RTIGO

ARTIGOS

MEDIDAS DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS

Neiva Junkes Hoepers¹ Ana Cristina Cardoso de Oliveira² Magada Tessmann Schwalm³ Maria Tereza Soratto⁴ Luciane Bisognin Ceretta⁵

resumo

A Medida de Independência Funcional é um instrumento que objetiva medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros, que a pessoa com deficiência exige para realização de tarefas motoras e cognitivas. Esse instrumento de avaliação funcional verifica o

¹ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina (UNESC). E-mail: neivajun@engeplus.com.br

² Enfermeira graduada no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina (UNESC). E-mail: enfcris_73@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Mestre em Educação. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina (UNESC). E-mail: mts@unesc.net

⁴ Enfermeira. Mestre em Educação. Professora do Curso de Enfermagem e Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina (UNESC). E-mail: guiga@engeplus.com.br

⁵ Enfermeira. Mestre em enfermagem. Professora do curso de enfermagem da Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina (UNESC). E-mail: luk@unesc.net

desempenho do idoso para a realização de um conjunto de dezoito tarefas e consegue quantificar de forma mais objetiva a necessidade de ajuda, ou a dependência parcial, o que facilita a elaboração do projeto terapêutico. O estudo teve como objetivo avaliar a medida de independência funcional dos idosos de uma Instituição de Longa Permanência, no município de Criciúma, em Santa Catarina. A pesquisa foi quantitativa do tipo descritiva, exploratória e de campo. Participaram da pesquisa vinte idosos institucionalizados, com idade iqual ou superior a 60 anos. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, e o instrumento MIF (Medida de Independência Funcional). As variáveis utilizadas foram: idade, gênero, estado civil, religião, escolaridade, profissão, tempo de asilamento, ocupação e a descrição da escala da Medida de Independência Funcional. Quanto ao grau de dependência, com base na Medida de Independência Funcional dos idosos, a amostra concentrou-se em dois níveis, na dependência modificada, com 35% dos idosos que necessitam de ajuda em até 50% para tarefas básicas da vida diária e na independência completa/modificada com os outros 35%, vindo em terceiro lugar com 30% na dependência modificada, necessitando da assistência de até 25% das tarefas.

palavras - chave Idoso, Autocuidado, Profissionais da Saúde, Atividades Cotidianas,

1 Introdução

O autocuidado é uma exigência universal para sustentar e promover a qualidade de vida. É a prática de cuidados que um indivíduo deve executar quando precisa suprir uma necessidade, seja ela, para manter a vida, a saúde e o bem-estar. O desenvolvimento do autocuidado dos indivíduos, a sua operacionalidade e a capacidade de autocuidar-se é condicionada por fatores específicos de cada pessoa, como indivíduos e como membros de unidades sociais localizadas no tempo e espaço (LEOPARDI, 2006).

Para Waldow (2006), todos os atributos de cuidar são essenciais no processo de desenvolvimento do ser, já que o cuidado constitui a condição da nossa humanidade. Profissionais da área da saúde e outras áreas relacionadas não diferem o sujeito do cuidado, mas sim a forma de expressar

esse cuidado e também, como pode e deve ser cultivado. A mesma autora aborda o cuidar, como a essência do ser e considera as características universais do cuidado, principalmente sua especificação na área da enfermagem, por sermos independentes neste cuidar. E recomenda que o cuidado deva ser vivido. Deixa claro, também, as origens e os significados do cuidar e como este favorece o crescimento e realização da humanidade (WALDOW, 2006).

O processo de envelhecimento, mesmo que inevitável, não pode ser analisado somente considerando o plano cronológico, pois outras condições podem influenciar diretamente o processo. A individualidade biológica, por exemplo, é um fator importante (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004).

Assim sendo, o envelhecimento é considerado como um processo cumulativo, que se torna irreversível, universal, não patológico, em que ocorre uma deterioração do organismo maduro, podendo incapacitar a pessoa para o desenvolvimento de algumas atividades. Logo, percebe-se que a velhice não significa doença, mas um processo natural que ocorre ao longo de toda vida e que se inicia a partir do nascimento, sendo, para muitas pessoas, conservado até a idade avançada (ROCHA *et al.*, 2007).

Cabe às Instituições de Longa Permanência de Idosos e aos profissionais de saúde um melhor preparo para atender com qualidade, já que a instituição asilar é uma instituição que não pode ser extinta e a sua procura é cada vez maior, com a realidade futura que se aproxima. Uma boa equipe de profissionais preparados, com ética e humanização, pode proporcionar um meio ambiente com componentes, onde o idoso sinta-se bem e possa viver com melhor qualidade de vida, incluindo uma vida social com dignidade, não sendo apenas mais um na instituição que o acolhe.

Nesse sentido, o envelhecimento passa por várias fases de transformações durante a vida da pessoa, como a desorganização crescente do sistema corporal, determinada por elementos biológicos-genéticos, ecológicos, psicológicos e sócio-culturais. Ainda, é heterogêneo e individual, variando de indivíduo para indivíduo e num mesmo indivíduo, de órgão para órgão. O processo é também deletério, pois leva a uma perda progressiva das funções, o que dificulta a manutenção da homeostasia (DUARTE, 2008).

Frente às características próprias do envelhecimento e outras doenças que podem aparecer, cabe às Instituições que abrigam idosos preservar sua qualidade de vida, melhorando o atendimento, de forma que possa se atender a demanda de cuidados de maneira confortável e prazerosa até o fim que cada um espera (SÁ *et al.*, 2009).

Avaliação Funcional da Pessoa Idosa, segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, preconiza a avaliação funcional da pessoa idosa e sua neces-

sidade de auxilio (BRASIL, 1994). Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar, de forma objetiva, os níveis no qual uma pessoa está funcionando, numa variedade de áreas, utilizando diferentes habilidades. É uma das formas de se estar medindo se uma pessoa é, ou não, capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Se ela não for capaz, essa informação ajuda a verificar a necessidade de ajuda parcialmente, ou totalmente (BRASIL, 2006). Se ela não for capaz, essa informação ajuda a verificar a necessidade de ajuda parcialmente, ou totalmente (BRASIL, 2006).

Ainda, a avaliação funcional da pessoa idosa pode ser dividida em: a) Atividades de Vida Diária (AVD), que são as relacionadas ao auto cuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las; b) Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) que são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade; c) Medida de Independência Funcional (MIF) que diferentemente dos outros que identificam se a pessoa precisa de ajuda ou não, procura quantificar a ajuda necessária para um bom planejamento assistencial (BRASIL, 2006).

O processo incapacitante leva a condições crônicas, que envolvem fatores de risco – demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, estilo de vida, comportamentos e características biológicas dos indivíduos (BRASIL, 2006).

A hospitalização e a institucionalização podem gerar processos incapacitantes, os quais influenciam na qualidade de vida dos idosos. Algumas dificuldades se reduzem com certas intervenções, como: reabilitação, terapia medicamentosa, modificações do ambiente físico social, mudanças no comportamento e estilo de vida, atributos psicossociais, adaptação às atividades e a presença de suporte extra (pessoal e/ou equipamento especial (BRASIL, 2006).

Quando se discute o processo incapacitante, podemos nos referenciar a: autonomia, independência e dependência. A autonomia pode ser definida como autogoverno e se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões; a Independência significa ser capaz de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa; e a dependência dá-se quando a pessoa não pode ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa (BRASIL, 2006).

A Medida da Independência Funcional (MIF) ou Functional Independence Measure (FIM) teve origem na década de 1980 e, foi desenvolvida para avaliar pessoas sob o processo de reabilitação. Foi validada para a língua portuguesa, no Brasil, em 2000 (RIBERTO et al., 2001). É uma avaliação que mede a deficiência associada aos diversos comprometimentos físicos, capaz de fornecer um mecanismo para a padronização da coleta de dados (BRASIL, 2006).

A medida compõe-se de dois campos: o motor e o cognitivo. O motor é composto de treze itens e subdividido em quatro categorias: cuidados pessoais, controle de esfíncter, mobilidade/transferência, locomoção. E o cognitivo é composto de 5 itens e dividido em duas categorias: comunicação e cognição social.

A MIF é uma escala que avalia 18 categorias pontuadas de um a sete e classificadas quanto ao nível de dependência para a realização da tarefa. As categorias são agrupadas em seis dimensões: 1 - Autocuidados (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização do vaso sanitário); 2 - Controles de esfíncteres (controle da diurese e defecação); 3 - Transferências (leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheiro, chuveiro); 4 - Locomoções (marcha, cadeira de rodas, escadas); 5 - Comunicações (compreensão, expressão); 6 - Cognições sociais (interação social, resolução de problemas, memória) (RIBERTO; MIYAZAKI; JUCÁ, 2004).

Cada item englobado nas dimensões tem uma pontuação de 1 a 7, sendo 1 = assistência total; 2 = alta assistência; 3 = assistência moderada; 4 = assistência mínima; 5 = supervisão; 6 = independência modificada; 7 = independência total. O total máximo é de 126 pontos, que indica independência total e o mínimo é de 18 pontos, indicativo de dependência total (MIGUEL, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo da MIF é medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que a pessoa com deficiência exige para realização de tarefas motoras e cognitivas. O teste verifica o desempenho da pessoa idosa para a realização de um conjunto de 18 tarefas e consegue quantificar de forma mais objetiva a necessidade de ajuda, ou a dependência parcial, o que facilita a elaboração do projeto terapêutico (MIGUEL, 2007).

Um dos recursos utilizados para verificar os níveis de independência, ou dependência dos idosos para realizar as tarefas do cotidiano, e que possa tornar a utilização das informações mais seguras, seja por fonte direta ou mesmo indireta, é por meio do instrumento de validade da Medida de Independência Funcional (MIF) (RIBERTO; MIYAZAKI; JUCÁ, 2004).

Ainda que a maior parte de idosos seja independente e resida na comunidade, muitos deles precisam contar com o apoio de instituições residenciais de longa permanência. Essa fatia da população, muitas vezes, é constituída de idosos muito desprotegidos, que acumulam problemas sociais e de saúde. Muitos, por decisão da família ou deles próprios, acabam indo para um asilamento (GRAEFF, 2007). A manutenção de Instituições como essas é de alto custo e de grande dificuldade.

Dessa forma, as instituições deparam-se com poucos recursos, sobretudo em relação ao pessoal capacitado para o cuidado de idosos (VAGETTI;

WEINHEIMER; OLIVEIRA, 2007). Sendo que as instituições de longa permanência acabam cumprindo função dupla: de ser um lugar para os idosos viverem e de proporcionar os cuidados de que necessitam (MELLO *et al.*, 2008).

A maioria das instituições para idosos é filantrópica, tem visão caritativa e é geralmente mantidas por associações religiosas, como espíritas, católicas, evangélicas, outras associações ou organizações beneficentes. Dessa forma, essas instituições, muitas vezes, não possuem infraestrutura adequada, nem profissionais qualificados para atender aos idosos, havendo também instituições clandestinas que constituem verdadeiros depósitos de pessoas velhas (MENDONÇA, 2006).

Diante dos anseios advindos desta reflexão, teve-se como objetivo deste estudo, caracterizar o grau de Independência funcional em idosos de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

2 Metodologia

O estudo foi descritivo, exploratório e de campo, com pesquisa quantitativa, uma vez que se pretendia analisar os dados para obter a situação dos moradores da ILPI (MINAYO, 1996). Foi realizado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), com característica mista (ambos os gêneros), sem fins lucrativos, mantida por filantropia, na cidade de Criciúma em Santa Catarina. A instituição abrigava idosos, oriundos de diversas cidades próximas ao local do estudo, que se deu no período de março a abril de 2010.

Foram avaliadas todas as pessoas que moravam nessa instituição. Usou-se como critério de inclusão as que tivessem 60, ou mais anos, totalizando 20 pessoas do total da amostra. O critério de exclusão foi para os indivíduos que não quisessem participar da pesquisa.

A coleta dos dados deu-se por meio de entrevista contendo perguntas quanto ao perfil dos idosos (idade, gênero, estado civil, escolaridade, religião, ocupação), tempo de institucionalização e procedência, aplicado diretamente com os idosos pelo autor, com observação do desempenho do indivíduo durante a realização das tarefas seguindo a árvore de decisões para o uso do Instrumento de Medida de Independência Funcional (MIF), nos idosos da ILPI. Tal instrumento foi escolhido por determinar os cuidados necessários a serem prestados para que o idoso realize as Atividades de Vida Diárias (AVDs). O instrumento objetiva mensurar o grau de solicitação de cuidados de terceiros, que o indivíduo com alguma dependência, exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas (RIBERTO *et al.*, 2001).

A MIF é uma escala que avalia 18 categorias, pontuadas de um a sete e classificadas quanto ao nível de dependência para a realização da tarefa. As categorias são agrupadas em seis dimensões: 1 - Autocuidados (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização do vaso sanitário); 2 - Controles de esfíncteres (controle da diurese e defecação); 3 - Transferências (leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheiro, chuveiro); 4 - Locomoções (marcha, cadeira de rodas, escadas); 5 - Comunicações (compreensão, expressão); 6 - Cognições sociais (interação social, resolução de problemas, memória) (RIBERTO; MIYAZAKI; JUCÁ, 2004).

Cada categoria varia em uma pontuação de 1 a 7, variando de acordo com o grau de dependência: 7 - Independência completa; 6 - Independência modificada; 5 - Supervisão; 4 - Ajuda mínima (indivíduo realiza > = 75% da tarefa); 3 - Ajuda moderada (indivíduo realiza > = 50% da tarefa); 2 - Ajuda máxima (indivíduo realiza > = 25% da tarefa), 1 - Ajuda total (RIBERTO; MIYAZAKI; JUCÁ, 2004).

Os pontos de corte da MIF utilizados nesta pesquisa são os seguintes: 18 pontos: dependência completa (assistência total); 19-60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% na tarefa); 61-103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25% na tarefa); 104-126 pontos: independência completa/modificada. Assim, quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência. Somando-se os pontos das dimensões da MIF, obtém-se um escore total mínimo de 18 e o máximo de 126 pontos, que caracterizam os níveis de dependência pelos subescores (RIBERTO; MIYAZAKI; JUCÁ, 2004).

Os aspectos éticos seguiram os princípios da Resolução 196/96 do CONEP- Conselho Nacional de Pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UNESC, sob o número 259/2010 e todos os idosos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A análise dos dados seguiu critérios de estatística descritiva, em que se utilizou frequência simples e média. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas.

3 Apresentação e Discussão dos Resultados

Entre os idosos institucionalizados, 11 eram do gênero masculino (55%) e 9 do feminino (45%), com idades que variaram de 60 a 100 anos, sendo que 45% dos idosos apresentaram 71 a 80 anos, 25% de 61 a 70, 25% de 81 a 90 e 5% de 91 a100, com uma média de idade de 80 anos.

Tabela 1 – Número e percentual de Idosos, segundo características sócio-demográficas. ILPI, Criciúma, Brasil, 2010.

| | Variáveis | N | % |
|----------------|--|----------------------------------|--|
| Idade | 61 a 70 71 a 80 81 a 90 91 a 100 | 05 09 05 01 | 25 45 25 05 |
| Gênero | Masculino Feminino | 11 09 02 | 55 45 10 |
| Estado civil | Casado Solteiro Separado Viúvo | 06 04 08 | 30 20 40 |
| Religião | Católica Evangélica Sem religião | 13 04 03 | 65 20 15 |
| Escolaridade | Não sabe ler/escrever Sabem escrever seus nomes Ens .Fundamental incompleto Ens. Fundamental completo Ens. Médio | 13 04 03 00 00 | 65 20 15 00 |
| Profissão | Agricultura Mineiro Autônomo Micro empresário Doméstico Serviços gerais Nunca trabalhou | 05 01 02 01 06 01 | 25 05 10 05 30 05 20 |
| Situação atual | Aposentado Pensionista | 12 08 | 60 40 |
| Total | | 20 | 100% |

Fonte: Dados da pesquisa

ILPI = Instituição de longa permanência do idoso; Ens. = Ensino

Predominaram idosos do gênero masculino, assim como nos estudos de Lucena *et al.* (2002), Bell e Saif (2002) e Pelegrin *et al.* (2008), onde foi encontrado predomínio da população geriátrica masculina institucionalizada.

Porém, em outros estudos como o de Lopes *et al.* (2007), Rosa *et al.* (2009), Mota *et al.* (2010) e Camarano e Kanso (2010), foi identificado predomínio da população feminina, pressupondo-se que as mulheres conseguem viver sozinhas com maior facilidade, já os homens têm aparentemente a necessidade de ter alguém, ou a companhia da mulher para auxiliá-lo. "As mulheres idosas

apresentam, em geral, uma propensão maior que os homens, a viverem sozinhas" (FREITAS et al., 2006, p. 91).

A média de idade dos residentes em ILPI ficava em torno de 80 anos, identificado também nos estudos de Rosa *et al.* (2009) e Pelegrin *et al.* (2008). Esse é um dado significante, pois se percebe que há um aumento de idosos nessa faixa etária em nossa sociedade (80 anos e mais).

Quanto ao estado civil, 8 (40%) dos idosos eram viúvos, 6 (30%) solteiros e os demais achados podem ser encontrados na Tabela 1. Esses resultados foram semelhantes aos apresentados por Lopes *et al.* (2007) e Pelegrin *et al.* (2008), em que os estado civis que se destacaram foram os de viúvos e solteiros. O predomínio nestas categorias pode indicar a marginalização que existe para com o idoso sem família e sem recursos financeiros, sendo esse abandonado pela própria família nas ILPI (CONVERSO; LARTELLI, 2007).

Houve predominância da religião católica, totalizando 13 (56%), os demais achados podem ser observados na Tabela 1. O aspecto religioso tem grande influência nessa fase da vida, também demonstrado no estudo de Araújo e Ceolim (2010). Quanto às razões para a ocorrência desse fato, verifica-se que a prática de uma religião pelo idoso permite-lhe estabelecer um elo entre as limitações e o aproveitamento de suas potencialidades e a vencer essa etapa da vida (Santos *et al.*, 2002).

No que se refere à escolaridade, prevaleceram idosos analfabetos, 13 (65%). Os demais resultados podem se vistos na Tabela 1. O índice de escolaridade nessa faixa etária é menor do que nas demais, o que reflete uma carga trazida de época, cultura, costumes, oportunidades, entre outras tantas, que os idosos trazem consigo.

A profissão que mais prevaleceu é a "do Lar" 6 (30%), mesmo tendo predominância masculina, os quais obtiveram uma maior diversidade de profissão, em seguida vem a agricultura 05 (25%), sendo que muitos deles responderam que nunca haviam trabalhado. Na ocupação ou situação na época da entrevista a maioria era aposentada, 12 (60%), os demais eram pensionistas 8 (40%) (Tabela 1).

Quanto ao tempo de institucionalização e procedência, metade (50%) dos moradores reside de um a cinco anos na instituição; 6 (30%), há menos de um ano; e somente 4 (20%) do total estão acima de 5 anos.

Tabela 2 – Número e percentual de Idosos, segundo o tempo de institucionalização e procedência. ILPI, Criciúma, Brasil, 2010.

| | Variáve | is | N | % |
|----------------|--|--|--|--|
| Tempo de insti | tucionalização | < 01 ano 01 a 05 anos 06 a 10 anos 11 a 15 anos | 06 10 02 02 | 30 50 10 10 |
| Procedência | Araranguá Capivari Cocal do Sul Criciúma Florianópolis Grão-Pará Içara Imaruí Laguna Tubarão Urussanga | | 01 02 01 04 02 01 01 02 02 02 02 | 05 10 05 20 10 05 05 10 10 10 |
| Total | | | 20 1 | 00% |

Fonte: Dados da pesquisa

ILPI = Instituição de longa permanência do idoso

Esses últimos, com pouca chance de retorno à família e com pouco, ou nenhuma visita de seus familiares, levando-os à desmotivação e descrédito próprio.

Esses resultados podem estar atrelados a ILPI ser de porte pequeno, não ter uma equipe multiprofissional completa e ativa, que poderia estar promovendo algum programa direcionado para esses idosos. Como a promoção da saúde na velhice, que engloba programas com enfoques multifacetados em que, o autocuidado, a integração social, a atividade física, o controle de hábitos nocivos à saúde, a utilização do tempo livre e a prevenção de incapacidades, os quais são fundamentos que estão compreendidos nos princípios da saúde para todos, da Organização Mundial da Saúde, que se refere a agregar vida aos anos e não agregar anos à vida (MAZZA; LEFEVRE, 2005).

Quanto à procedência dos idosos, esta foi muito variável. Vieram de vários locais e somente 4 (20%) da amostra é procedente da cidade onde está inserida a ILPI (Tabela 2). Tal fato contribui para o distanciamento de seus familiares, dificultando os laços e interações sociais, proporcionando maior isolamento, sendo fator contribuinte para algumas patologias características da pessoa idosa. Será que isso está ligado à falta de ILPI em outras cidades? Ou a distância seria motivo para o distanciamento familiar? Ou a falta de programas de promoção e prevenção e organização destas localidades?

A MIF é uma avaliação que mede a deficiência associada aos diversos comprometimentos físicos, capaz de fornecer um mecanismo para a padronização da coleta de dados. Tem como objetivo medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros, que a pessoa com deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas (BRASIL, 2006).

A pontuação de cada domínio e da escala total está demonstrada na Tabela 3, onde estão explícitas as 18 categorias, pontuadas de um a sete, e classificadas quanto ao nível de dependência para as tarefas, que vai da assistência total a independência completa. Podem-se visualizar as categorias e as incidências dos idosos em cada nível de assistência, ou níveis de dependência.

Tabela 3 – Estatística descritiva da escala de MIF – ILPI, Oriciúma, Brasil, 2010.

| Auto cuidado | Assistência total | Assistência máxima | Assistência moderada | Assistência mínima | Supervisão | Independên- cia modifi- cada | Independên- cia completa | Total |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|------------|------------------------------------|-----------------------------|-------|
| | N(%) | N(%) | N(%) | (%)N | N(%) | N(%) | N(%) | Z |
| Alimentação | 0 | 2(10) | 0 | 2(10) | 2(10) | 1(05) | 13(65) | 8 |
| Higiene pessoal | 8(40) | 0 | 0 | 2(10) | 5(25) | 1(05) | 4(20) | 20 |
| Banho | (08)9 | 3(15) | 0 | 2(10) | 5(25) | 0 | 4(20) | 8 |
| Vestir-se acima da cintura | (30) | 2(10) | 0 | 1(5) | 4(20) | 2(10) | 5(25) | 8 |
| Vestir-se abaixo da cintura | (38)/ | 1(5) | 0 | 1(5) | 4(20) | 2(10) | 5(25) | 8 |
| Uso de vaso sanitário | (08)9 | 0 | 1(5) | 0 | 2(10) | 2(10) | 9(45) | 8 |
| Controle da urina | 6(45) | 0 | 0 | 1(5) | 3(15) | 2(10) | 8(40) | 8 |
| Controle das fezes | 5(25) | 0 | 0 | 1(5) | 2(10) | 0 | 12(60) | 20 |
| | | | | | | | 4 | |

Continua...

Continuação

| Transferência: leito/cadeira | (30) | 1(5) | 0 | 0 | 4(20) | 1(5) | 8(40) | 20 |
|----------------------------------|--------|-------|------|-------|-------|-------|--------|----|
| Transferência: vaso sanitário | (30) | 0 | 0 | 0 | 5(25) | 3(15) | (020) | 20 |
| Transferência: chuveiro | 7(35) | 0 | 0 | 0 | (08)9 | 2(10) | 5(25) | 20 |
| Locomoção | 8(40) | 1(5) | 0 | 0 | 4(20) | 1(5) | (08)9 | 20 |
| Escadas | 8(40) | 2(10) | 0 | 0 | 4(20) | 1(5) | 5(25) | 20 |
| Compreensão | 1(5) | 4(20) | 0 | 2(10) | 0 | 1(5) | 12(60) | 20 |
| Expressão | 0 | 4(20) | 0 | 2(10) | 0 | 2(10) | 12(60) | 20 |
| Interação social | 4(20) | (38) | 1(5) | 1(5) | 2(10) | 1(5) | 4(20) | 20 |
| Resolução de problemas | 17(85) | 2(10) | 0 | 1(5) | 0 | 0 | 0 | 20 |
| Memória | 5(25) | 5(25) | 1(5) | 0 | 2(10) | 1(5) | (08)9 | 20 |
| | | | | | | | | |

Fonte: Dados da pesquisa ILPI = Instituição de Ionga permanência do idoso

Agrupando as categorias em dimensões pode se ver o domínio do autocuidado (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização do vaso sanitário), com uma média de 6,6 (33%) dos idosos. Na sequência, aparece a média de 5,5 (27,5%) dos idosos no nível de assistência total, ou dependência completa.

Na pontuação do autocuidado, os idosos da pesquisa eram um pouco mais independentes, mesmo assim, ainda precisavam de ajuda para algumas das categorias, enquanto que no nível de assistência total, ou dependência completa a incidência foi maior, assim, necessitando de maior ajuda, com supervisão para realizar suas tarefas de vida diária. Comparando ao estudo de Kawasaki e Diogo (2005) as médias dos valores da MIF para as tarefas de autocuidado, observou-se também uma perda da capacidade em realizar todas as atividades de autocuidado, sendo mais marcantes o comprometimento das tarefas de banho e vestir metade superior e inferior. Já para Viana *et al.* (2008), a dimensão de autocuidado obteve baixa pontuação, principalmente nas categorias higiene pessoal, banho, vestir metade superior e inferior, nas quais os idosos necessitavam de ajuda em 51% a 75% das vezes, para pentear os cabelos, lavar as mãos e face, fazer a barba, ou maquiar-se, assim como tomar banho e vestir a parte superior e inferior.

No domínio que envolve o Controle de esfíncteres (controle da diurese e defecação), observou-se a média de 10 (50%) dos idosos, os quais estavam na independência completa. Chama-se a atenção à dependência total,onde se obteve a média de 5,5 (27,5%) do total de idosos. Nesse domínio, encontramos os achados de Viana *et al.* (2008) com semelhança, em que os idosos apresentaram apenas 25 a 49% do controle vesical.

Outro domínio foi o de transferências (leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheiro, chuveiro), aparecendo em porcentagem igual, tanto para a independência completa, como para a dependência completa, visto uma média de 6,3 (31,6%). Em segundo lugar, veio a dependência modificada: supervisão com média de 5 (25%). A locomoção que aborda: marcha, cadeira de rodas e escadas, aparece em primeiro lugar, com a dependência completa na média de 8 (40%) dos idosos, vindo em segundo lugar com média de 5,5 (27,5%) na independência completa. Nestas dimensões o estudo de Viana *et al.* (2008) mostrou que os idosos, necessitam da ajuda de uma pessoa que executa de 25 a 49% do trabalho para subir e descer de 4 a 6 degraus.

Já na comunicação (compreensão e expressão), se constou que a maioria se comunica de alguma forma, aparecendo 12 (60%) na independência completa e 4 (20%) na dependência completa no item de ajuda máxima (indivíduo > = 25%).

Por fim, na cognição social: interação social, resolução de problemas e memória, encontrou-se domínio na independência completa com média de 9 (45%) dos idosos, vindo a dependência completa no item de ajuda máxima (indivíduo > = 25%) com média de 4,6 (23,3%) e assistência total: com ajuda total (indivíduo > = 0%), média de 3 (15%). Na comunicação e cognição, não foram encontrados achados relacionados à ILPI que avaliam idosos nas mesmas condições.

Muitos idosos apresentaram déficit cognitivo, característica natural do processo de envelhecimento, exigindo preparo do cuidador, que muitas vezes não está capacitado para tal cuidado. Nessa fase da vida, os idosos apresentam alguns problemas específicos, que podem ser resolvidos, ou diminuídos, com a ajuda das pessoas que assumem a responsabilidade do cuidar.

A avaliação da capacidade funcional está relacionada aos aspectos práticos das atividades de cuidado pessoal e do grau de manutenção da capacidade para o desempenho das atividades básicas e mais complexas do cotidiano (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

Ainda, a MIF é um dos recursos utilizados para verificar a avaliação da capacidade funcional, para saber os níveis de independência, ou dependência dos idosos para realizar as tarefas do cotidiano. Desta forma, a pesquisa mostrou a classificação do nível de independência dos idosos, por meio dos sub-escores da MIF geral, predominância no nível de dependência modificada, necessitando de ajuda em até 50% para tarefas básicas da vida diária, com 40% dos idosos.

Tabela 4 - Classificação do nível de independência dos idosos por meio dos sub-escores da MIF, ILP, 2010.

| Classificação | Sub-escores das dimensões | N | % |
|--|---------------------------|----|--------|
| Dependência completa | 18 pontos | 0 | 0% |
| Dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa) | 19 a 60 pontos | 8 | 40% |
| Dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa) | 61 a 103 pontos | 7 | 35% |
| Independência completa/ modificada | 104 a 126 pontos | 5 | 25% |
| Total | 18 a 126 pontos | 20 | 100,0% |

Fonte: Dados da pesquisa

ILPI = Instituição de longa permanência do idoso

Assim, foi verificado que houve menor pontuação nessa dimensão. Dessa forma, demonstrando que esses idosos necessitam de maior ajuda para a realização das tarefas de vida diária (50% de ajuda).

Na classificação da dependência modificada, a que necessita de ajuda em até 25% das tarefas, enquadraram-se 35% idosos, os quais conseguiam realizar suas tarefas de vida diária em 75%, ou seja, necessitando de ajuda mínima de um terceiro.

Já a classificação independência completa/modificada comportou os outros 25% dos idosos, os quais são independentes para as atividades de vida diária, não precisando de ajuda, talvez, apenas de supervisão para algumas atividades.

Foram feitas correlações com alguns estudos, que mostraram semelhança, embora as condições dos idosos pesquisados fosse outra: idosos acamados e com lesões medulares, sequela de acidente vascular encefálico, entre outras doenças que afetam a capacidade funcional desta população (NEVES et al., 2007; LOPES et al., 2007; VIANA et al., 2008).

Ainda, os estudos de Silva (2004) relatam que o risco para o desenvolvimento da incapacidade funcional aumenta quando o indivíduo com sequela de AVE, além de idoso, é institucionalizado.

Já Viana *et al.* (2008), relata que a maioria dos idosos é portadora de dependência modificada e necessita de assistência para realizar as atividades de vida diária.

Portanto, a MIF procura quantificar a ajuda necessária, sendo de grande valia para o planejamento assistencial. O instrumento é indicado para a avaliação de idosos, por conter parâmetros importantes relacionados à capacidade funcional dessa faixa etária.

O resultado da pesquisa foi discutido com a ILPI em questão. Mostraram-se os resultados do grau de dependência dos idosos, esclarecendo que esses dados podem auxiliar os profissionais numa intervenção que assista aos principais problemas da demanda atendida pela assistência institucional, antes mesmo que eles se instalem e venham a prejudicar a qualidade de vida dos idosos.

4 Conclusão

A maioria dos idosos investigados apresentou dependência modificada, necessitando de assistência de 25 a 50% para completar a tarefa.

É de suma importância estar planejando ações e cuidados terapêuticos, para auxiliar e orientar quem cuida, o qual tem papel tão importante e responsabilidade de estar proporcionando um pouco de qualidade de vida aos dependentes.

O estudo propõe novos desafios, para os enfermeiros e técnicos estarem reorganizando e conquistando mais esse espaço. As políticas nacionais de saúde do idoso e o estatuto do idoso poderão contribuir para mais esse desafio.

Sugere-se que para mudarmos o cenário das ILPI, essas, poderiam configurar-se a programas específicos, incluindo previsão financeira para as ações, com objetivo de estabelecer algum tipo, ou rede de suporte institucional, dentro do perfil de cada uma, como também investimento em capacitações aos profissionais dessas instituições.

FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE IN A LONG-STAY INSTITUTION FOR THE ELDERLY

abstract:

The Functional Independence Measure is a tool that aims to measure the request of care, which the disabled person requires to perform motor and cognitive tasks. This functional assessment tool checks the performance of the elderly to perform a set of eighteen tasks and can quantify more objectively the need for aid or partial dependency. which facilitates the development of therapeutic projects. The study aim was to evaluate the Functional Independence Measure of the elderly in a Long Stay Institution for the elderly in Criciúma, Santa Catarina. The quantitative research was of the descriptive, exploratory and field kind. The study participants were twenty institutionalized elderly, aged 60 years old and above. Data were collected through structured interviews with opened and closed questions and the FIM instrument (Functional Independence Measure). The variables used were: age, gender, marital status, religion, education, profession, time asylum, occupation and a description of the scale of the Functional Independence Measure. Aboute the degree of dependence, based on the Functional Independence Measure of the elderly, the sample was concentrated on two levels, depending on changed with 35% of seniors who need help as much as 50% for basic tasks of daily living and independence complete / modified with the other 35%, coming in third place with 30% in dependence changed, requiring the assistance of up to 25% of the tasks.

keywords

Elderly. Selfcare. Health Professionals. Daily Activities.

referências

ARAUJO, Claudia Lysia de Oliveira; CEOLIM, Maria Filomena. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 619-626, set. 2010.

BELL, Belkis Soria; SAIF, Ángela Rodríguez. Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. *Revista Cubana de Enfermería, Ciudade de La Habana*, v. 18, n. 2, p.116-121, abr./jun. 2002.

BRASIL. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a *Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.* In: Política Nacional do Idoso. Brasília. 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 19. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.* Brasília, 2006.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 27, n.1, p. 233-235, jan/jun. 2010.

CONVERSO, Maria Estelita Rojas; LARTELLI, Isabele. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições publicas de longa permanência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 267-272, 2007. DUARTE, Luzia Travassos. *Envelhecimento: processo biopsicossocial*. Trabalho Monográfico para o Curso Virtual "Educación para el Envejecimento". Disponível em: http://www.psiconet.com/tiempo/monografias/brasil.htm. Acesso em: 10 jan. 2008.

FREITAS, Elizabete Viana de et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara-koogan, 2006.

GRAEFF, Lucas. Instituições Totais e a Questão Asilar: uma abordagem compreensiva. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Porto Alegre, v. 11, p. 9-27, 2007.

KAWASAKI, Kozue; DIOGO, Maria José D'Elboux. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiatrica,* São Paulo, v. 12, n. 2, p. 55-60, ago. 2005.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Teoría e método em assistência de enfermagem*, 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006. 396p.

LOPES, Fernanda Lucas; TIER, Cenir Gonçalves; FILHO, Wilson Lunardi; SANTOS, Silvana Sidney Costa. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). *Ciência, Quidado e Saúde,* Paraná, v. 6, n. 1, p. 59-67, jan/mar. 2007.

LUCENA, Neide et al. Análise da Capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa. *Fisioterapia Brasil*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p.164-169, mai/jun. 2002.

MAZO, Giovana Zarpellon; LOPES, Marize Amorim; BENEDETTI, Tânia Bertoldo. *Atividade física e o idoso:* concepção gerontológica. Porto Alegre: Sulina, 2004. Disponível em: http://www.efdeportes.com/efd124/alteracoes-morfofisiologicas-associadas-ao-envelhecimento-humano.htm. Acesso em: 24 abr. 2010.

MAZZA, Márcia Maria Porto Roccetto; LEFEVRE, Fernando. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 15, n.1, abr. 2005. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-12822005000100002&script=sci_arttext. Acesso em: 06 mai. 2010.

MELLO, Pâmela Billig et al. Percepção dos cuidadores frente às dificuldades encontradas no cuidado diário de idosos dependentes institucionalizados. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 259-274, ago. 2008.

MENDONÇA, Jurilza Maria Barros. Instituição de Longa Permanência para Idosos e Políticas Públicas. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 169-190, dez. 2006.

MIGUEL, Armando. MIF – Medida de Independência Funcional. *Caderno de Medicina Gerátrica*, On Line, v. 21, jan., 2007. Disponível em: <www.medicinageriatrica.com. br/2007/01/21/saude-geriatria/mif-medida-de-independencia-funcional>. Acesso em: 06 dez. 2009.

MINAYO, Maria Cecília. *Pesquisa social:* Teoria, Método e Criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

MOTA, Marina Souza Pinheiro et al. Diagnóstico de uma população da terceira idade. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento, Porto Alegre, v.15, n. 2, p. 255-264, ago. 2010.

NEVES, Marco Antonio Orsini; MELLO, Mariana Pimentel; ANTONIOLI, Reny de Souza; FREITA, Marcos Raimundo Gomes de. Escalas clínicas e funcionais no gerenciamento de indivíduos com Lesões Traumáticas da Medula Espinhal. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 234-239. 2007.

PELEGRIN, Andressa et al. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*. On Line, v. 15, n. 4, p. 182-88, out/dez., 2008. Disponível em: http://www.mendeley.com/research/idosos-uma-instituio-longa-permanncia-ribeiro-preto-nveis-capacidade-funcional-1/. Acesso em: 07 mai. 2010.

RIBERTO, Marcelo. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.

RIBERTO, Marcelo; MIYAZAKI, Margarida Harumi; JUCÁ, Sueli Satie Hamada. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatrica*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76. 2004.

RICCI, Natalia Aquaroni; KUBOTA, Montana; CORDEIRO, Rosilene da Conceição. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 39, n. 54, p. 655-662, 2005.

ROCHA, Francisca Cecilia Viana; BRITO, Cleidiane Maria Sales de; LUZ, Maria Helena Barros Araújo; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes. Análise da Produção Científica sobre o idoso. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasilia, v. 60, n. 4, p. 449-451, julh/ago. 2007.

ROSA, Patrícia Vianada; SILVA, Francielli Kersting da; ROSSATO, Douglas Dalcin; ROSA, Luis Henrique Tellesda. Capacidade funcional entre idosos institucionalizados da região do Alto Jacuí - Rio Grande do Sul. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 281-294, 2009.

SÁ, Charles et al. Oficinas terapêuticas para cuidadores de idosos com demência: Atuação da enfermagem no programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da UFF. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de janeiro, v. 9, n. 3, p. 1-114, 2006.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; SANTOS, Iolanda Besera da Costa; FERNANDES, Maria das Graças Melo; HENRIQUES, Maria Emília Romero de Miranda. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 757-64, nov/dez, 2002.

SILVA, Francisco. Ischaemic Stroke - Current aspects concerning prevention: We need to act. *Medicina Interna.* v. 11. n. 2. p. 99-108. 2004.

VAGETTI, Gislaine Cristina; WEINHEIMER, Marlei Salete; OLIVEIRA, Valdomiro de. Atendimento Integral à Saúde do Idoso Residente em Instituição de Longa Permanência: uma experiência interdisciplinar. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 11, p. 53-66, 2007.

VIANA, Fabiana Pavan; LORENZO, Anapaula Castro de; OLIVEIRA, Érika Felipe de; RE-SENDE, Selma Mendes. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com seqüelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontológia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 17-28, 2008.

WALDOW, Vera Regina. *Quidar:* expressão humanizadora de enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

Recebido: 25/04/2011 1ª Revisão: 02/08/2011 2ª Revisão: 16/09/2011 3ª Revisão: 22/10/2011 4ª Revisão: 02/05/2012 Aceite Final: 02/12/2012