas de capacidade de autocuidado construídas podem ser usadas nos diversos subgrupos definidos pelas variáveis, sexo, faixa etária, escolaridade e estado civil, sem que sejam verificados desvios indesejáveis.

## 6 Conclusões

Dos 24 itens dezoito formaram duas escalas: (1) Capacidade Subjetiva de Autocuidado, mostrando a concordância com ações e atitudes subjetivas que o idoso realiza para manter-se saudável (com 11 itens e índice de escalabilidade alto, H de Løvinger, de 0,38); e (2) Capacidade Objetiva de Autocuidado, mostrando a concordância com ações e atitudes objetivas que o idoso realiza para manter-se saudável (com 8 itens e H=0,37). Desse modo é possível ordenar as pessoas, com certa segurança, em duas escalas de maior a menor capacidade de autocuidado, segundo o escore total de cada uma das escalas.

Na amostra estudada verificou-se que quando se trata de ações e atitudes objetivas a capacidade de autocuidado dos idosos é menor do que quando se trata de ações e atitudes subjetivas. E, ainda, uma vez que não foi verificada evidência de desvios nas medidas de capacidade de autocuidado ao longo dos subgrupos (ao nível de 5%) isto tende a indicar que as medidas assim construídas podem ter ampla aplicabilidade. Estes fatos ainda requerem confirmação com pesquisas que empreguem uma amostra de tamanho maior.

## Referências

- [1] SILVA, J.V. da. *Adaptação cultural e validação do instrumento de medida de capacidade de autocuidado do "appraisal of self-care agency scale (ASA-A)".* (2001).
- [2] IBGE. *Censo demográfico 2004.* Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acessado em 5/01/2008.
- [3] MOKKEN, R.J. (1971). *A Theory and procedure of scale analysis.* The Hague: Mouton/Berlin: De Gruyter.
- [4] BOLLEN, K. (1989). *Structural Equation Models with Latent Variables,* New York, Wiley.
- [5] SIJTSMA, K. e MOLENAAR, I.M. (2002). *Introduction to Nonparametric Item Response Theory,* New York, Sage.
- [6] VAN DER LINDEN, W. J., HAMBLETON, R. K. (1996). *Handbook of modern item response theory.* Springer, New York.
- [7] MOLENAAR, I. M. e SIJTSMA, K. (2000). *User's manual, MSP5 for Windows,* ProGamma, Groningen.
- [8] RAUDENBUSH, S. W. e SAMPSON, R. J. (2004). "Seeing Disorder: Neighborhood Stigma and the Social Construction of 'Broken Windows'", *Social Psychology Quarterly*, 67(4): 311-342.