

Medida de Independência Funcional Motora no idoso institucionalizado: um recurso na elaboração de programa terapêutico em enfermagem.

Aluna: Cristiane de Matos Trigolo

Orientadora: Teresa Cristina Prochet

Assis
Dezembro/2008

INDICE

1. Introdução.....	02
2. Objetivos.....	07
3. Material e Métodos.....	08
4. Resultado e Discussão.....	09
5. Considerações Finais.....	16
Referências.....	17
Anexos.....	22

1. Introdução

O aumento expressivo da longevidade, obtido no século passado, sem dúvida pode ser visto como um importante indicador de sucesso da humanidade, mas também como um grande desafio para nossa sociedade⁽¹⁾. Os idosos já representam uma grande demanda da nossa população, e a tendência é que em um futuro próximo seja equivalente ao de jovens e isto vem ocorrendo de forma rápida devido a fatores como a queda no número de nascimento, a diminuição do índice de fecundidade e o aumento da expectativa de vida graças aos avanços tecnológicos e o próprio acesso das pessoas aos recursos disponibilizados que estreitam progressivamente a base da pirâmide populacional, fazendo aumentar a população idosa brasileira, mas infelizmente o fato de termos uma expectativa de vida aumentada não garante que o sistema social e de saúde e até a própria família estejam preparados para atender adequadamente as demandas próprias do idoso e do seu processo de envelhecimento, assim precisamos concentrar esforços no sentido de mantermos a associação permanente entre a saúde e a qualidade de vida aos idosos.^(2,3,4)

Diante dessa realidade, ainda é grande a desinformação sobre as reais necessidades de saúde dos idosos, constituindo um verdadeiro desafio aos profissionais para compreender como se dá o envelhecimento populacional e como afeta as políticas públicas e os serviços de saúde numa maneira geral.⁽⁴⁾ É fundamental a criação de mecanismos para uma saudável convivência com a velhice, garantindo a dignidade como um bem legitimamente reconhecido a qualquer ser humano e o respeito aos seus direitos não como algo próprio da minoria a ser protegida, mas como verdadeira regra de convívio de gerações.⁽⁵⁾

O idoso ao longo de sua vida foi influenciado por eventos de natureza fisiológico, patológico, psicológico, social, cultural e econômico, os quais podem atuar sobre a sua qualidade de vida na velhice.⁽⁵⁾ O envelhecimento bem sucedido vê o idoso como sendo "ativo", regulando sua qualidade de vida através das definições de objetivos e lutando para alcançá-los, acumulando recursos que são úteis para adaptação das mudanças e atividades envolvidas na manutenção do seu bem-estar que engloba aspectos e modelos que vão desde a *satisfação com a vida* ou *bem-estar social* até aos conceitos de independências, controle, autonomia e competências cognitivas.^(5,6,7)

Outro ponto que merece destaque, quando se menciona qualidade de vida, é a tendência de associar a dependência física com a perda total de autonomia. Entretanto, quando falamos em autonomia, pensamos na capacidade para tomar decisões, na possibilidade de auto-governar e de administrar a vida de acordo com valores próprios.^(4,8)

No decorrer da existência humana enfrentamos situações geradoras de transformações que atingem o seu ápice na velhice, tais eventos vão surgindo de forma gradativa e são capazes de alterar a trajetória de vida da pessoa idosa. Entre elas destacamos: perda do papel profissional; perdas de amigos, familiares e contatos sociais gratificantes; transformações físicas e hormonais e o próprio comprometimento das condições de saúde, no sentido do aparecimento de doenças propriamente dita que em sua complexidade pode causar incapacidade funcional, o que implica dependência para realização de atividades de vida diária, sendo necessário alguém assumir a função de fazê-lo em seu lugar.^(4,8)

Mas não podemos associar a dependência somente ao status biológico, mas sabemos que podem ser influenciados fortemente pelas condições sócio-ambientais, fatores culturais e psicológicos para que a instauração da dependência ocorra e seja ou não desenvolvida.^(7,9)

Balter & Silvemberg⁽⁹⁾ comentam que a dependência, na velhice, é resultado de mudanças ocorridas ao longo do curso da vida e acrescentam que ela engloba desde as mudanças biológicas até transformações exigidas pelo meio sociais. As autoras discriminam a dependência em três níveis: a primeira chamada de dependência estruturada, resultante das circunstâncias cultural que atribuem valores ao homem em função do que é enquanto produz; a segunda é a dependência física, que decorre da incapacidade funcional, ou seja, da falta de condições para realizar as tarefas da vida diária e, por ultimo, a dependência comportamental, que é socialmente induzida, pois advém do julgamento e das ações de outrem⁽⁶⁾.

A dependência se traduz em si por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida, não é apenas incapacidade que cria dependência, mas assim a somatória da incapacidade com a necessidade. Por outro lado a dependência não é um estado permanente e sim um processo dinâmico cuja evolução pode se manifestar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequada.^(10,11)

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece pelo maior tempo possível significam a valorização da autonomia ou autodeterminação e a preservação da independência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional⁽¹²⁾. Nos últimos vinte anos, o conceito de promoção da saúde vem sendo apontado como marco para as políticas de saúde em nível mundial.⁽¹³⁾

A promoção da saúde surgiu da Educação para a Saúde, baseia-se em uma visão integrada e ecológica da saúde pública, na qual não há separação do indivíduo e o meio, considerados um todo. Reforça-se a necessidade de "*marcar metas para la acción política y no solo para el comportamiento individual*"⁽¹⁴⁾.

No Brasil, as políticas desencadeadas a partir das primeiras décadas do século XX, resultaram no aumento da expectativa de vida da população brasileira, mas isso não significa dizer que houve melhoria na qualidade de vida dos idosos^(15,16). Até porque o Brasil possui um contexto de acentuadas desigualdades regionais e sociais, o que interfere diretamente no alcance da tão esperada qualidade de vida.

Diante dessa realidade, governo, sociedade, família e profissionais de saúde precisam promover uma ampla conscientização e priorizar a instalação de políticas de reeducação social em relação à pessoa idosa. A avaliação funcional é uma das atividades preconizadas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é por meio dela pode-se determinar não só o grau de comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio. Trata-se de uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os níveis no qual uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas e como ela está utilizando suas habilidades (motoras e cognitivas).^(17,18,19)

O padrão de saúde eleva-se na medida em que a longevidade é acompanhada pela ausência de doenças e de sofrimentos evitáveis por conforto e por autonomia.^(7,8)

O último censo realizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística revelou que o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade se aproxima de 14 milhões⁽³⁾. Atribui-se a esta população como conseqüência da transição demográfica e da transição epidemiológica. A primeira foi determinada inicialmente pela redução da taxa de mortalidade e posteriormente pela redução da taxa fecundidade e a segunda, ocorrida graças a alterações nos padrões de saúde –

doenças e nas interações desses padrões com seus determinantes de ordem demográfica, epidemiológica, econômica, e sociológica^(14,15,19,20)

Infelizmente os ganhos com as ações sanitárias implementadas no Brasil, não interferiram na desigualdade da distribuição de renda e de serviços verifica-se então que nos grandes centros urbanos das regiões sudeste e sul nas camadas mais altas de renda, as oportunidades de enfrentar o envelhecimento com saúde, conforto, dignidade, são ilimitadamente maiores do que nos lugares mais afastados e sem infra-estrutura^(21,22).

De um modo geral, a autonomia biológica tende a encontrar maiores e melhores meios de prevenção e exercício nas camadas medias e altas. Já na camada social e economicamente mais baixa a autonomia biológica se reduz drasticamente, em virtude da ausência de cuidados médicos sociais e em consequência de uma vida de privações, que não permite a conservação da saúde⁽²³⁾.

O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas^(21,24).

A maioria das doenças crônicas que acomete o individuo idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção do que regra. No entanto, a presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente.⁽²¹⁾

O envelhecimento não pode ser considerado uma etapa da vida e sim um processo permanente a partir de um determinado momento da vida das pessoas.⁽²⁰⁾ O envelhecimento é um processo amplo e um fenômeno comum a todos os animais e se caracteriza não apenas pela redução da capacidade de adaptação homeostática, perante situações de sobrecarga funcional do organismo, mas também pelas condições de vida e saúde. Portanto, o envelhecimento é um processo extremamente complexo que acarreta várias modificações profundas e significativas. Possui uma dimensão existencial como todas as situações humanas, modificam a relação do homem com o tempo, com o mundo e com a própria história^(10,20,25)

Em 1988, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, foi apresentado o programa sobre Política de Envelhecimento, em 1992, o Ministério de Saúde criou o Programa de Atenção à Saúde do Idoso e, alguns Estados, por meio de suas Secretarias de Saúde, não só implantaram como implementaram o referido programa. No ano de 1994, houve a aprovação da Lei nº 8.842, elaborada com base nos princípios e diretrizes da Constituição Federal, a fim de direcionar ações nas áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, habitação, urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer, regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (P.N.I.) e cria o Conselho Nacional do Idoso, com objetivo de assegurar os direitos sociais às pessoas maiores de sessenta anos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade^(26,27,28).

Vale ressaltar que a P.N.I., confere especial destaque ao papel da família no cuidado e na manutenção da autonomia do idoso bem como reconhece a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos. Aponta ainda que esta parceria possibilite a sistematização das tarefas a serem realizadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidade funcional do idoso dependente e de seu cuidador. Defende que essa atitude evita, na medida do possível, a hospitalização ou outras formas de isolamento^(25,29,30,31).

2. Objetivos

Geral:

– Descrever e identificar os diferentes níveis de dependência funcional motora nos idosos estudados, por meio da escala de atividades de vida diária e da avaliação funcional.

Específicos:

- Tecer considerações sobre o envelhecimento brasileiro;
- Apresentar o perfil sócio-demográfico dos idosos institucionalizados;
- Revelar as principais funções ou situações que geram dependência no idoso institucionalizado;

3. MATERIAL E MÉTODOS

O referido estudo foi desenvolvido numa Instituição de Longa Permanência para Idosos, em Candido Mota, cidade localizada no interior paulista, onde possui 30 idosos residentes.

A seleção dos idosos obedeceu alguns critérios de inclusão:

- idosos de ambos os sexos com idade igual ou superior a sessenta anos independentemente do tempo que residia na instituição

- idosos aceitaram participar da pesquisa, firmando a autorização, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Tratou-se de pesquisa do tipo transversal quantitativa, que foi aplicada após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Regional de Assis, durante o primeiro semestre de 2008. Cada idoso passou por dois procedimentos, o primeiro tratou-se de um questionário para a caracterização sócio-demográfico do idoso, onde constam os dados de: sexo, idade, estado civil, nacionalidade, religião, trabalho anterior e atual, fonte de renda, valor de renda, tempo de residência na instituição, motivo pelo qual foi residir naquele local, presença e tipo de doenças crônicas existentes, uso e tipo de equipamentos de suporte para mobilização/deambulação (ANEXO A). Já o segundo procedimento referiu-se à aplicação de Escala de Medida de Independência Funcional parte motora e cognitiva (ANEXO B).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos acerca da institucionalização de idosos no Brasil são pouco sistematizados e mesmo publicações de referência na área deixam de avaliar este tema com profundidade⁽²³⁾

Através da pesquisa realizada, constatou-se que todos os idosos eram brasileiros. Foi executado com idosos na faixa de sessenta anos ou mais, houve predominância do sexo masculino, onde 63,3% representaram os homens sendo 21,1% acima dos 80 anos e 36,7% são mulheres, que proporcionalmente são mais velhas cerca de 63,7% estão com idade de 80 anos ou mais, dada a menor mortalidade feminina, as mulheres predominam entre a população idosa, por exemplo, 55% do contingente populacional brasileiro maior de sessenta anos era composto por mulheres.⁽³²⁾ Entre os maiores de oitenta anos, essa proporção sobe para 60,1%. Além disso, é reconhecido que homens e mulheres vivem e envelhecem de forma diferenciada, Camaran⁽³³⁾, vem confirmar que as mulheres vivem mais que os homens sendo que as hipótese que explica isto varia desde aquelas que envolve diferenças sociais e estilo de vida associado a fatores de risco como: fumo, consumo de gordura, comportamento e ocupação de risco, maior competição entre os homens, passando por explicações biológicas que influenciam os efeitos protetores dos hormônios femininos e o ciclo menstrual, as diferenças de metabolismo associado as lipoproteínas, e até mesmo as explicações de efeito genético e os processos reparadores do DNA.

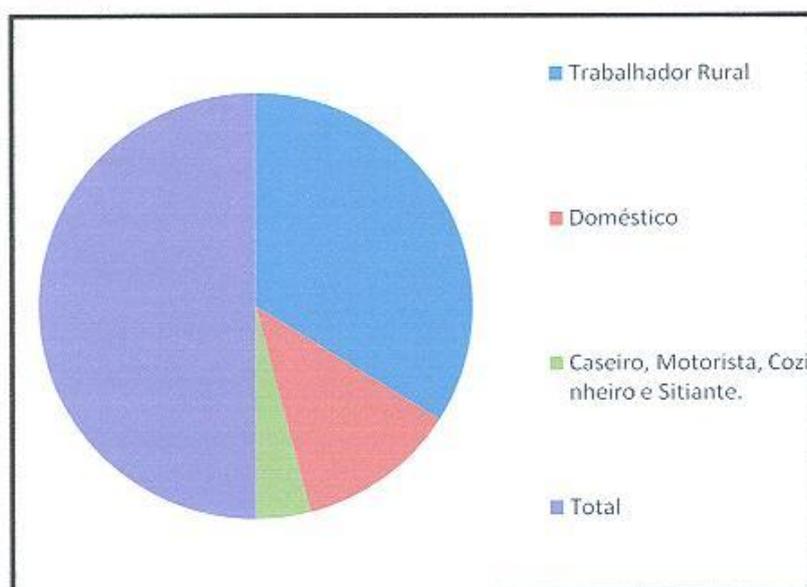
Na população estudada, muitos não possuíam companheiro, sendo 53,3% viúvo, 26,7% solteiro e 10% separado. A maioria dos idosos acreditava não mais poder se relacionar com outras pessoas do sexo oposto, devido a idade avançada, juntamente com as limitações decorrentes de agravos por algum tipo de doença.

Dos pesquisados, 73,3% não tiveram filhos, e 93,7% professam alguma religião. O tempo médio de residência foi de 8 anos, sendo o limite inferior de 4 meses e o superior de 43 anos.

Quanto questionados sobre às atividades do cotidiano os resultados revelaram que 50% dos idosos desenvolviam algum tipo de atividade simplificada, dentre as mais citadas: varrer o quintal, guardar louças, arrumar a mesa para o café, cuidar da horta, bordar, estender e dobrar roupas, cuidar do próprio papagaio e ajudar os demais idosos. Essas tarefas mesmo que simples são de grande valia para o idoso,

pois possibilita que pratique atividade física ao mesmo tempo em que desperta o sentimento de ser útil. Alves et al ⁽³⁴⁾ escrevem que a prática de exercício físico, além de combater o sedentarismo, contribui de maneira significativa para a manutenção da aptidão física do idoso, seja na sua vertente da saúde como nas capacidades funcionais e fala ainda dos benefícios da hidroginástica, entretanto, ressalta que os exercícios físicos podem apresentar algumas limitações para os idosos, devido às modificações fisiológicas impostas com o processo de envelhecimento. Matsuda et al ⁽³⁵⁾ corroboram enfatizando que o incremento e/ou a manutenção da atividade física regular pode contribuir significativamente para aumentar a qualidade e a expectativa de vida.

A maioria dos idosos entrevistados era formada de aposentados (93,3%), os demais recebiam auxílio-doença. Em relação à ocupação que exerciam antes da aposentadoria, 56,6% desenvolviam atividades como trabalhos rurais, 20% trabalho eram doméstico, 6,7% ainda são donos de sítios e os demais eram motorista, caseiro ou cozinheiro. A fonte de renda citadas foram: aposentadoria ou auxílio-doença e arrendamento de terra.



As doenças e/ou distúrbios que os idosos pesquisados apresentaram no momento da entrevista, foram devidamente arrolados e categorizados em seis subgrupos: Hipertensão arterial, diabetes, colesterol, psiquiátrico, artrite e

neurológico. Assim o estado de redução da reserva dos diversos sistemas fisiológicos determinada pelo efeito combinado do envelhecimento biológico, denominado "fragilidade", juntamente com as condições crônicas e abuso (tabagismo, alcoolismo) ou desuso (sedentarismo), priva os idosos de uma "margem de segurança" e aumenta a susceptibilidade às doenças e à incapacidade⁽³⁶⁾.

Pode-se verificar que a maioria dos idosos possuía duas ou mais categorias de problemas crônicos de saúde, como diabetes e hipertensão significando (83,4%). Ainda quanto a doenças e/ou distúrbios ao ser analisada separadamente detectou-se que estão ligadas ao sistema cardiovascular (70%), como hipertensão arterial e os psiquiátricos/comportamentais como depressão e demência (73,3%), foram os mais representativos.⁽⁵¹⁾ Segundo Perreira et al ⁽³⁷⁾, na população idosa, as demências são o sexto grupo de doenças relevantes em relação ao impacto na função e mortalidade de idosos, aumentando assim a prevalência de indivíduos dependentes para a realização das tarefas motoras. Estima-se cerca de 1,5% dos indivíduos com 65 a 69 anos, 3% para os de 70 a 74 anos, 6% para os de 75 a 79 e de 12% para aqueles com 80 a 84 anos, sendo o Mal de Alzheimer o tipo mais comum em países ocidentais.

Chaimwicz,⁽⁹⁾ relata que a maioria das doenças crônicas que acomete o indivíduo idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco, no entanto, a presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente, pois uma incapacidade orgânica não é condição necessária nem suficiente para dependência. Apesar disso dentro das dinâmicas das interações sociais e da percepção social, a dependência física é freqüentemente interpretada como um sinal de incompetência geral, geradora de dependência generalizada.⁽³⁸⁾

Por serem tão comuns na população idosa, Ramos et al ⁽³⁹⁾ enfatiza algumas condições que foram denominadas "gigantes da geriatria": virtualmente qualquer agravo à saúde do idoso pode se manifestar como - ou determinar - o surgimento de instabilidade postural e quedas, incontinências, demência, delirium, imobilidade e depressão. A família por não ter os conhecimentos explícitos dos fatos que causam a dependência, opta por largar o idoso a própria sorte abandonando-o em lares e instituições asilares.

As questões da capacidade funcional e autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam diretamente à qualidade de vida.

Dos idosos pesquisados constatou-se que 73,3% possuíam algum tipo de dependência, ou seja, tem incapacidade de funcionar satisfatoriamente sem ajuda por limitações físicas ou cognitivas⁽⁴⁰⁾, sendo a mobilidade e o deslocamento do indivíduo pelo ambiente essenciais para a realização das atividades funcionais, tais como a AVD e as atividades instrumentais, assim requerem ajuda técnica de terceiros para desenvolver atividades de vida diária, como: banhar-se, vestir-se, realizar sua higiene pessoal, movimentar-se saindo da cama, auto-controlar o funcionamento intestinal e da bexiga, bem como alimentar-se.

Ramos et al⁽⁴¹⁾ com o inquérito domiciliar realizado em São Paulo, mostrou proporção crescente, de acordo com o aumento da idade, de indivíduos que necessitavam de auxílio para realização de atividades da vida diária (AVDs) tais como transferir-se da cama para o sofá, vestir-se, alimentar-se ou cuidar da própria higiene. Se dos 65 aos 69 anos 54% dos indivíduos não necessitavam de auxílio para realizar tarefas, a partir dos 80 anos apenas 15% dos entrevistados não necessitavam de algum auxílio, enquanto 28% possuíam grau de incapacidade tal que requeriam cuidados pessoais em tempo integral.

Estas estatísticas reforçam a noção de que o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde. Mas através de estudos voltados para a melhor qualidade de vida desses idosos, podemos mudar a realidade e até mesmos os números estatísticos.

Quanto às dificuldades sensoriais e se eles utilizavam de recursos para minimizar ou resolver essas dificuldades, os resultados revelaram que 36,7% deles possuíam algum tipo de dificuldade (72,7% visuais e 27,3% auditivos e visuais) e com exceção de um, todos utilizavam óculos ou aparelho auditivo como auxílio.

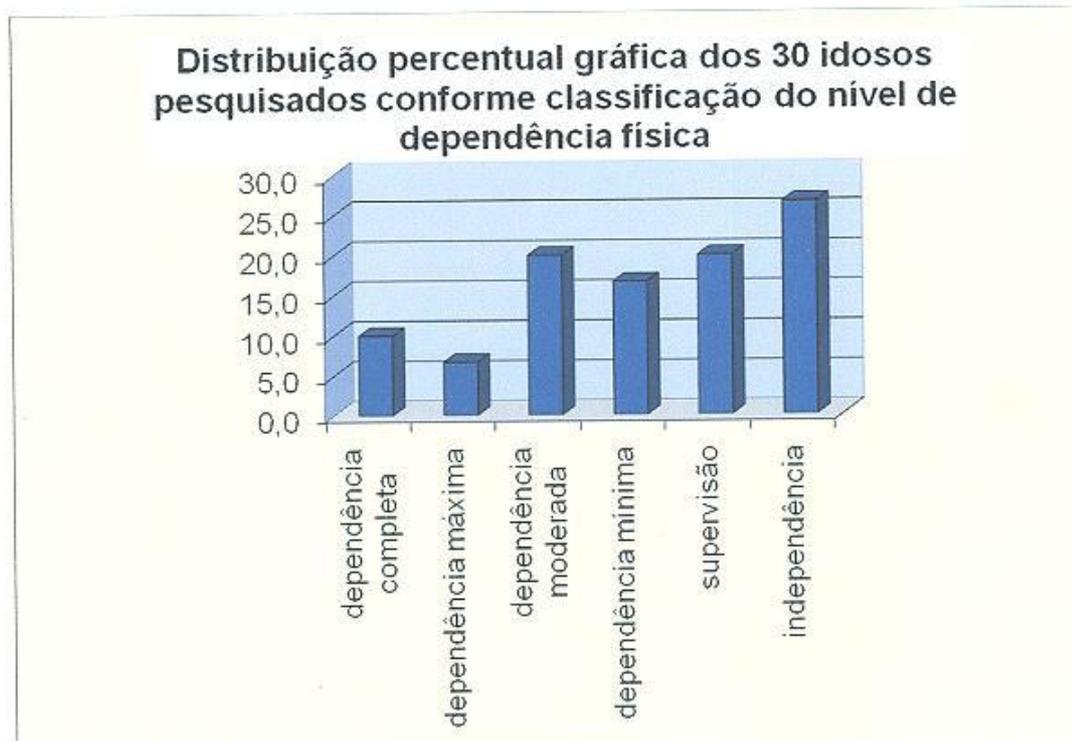
Quanto às dificuldades motoras, 56,7% dos idosos possuíam algum problema. Dos que possuíam dificuldades para deambulação, somente 23,1% não utilizavam algum recurso/aparato. Os problemas relacionados à mobilidade física são de grande influência no estado de saúde dos idosos, já que no decorrer do processo de envelhecimento fisiológico esta população sofre modificações significativamente

importantes nesta área. Menezes et al ⁽⁴²⁾ enfatiza que a associação significativa entre presença de incapacidade funcional e fragilidade resulta em alta incidência de quedas que estão diretamente relacionados a fatores como idade avançada, presença de doenças crônicas e a imobilidade.

Estudos acerca da institucionalização de idosos no Brasil são pouco sistematizados e mesmo publicações de referência na área deixam de avaliar este tema com profundidade⁽⁴³⁾. Segundo a Fundação João Pinheiro ⁽⁴⁴⁾ a grande proporção de idosos institucionalizados sejam dependentes por problemas físicos ou mentais, de um modo geral a miséria e o abandono são os principais motivos da internação em asilos (alguns inclusive denominados "Asilos da Mendicidade"), cuja maioria, pelo menos nas regiões metropolitanas de Belo Horizonte e São Paulo, são mantidos por instituições de caridade como a Sociedade São Vicente de Paulo⁽⁴⁴⁾.

Segundo gráfico abaixo, dos idosos pesquisados cerca de 9% apresentam dependência completa, ou seja, é necessária outra pessoa para supervisão ou ajuda física, onde sem esta a atividade não pode ser realizada. Está ajuda advém do cuidador em questão sendo para alimentar-se, banhar-se e até mesmo se alimentar. Já a dependência máxima representando 6% é onde o idoso conseguia desenvolver menos da metade do esforço requerido, necessitando de ajuda ampla ou máxima, mas ainda realiza algum esforço que ajuda no desempenho da atividade, assim sendo consegue fazer movimentos com o quadril que facilitando a colocação da roupa.

CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA EM %



Cerca de 26% dos idosos não necessitavam de ajuda de outras pessoas para a realização das atividades conseguindo realizar todas as tarefas de AVD em segurança, 19% necessita somente de supervisão ou seja, a presença, sugestão ou encorajamento do cuidador sem contato físico ou ainda pode o cuidador ajudar (arranjar) ou prepara os objetos materiais necessários para a realização de alguma atividade ou colocar-lhe a órtese ou prótese caracterizando uma ajuda técnica.

Os idosos que apresentaram dependência mínima, 19% conseguiam realizar a maior parte dos esforços necessitando somente de uma ajuda leve (contato puramente "tátil"), para realizar as atividades como banhar-se, o cuidador ajuda esfregando somente os seus pés assim o idoso termina o restante do banho sozinho. Agora na dependência moderada que representou 16% os idosos requeriam mais que um contato leve, uma ajuda mais moderada, pois realiza um pouco da metade do esforço requerido para a atividade.

Ao analisar os itens que classificam os níveis de dependência separadamente constatamos que o grau de dependência completa (total) e máxima significam a minoria, mas se considerarmos os diferentes níveis de dependência em conjunto é

possível detectar que 53% possui algum grau de dependência caracterizando a maioria. Esse apanhado de informações possibilitou adquirir conhecimento acerca de como prevenir ou até mesmo detectar precocemente a instalação da dependência, e orientar os cuidadores, familiares e as pessoas mais próximas ao idoso a manter ao máximo a capacidade funcional deste, estimulando e incentivando as tarefas que ainda tenham condições para que a dependência não seja progressivamente instalada.⁽⁴⁵⁾ Algumas ações e situações geradas pelo cuidador podem ocasionar a diminuição da independência. Tal como neste estudo, outras pesquisas sugerem que este fato torne-se um alerta para os profissionais, uma vez que a intervenção ao nível da autonomia e qualidade de vida são princípios éticos centrais dos cuidados de saúde e ação social aos idosos e que estar residindo em lares para idosos não represente como regra a diminuição da capacidade de manter a autonomia e qualidade de vida.⁽⁴⁵⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial sem precedentes, contudo, o aumento de anos vividos não vem acompanhado na mesma proporção por melhora na qualidade de vida.

O referido estudo forneceu uma perspectiva de análise para a inserção de pequenas mudanças que traz a possibilidade de modificar a realidade dos nossos idosos, trazendo a projeção de que no futuro não tão distante a expectativa média de vida que aumenta progressivamente venha acompanhada por uma melhora na qualidade de vida.

Com o conhecimento do que causa a dependência e de como evitá-la, podemos expressar bons cuidados de enfermagem em qualidade de saúde ao idoso. O bem estar representa uma atitude quanto à saúde, e em todas as dimensões humanas implica uma relação estreita entre as condições físicas, emotivas, mentais, espirituais, sociais e culturais. Sendo assim, qualidade de vida implica cuidado e cuidar significa mais do que um ato, uma atitude. Vai além de "um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro".

Referências

- 1) RAMOS, L.R. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev Saúde Pública** 1987; 21(3):221-224.
- 2) CHAIMOWICZ FA. Saúde dos Idosos Brasileiros às Vésperas do Século XXI: Problemas, Projeções e Alternativas. **Rev Saúde Pública** 1997; 31(2):184-200.
- 3) FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações Estatísticas e Geocientíficas** [serial online] 2002 [cited 2002 Out 20]; Available from: URL: pnad.
- 4) COELHO, Francine Lee. Avaliação da qualidade de vida de idosos em cuidados domiciliares. 2007. Graduada da Universidade do Sul de Santa Catarina. UNISUL. Disponível em: <http://junic.unisul.br/2007/JUNIC/pdf/0144.pdf>. Acessado em: 19 out. 2007, 12:44.
- 5) WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2005.
- 6) DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira: **Família, rede de suporte ou fator estressor: A ótica do idoso e cuidadores familiares** (Tese) Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem SP; 2001.
- 7) SANCHEZ, Maria Angélica S. **A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: Estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica**. (Tese) Universidade Aberta da Terceira Idade. CIPI/UnATI/UERJ; 1998.
- 8) PAVARINI SCI; NÉRI AL. **Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos**. In Duarte YAO, Diogo MJE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000 p. 49-70.
- 9) BALTES MM; SILVERBERG AS. **A dinâmica dependência-autonomia o curso de vida**. In: NÉRI, A.L, organizadora. Psicologia do envelhecimento: tópicos selecionados numa perspectiva de curso de vida. Campinas: Papyrus; 1995 p,73-110.
- 10) SANTOS, S.S.C. **Enfermagem Gerontogeriatrica: reflexão a ação cuidativa**. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial; 2001.

- 11) CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(3): pp 733 - 781. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php>. Acessado em: 20 out. 2007, 02:21.
- 12) VERAS R. P. **País Jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ, 1994.
- 13) PIRES, Z.R.S.; SILVA, M.J. **Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda**: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. *Rev Eletrôn Enferm [serial online]*, 2001; Jul-Dez [cited 2002 Jun 14]; 3(2). Available from: URL:http://www.fen.ufg.br/revista3_2/autonomia.html.
- 14) TERRIS M. **Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública**. In: OPAS. *Promoción de la Salud: una antología*. Washington; 1996. Publicación Científica n° 557.
- 15) KALACHE, A.; VERAS, R.P, RAMOS, L.R. O Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública* 1997; (21): 200-10.
- 16) COELHO FILHO, J.M.; RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(5): 445-53.
- 17) BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.395** de 09 de dezembro de 1999. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção I, página 20. (Dez. 13; 1999).
- 18) BRASIL. Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF. (Out. 03; 2003).
- 19) BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília: Secretaria de Assistência Social; 1997.
- 20) CARVALHO, J.A.M. **Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil**. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, 1993.
- 21) CAMARGO, A.B.M.; YAZAKI, L.M. **Características demográficas e sócio-econômicas**. In: Fundação Seade. *O idoso na grande São Paulo*; 1990. p. 27-122.
- 22) CAMARGO, A.B.M.; SAAD, P.M. **A Transição Demográfica no Brasil e seu Impacto na Estrutura Etária da População**. In: Fundação Seade. *O idoso na grande São Paulo*; 1990. p. 9-25.

- 23) VERAS, R.P. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ, 2002.
- 24) MAGALHÃES, N.D. **A Invenção Social da velhice** [serial online], 2004; Fev [cited 2004 fev 15]; Available from: URL <http://www.intelecto.net/cidadania/dirceu1.htm>.
- 25) RADIS. **Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980**. Dados 1984; (7)1-8.
- 26) VICINI, G. **Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos**. São Paulo: Senac; 2002.
- 27) KICHBUSCH I. **Promoción de la salud: una perspectiva mundial**. In: **OPAS**. Promoción de la salud: una antología. Washington; 1996. Publicación científica n° 557.
- 28) BRASIL. **Decreto n.º 1.948**, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual "dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. D.O.U. Brasília(Jul. 4,1996).
- 29) BRASIL. **Lei n° 8842**, de 4 de janeiro de 1994. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 132(3):77-79, Seção 1, parte 1.(Jan. 5; 1994).
- 30) ASSIS, M. de; PACHECO, L.C.; MENEZES, I.S. Repercussões de uma Experiência de Promoção da Saúde no Envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. **Rev Textos Envelhecimento** 2002; 4(7)7.
- 31) SILVA ENF, Gonçalves LHT, Lemos DO. **O cuidar/cuidado do idoso doente fragilizado com seu familiar cuidador**: fundamentado na teoria de Madeleine Leininger. **Texto e Contexto Enferm** 2000; 9(2):178-185.
- 32) INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE) **Censo Demográfico**. 2000 a.
- 33) CAMARANO A.A. **Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?** Estud. av. vol.17 no.49 São Paulo Sept./Dec. 2003.
- 34) ALVES R.V. et al. Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. **Rev Bras Med Esporte** vol.10 no.1 Niterói Jan./Feb. 2004.

- 35) CAMARANO, A.A. ; BELTRÃO, K.; NEUPERT, R. **Século XXI: a quantas andara a população brasileira?** Brasília, IPEA, 1988.
- 36) BUSS, PM. Assistência hospitalar no Brasil (1994-1991): uma análise preliminar baseada no sistema de informações hospitalar SUS. **Inf. Epidemiol SUS** 1993, 2 (2):5-42.
- 37) PEREIRA,L.S.M. et al. Adaptação transcultural e análise da confiabilidade do Southampton Assessment of Mobily para avaliar a mobilidade de idosos brasileiros com demência. **Cad. Saúde Pública** vol. 22 no. 10 Rio de Janeiro oct. 2006
- 38) VERAS R.P, LOURENÇO R, MARTINS CSF, SANCHES MA & Chaves PH 2002. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde:** conseqüência da explosão populacional dos idosos no Brasil. *Medicina Sócia*, pp. 11-79. In R Veras (org.). **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde.**Universidade Aberta da Terceira Idade- Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Relume Dumará, Rio de Janeiro.
- 39) RAMOS, L.R.; ROSA T.E.C.; OLIVEIRA Z.M.; MEDINA, M.C.G.; SANTOS, F.R. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública** 1993, 27:87-94.
- 40) MATDUDO V.K.R et al. Evolução do perfil neuromotor e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica. **Rev Bras Med Esporte** vol.9 no.6 Niterói Nov./Dec. 2003.
- 41) RAMOS, R. L.; SAAD, P.M. **Morbidade da população idosa.** In:Fundação SEADE. O idoso da grande São Paulo. São Paulo 1990, p.161-72.
- 42) MENEZES R.L, BACHION M.M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciênc. saúde coletiva** vol.13 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2008.
- 43) FUNDAÇÃO SEADE. **O idoso na Grande São Paulo.** São Paulo, 1990.
- 44) FUNDAÇÃO JOAO PINHEIRO. **População idosa em Minas Gerais e políticas de atendimento.** Belo Horizonte, 1993, v 1: perfil da população idosa e políticas de atendimento na região metropolitana de Belo Horizonte [versão preliminar].

45) SOUSA L, GALANTE H, FIGUEIREDO D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública** vol.37 no.3 São Paulo June 2003.

ANEXO A

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Sexo ()F ()M Idade _____ Tempo que reside na entidade: _____
Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () amasiado () separado
Tem filhos? () sim () não. Quantos Homens? _____ Mulheres _____
Nacionalidade: _____ Qual religião? _____
Freqüenta? _____ Nº de vezes mensais: _____

Desenvolve alguma atividade atualmente?
Se sim, qual? _____ quanto recebe por mês(SM)? _____

Qual era sua profissão (ocupação) anterior? _____

Qual sua fonte de renda no presente momento? _____

Que motivo levou a residir nesta instituição? _____

Possui algum tipo de doença crônica como:
Hipertensão arterial () Diabetes () Colesterol () Psiquiátrico () Artrite ()
Neurológico () Outro () especificar:.....

Possui dificuldades de:
Fala () Audição () Visão ()

Problemas como:

Asma ()	Bronquite ()
Reumatismo ()	Osteoporose ()
Coluna ()	Varizes ()
Coração ()	Circulação ()
Insônia ()	Angústia ()
Stress ()	Depressão ()

Faz uso de suporte de apoio para Deambulação/Imobilização?
Leito () Cadeiras () Cadeiras de rodas () Andadores () Bengalas () Outros ()
Especifique: _____.

Consegue se locomover a locais distantes sem planejamento especial ou ajuda específica?

() sim () não

Faz uso de algum medicamento? () sim () não

Para que? Especifique?

Toma sozinho?

Se não, por que?

ESCALA DE ATIVIDADE DIÁRIA

ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA	SIM	NÃO
1- Banho	Não recebe assistência ou somente recebe em uma parte do corpo.	()	()
2- Vesti-se	Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para calçar os sapatos.	()	()
3- Higiene	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem nenhuma assistência (podem usar bengala ou andador como apoio e usar comadre/urinol à noite).	()	()
4- Transferência	Consegue deitar e levantar de uma cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou não).	()	()
5- Continência	Tem autocontrole do intestino e da bexiga (sem "acidentes ocasionais").	()	()
6- Avaliação	Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	()	()

ANEXO B – AVALIAÇÃO FUNCIONAL (MIF)

FUNÇÕES AVALIADAS PELA MIF

MIF TOTAL	MIF MOTOR	Autocuidado	Autocuidados Higiene matinal Banho Vestir-se acima da cintura Vestir-se abaixo da cintura
		Controle de esfínteres	Uso do vaso sanitário Controle da Urina Controle das Fezes
		Transferência	Leito, cadeiras, cadeiras de rodas MIF total
	MIF COGNITIVO	Locomoção	Vaso sanitário Chuveiro ou banheira Locomoção Escadas
		Comunicação	Compreensão Expressão
		Cognição social	Interação social Resolução de problemas Memória

INDEPENDÊNCIA (SEM AJUDA) – Não é necessária a ajuda de outras pessoas para a realização das atividades.

7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA – Todas as tarefas descritas constituem a atividade em questão são realizadas em segurança, sem modificação, sem ajuda técnica e em tempo razoável.

6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA – A atividade requer uma ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese, um tempo de realização demasiado elevado, ou não pode ser realizada em condições de segurança suficientes.

DEPENDÊNCIA (COM AJUDA) – É necessária outra pessoa para supervisão ou ajuda física, sem esta, a atividade não pode ser realizada.

5. **SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** – A pessoa só necessita de um controle, ou uma presença, ou uma sugestão, ou encorajamento, sem contato físico. Ou ainda o ajudante (a ajuda) arranja ou prepara os objetos necessários ou coloca-lhe a órtese ou prótese (ajuda técnica).

4. **ASSISTÊNCIA MÍNIMA** – O contato é puramente “tátil”, com uma ajuda leve, a pessoa realiza a maior parte do esforço.

3. **ASSISTÊNCIA MODERADA** – A pessoa requer mais que um contato leve, uma ajuda mais moderada, realiza um pouco da metade do esforço requerido para a atividade.

DEPENDÊNCIA COMPLETA – A pessoa efetua menos da metade do esforço requerido para a atividade. Uma ajuda máxima ou total é requerida, sem a qual a atividade não pode ser realizada. Os níveis são:

2. **ASSISTÊNCIA MÁXIMA** – A pessoa desenvolve menos da metade do esforço requerido, necessitando de ajuda ampla ou máxima, mas ainda realiza algum esforço que ajuda no desempenho da atividade.

1. **ASSISTÊNCIA TOTAL** – A pessoa efetua esforço mínimo, necessitando de ajuda total para desempenhar as atividades.