

DETERMINAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA EM ENFERMAGEM JUNTO A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE PORTO ALEGRE/RS

*Vera Regina Waldow**

RESUMO: Estudo realizado em seis Instituições para idosos de Porto Alegre — RS, com o objetivo de determinar a dependência em enfermagem pelos idosos; o nível de categoria de enfermagem e a relação existente entre a dependência e a necessidade de pessoal de enfermagem. O estudo constatou que existe uma maior dependência dos idosos no que concerne a alguns indicadores, principalmente considerando o caráter da Instituição. Outrossim, levantou alguns problemas em relação ao pessoal de enfermagem para o atendimento dos idosos.

1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é muito relativo entre os indivíduos, contudo há uma tendência em delimitar o início da velhice a partir de sessenta e cinco anos (BURNSIDE, 1979; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1974).

ÁVILA (1978), lembra que o diagnóstico de velhice, só poderá ser efetivado na presença de três parâmetros: o biológico, o psicológico e o social.

Embora muitos autores coloquem que a velhice não é sinal de doença (ÂNGULO, 1979; ROSSI, 1981), comprovadamente as pessoas de mais idade são mais vulneráveis às enfermidades e quando estas se manifestam, o fazem de forma muitas vezes insidiosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1974; ÂNGULO, 1979). Por outro lado, as pessoas de idade avançada caracterizam-se por apresentar múltiplas enfermidades e na sua maioria, de longa duração (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1974).

Problemas de saúde, problemas sócio-econômicos e outros problemas enfrentados em relação à velhice parecem contribuir para uma tendência no incremento do número de velhos institucionalizados e,

*Professora Assistente da EEUFRGS — Mestre em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

alguns autores referem divergências quanto a necessidade ou não de institucionalização para idosos (THOMAS, 1979; FERRARI, 1981).

O problema da velhice, tanto no campo da Gerontologia como da Geriatria, requer a atuação de uma equipe multidisciplinar (NORTON, 1978; ROSSI & FERNANDES, 1980; SKEET, 1982) e entre os componentes desta equipe, a enfermagem é imprescindível tanto nos aspectos de prevenção, manutenção, como de recuperação da saúde física e mental (NORTON, 1978; BURNSIDE, 1979; SKEET, 1982).

Alguns autores chamam a atenção para a responsabilidade governamental, da comunidade e do próprio idoso, na busca de medidas para a melhoria do bem-estar e satisfação das necessidades na idade avançada (KAPRTO, 1981; CHEBOTAREV, 1982; WALDOW, 1985).

2. FUNDAMENTAÇÃO EMPÍRICO-TEÓRICA

2.1 Os idosos e a institucionalização

Existe uma orientação a favor da manutenção do idoso integrado na sociedade bem como uma maior interação entre os membros da família e os idosos. SSENKOLOTO (1982), sugere que devem ser criadas novas funções dentro da família a fim de que os velhos sejam aceitos e considerados úteis, o que constituiria o apoio familiar. O apoio familiar envolveria não somente o apoio material, mas sobretudo, segurança física, social e emocional, através da satisfação de algumas necessidades tais como: abrigo, alimentação, afeto, cuidados à saúde, entre outros.

CONFORT (1979) ao referir-se às instituições para idosos nos Estados Unidos, o faz de forma bastante negativista. Segundo ele, estes estabelecimentos vem se multiplicando, entretanto, são em geral de alto custo e com má qualidade de atendimento. A grande maioria das instituições são particulares.

No Brasil, também observa-se uma expansão no número de instituições para idosos. Em sua quase totalidade são de caráter particular e uma minoria quase insignificante de instituições públicas. FERRARI, 1975 e 1981; CARVALHO, 1978; BASTIAN, 1979, apontam que os serviços para idosos funcionam em condições precárias e a qualidade do atendimento fica a desejar, pois carece de pessoal técnico especializado. CARVALHO (1978), complementa que além da inexistência de normas legais para a construção das instituições geriátricas, existe insuficiência de pessoal, principalmente enfermeiros e auxiliares de enfermagem, bem como insuficiência de atividades recreativas. Estudo realizado pela STAC/FSRA (1976) conclui que entre outros itens, as instituições

não possuem o suporte econômico para proporcionar aos idosos tratamento médico-social e de enfermagem especializados, nem equipamentos adequados. BASTIAN (1979), em sua tese de livre docência realizada em Porto Alegre, e em pesquisa anterior em São Paulo em 1976, conclui que os internatos com maior capacidade física, ou seja, maior número de leitos, dispõem de recursos mais completos para a assistência prestada aos seus residentes. Os valores de acreditação conferidos aos itens planta física, instalações e equipamentos e programação correspondem positivamente para as instituições de maior capacidade física, entretanto, em relação ao item pessoal técnico não existe correlação. Os internatos com maior número de leitos não contam com maiores recursos de pessoal técnico para atenção às pessoas idosas sob sua responsabilidade do que estabelecimentos menores.

Por outro lado, a pesquisa de FERRARI (1975) evidenciou que a causa de procura de entidade por parte de idosos é o desajustamento familiar (52,8%), o desajustamento social (28,2%), a falta de recursos materiais (14,2%) e por outras causas (4,5%).

Uma série de razões, tais como: desajustamento e conflitos familiares, limitações físicas e mentais, impossibilidade e ou não existência de familiar em casos de idosos dependentes e a falta de recursos materiais entre outros, contribuem para que as pessoas idosas necessitem valer-se de uma instituição. Em relação ao número de idosos nas instituições, ALBANO (1976) salienta que estes não devem abrigar menos de vinte idosos nem mais de cem, visto que para poucos, seria anti-econômico e para mais de cem, despersonalizante.

2.2 Assistência de enfermagem em geriatria e gerontologia

Existe insuficiência de estudos e pesquisas sobre a velhice em geral e, principalmente, em relação a enfermagem geriátrica e gerontológica (BURNSIDE, 1979; BASTIAN, 1979). Entretanto, conforme BURNSIDE (1979), no último decênio tem havido um aumento na quantidade e qualidade da pesquisa sobre este campo na enfermagem.

Para SKEET (1982), a intervenção da enfermagem em momentos cruciais da vida dos idosos e seus familiares poderá ser extremamente positiva. Uma das prioridades da assistência de enfermagem aos idosos é manter a sua independência e estimular o autocuidado sempre que possível.

EBERSOLE & HESS (1985), utilizam o termo enfermagem gerôntica (gerontic nursing) de GUNTER & ESTES pois o consideram mais compreensivo e abrangente. A enfermagem gerôntica consiste pois no:

“processo de assistir os idosos para compreender o envelhecimento e separar os efeitos do envelhecimento da doença; controlar o processo de envelhecimento através de práticas higiênicas e estilo de vida que promovam a saúde, o vigor e uma velhice mais atraente; e controlar algumas das condições patogênicas que acompanham o envelhecimento quando os princípios de uma vida saudável tenham sido ignorados”. (p.4).

Uma das grandes dificuldades que seguramente tem influenciado o desenvolvimento prático e científico da atuação profissional com pessoas idosas é a visão negativa sobre a velhice (BURNSIDE, 1979; CONFORT, 1979).

Para RODRIGUES e colaboradores (1982) a enfermagem é deficitária para oferecer uma assistência de enfermagem especializada aos idosos e que é necessário uma profunda reflexão sobre a qualidade e quantidade da assistência de enfermagem aos idosos.

Em relação as necessidades básicas afetadas em idosos, MOURA (1983) obteve em estudos realizados em uma casa de repouso para idosos, por ordem de maior freqüência: segurança emocional, cuidado corporal, comunicação, locomoção, segurança física, nutrição, exercícios e atividades físicas, sono e repouso, eliminação, orientação no tempo e no espaço, aceitação.

Quanto às percepções e expectativas dos pacientes foram evidenciados o desejo de receber carinho, afeto, compreensão e cuidados adequados.

GUIMARÃES (1978), refere que a capacidade de avaliar a reação de cada indivíduo em geriatria é muito importante, pelas múltiplas patologias que caracterizam o envelhecimento e que devido a isso sua avaliação torna-se uma tarefa difícil. A enfermeira, segundo o autor, requer um profundo conhecimento das alterações decorrentes do estado clínico do idoso ao interpretar suas observações e, isto é conseguido através da vivência. Portanto, o conhecimento do idoso, a obtenção de sua colaboração nos tratamentos e sua reabilitação à sociedade, contribuirá para uma melhor assistência de enfermagem.

CHAMBERS (1962), salienta que a enfermeira faz o diagnóstico de enfermagem, colhendo, anotando e avaliando informações relacionadas à situação de enfermagem total. O diagnóstico tem como resultados uma melhor prestação de cuidados ao cliente, melhor conhecimento dos mesmos no planejamento de seus cuidados, melhor relacionamento entre enfermeira e médico e melhor uso do pessoal e instrumental que são usados para o seu bem-estar.

Mesmo no caso em que não haja a presença do médico, a enfer-

meira é o profissional mais habilitado para identificar os problemas, estabelecendo metas e planos para a solução dos mesmos. A enfermeira coordena e lidera a equipe de enfermagem. Todo este processo de observação, identificação de problemas, julgamentos e decisões requerem a aplicação de um corpo de conhecimentos científicos de várias ciências através da percepção, análise e crítica para os quais o profissional de enfermagem foi preparado.

A necessidade de assistência de enfermagem em todas as etapas do ciclo vital, seja na comunidade, nas escolas, empresas, e nas instituições é uma realidade que necessita ser batalhada. O campo de geriatria e gerontologia é um campo relativamente novo no Brasil e que entretanto, adquire importância crescente mas, ao mesmo tempo, calamitosa se os profissionais não assumirem seu papel de reconduzir o idoso a uma condição de ser humano condigna.

3. PROPÓSITOS DO ESTUDO

Os idosos institucionalizados, por suas características apresentam uma série de problemas os quais dependem de assistência por parte de profissionais da área de saúde.

A pesquisa limita-se a investigar alguns problemas, considerados mais comuns entre pessoas idosas institucionalizados e em que nível de dependência de equipe de enfermagem, estes problemas são mais frequentemente apresentados. Outrossim, pretende verificar sob quais categorias da equipe de enfermagem recai a assistência.

A importância do estudo deve-se ao seu caráter inovador, já que consiste em uma área pouco explorada, bem como consiste em um alerta aos profissionais de enfermagem e órgãos governamentais em relação a estrutura de pessoal em instituições para idosos.

4. OBJETIVOS

- Identificar o nível de dependência de enfermagem em idosos de seis instituições de Porto Alegre/RS;
- Verificar a categoria da equipe de enfermagem responsável pela assistência a idosos em seis instituições de Porto Alegre/RS;
- Analisar a relação da dependência de enfermagem e a utilização de pessoal de enfermagem para a satisfação das necessidades apresentadas por idosos em seis instituições de Porto Alegre/RS.

5. METODOLOGIA

5.1. Amostra

A amostragem deste estudo foi formada por seis instituições para idosos de Porto Alegre/RS, as quais foram denominados pela pesquisadora de A, B, C, D, E, F. O critério utilizado para a composição da amostra foi o das instituições possuírem capacidade para abrigar cinquenta idosos ou mais.

A instituição A, de caráter beneficente é mantida pela própria Sociedade. Possui quatro casas, sendo três para abrigar idosos do sexo feminino e uma para abrigar idosos do sexo masculino. As casas ficam situadas em pontos diferentes da cidade e cada uma abriga em torno de vinte e cinco idosos. Por ocasião da pesquisa contava com um total de oitenta e oito idosos.

A instituição B pertence à Sociedade Israelita e é mantida por seus associados. De caráter mista, contava por ocasião da pesquisa com cinquenta e cinco idosos, possuindo capacidade para até sessenta e oito idosos.

A instituição C, de caráter particular pertence a uma Irmandade. Abriga apenas idosos do sexo feminino. Tem capacidade máxima para abrigar até sessenta e quatro idosos, sendo que na época da pesquisa, contava com cinquenta e sete idosos.

A instituição D é mantida pela própria Comunidade e com apoio filantrópico do Rotary Club de Porto Alegre. Recebe também auxílio da Legião Brasileira de Assistência, e conta com verba obtida através de carnês e contribuição dos idosos possuidores de renda. Tem capacidade para abrigar até duzentos idosos, é de caráter misto e por ocasião da pesquisa contava com cento e setenta e oito idosos.

A instituição E é mantida pela própria Sociedade, através dos lucros dos bens da entidade e através de filantropia. Possui um protocolo de colaboração entre a Secretaria do Trabalho e Ação Social. Tem capacidade para abrigar duzentos idosos, é de caráter misto sendo que por ocasião da pesquisa contava com cento e dezoito idosos.

A instituição F é de caráter totalmente particular. Tem capacidade para receber cento e vinte pessoas (recebe também pessoas adultas com problemas de relacionamento, sem distinção de idade). É de caráter misto e por ocasião da pesquisa contava com cento e trinta e seis pessoas idosas.

Os critérios para admissão de idosos por parte das instituições que compuseram a amostra apresentaram uma certa similaridade, ou se-

ja, admitem pessoas com idade superior a sessenta ou sessenta e cinco anos, que não sejam portadoras de moléstias infecto-contagiosas e/ou mentais e gozar de boas condições de saúde.

Em algumas instituições verificou-se presença de pessoas mais jovens as quais haviam sido admitidas quando estas instituições abrigavam não apenas idosos, mas também adultos carentes e necessitados (na sua maioria, deficientes físicos e mentais).

Não houve preocupação com a idade, visto que alguns idosos não souberam informar este dado e por este motivo considerou-se o sujeito sob a condição de dependência. Contudo, foram excluídos da amostra os sujeitos comprovadamente com idade inferior a cinquenta anos.

5.2. Instrumento

O instrumento constou de três partes (anexo 1). A primeira parte do instrumento foi elaborado com vistas a obter dados de identificação da instituição; a segunda parte, constou de informações sobre a equipe multidisciplinar; e a terceira parte constou de um formulário para a identificação da dependência de enfermagem, por parte dos idosos. O modelo para a mensuração do grau de dependência foi inspirado no modelo operacional para determinar a dependência de enfermagem em natureza e extensão, de HORTA (1979).

5.3. Coleta de dados

Inicialmente fez-se um levantamento dos recursos assistenciais para idosos, existentes em Porto Alegre. Posteriormente, selecionou-se as instituições que possuíssem capacidade para abrigar cinquenta idosos ou mais.

A aplicação do instrumento foi feita pela pesquisadora e quatro monitoras do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Os dados foram coletados de julho de 1985 a dezembro do mesmo ano.

5.4. Tratamento dos dados

Utilizaram-se freqüências e porcentagens na descrição dos dados, bem como análise de conteúdo.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO

6.1. Grau de dependência em relação aos indicadores por instituição

Analisando-se separadamente cada instituição, verifica-se que na instituição A, a maior dependência dos idosos recaiu no cuidado corporal, ou seja, de 38 idosos, 42,04% apresentaram alguma dependência para o cuidado corporal (somando-se graus 1, 2 e 3). A independência ficou em 57,95%.

A motilidade apresentou praticamente uma porcentagem igual (42,05%), considerando-se algum tipo de dependência. Entretanto, esta dependência situou-se apenas entre os graus 2 e 1.

A deambulação concentrou-se mais entre os graus 1, 2 e 3 perfazendo 44,32% e a condição mental, 43,59%. Esta última com 33,36% de dependência grau 1. Controle de esfíncteres obteve 28,4% de dependência, obtendo maior porcentagem nos graus 1 e 2. Quanto a alimentação, a dependência foi mínima em relação ao total dos idosos e em relação aos demais indicadores, ou seja, 7,96% :

TABELA 1 – GRAU DE DEPENDÊNCIA EM ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AOS INDICADORES NA INSTITUIÇÃO A

Grau de dependência indica- dores	0		1		2		3		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
DEAMBULAÇÃO	49	55,58	28	31,82	9	10,23	2	2,27	88	100
MOTILIDADE	51	57,95	25	28,41	12	13,64	0	0	88	100
CUIDADO CORPORAL	51	57,95	14	15,91	13	14,78	10	11,36	88	100
CONDIÇÃO MENTAL	47	53,41	32	33,36	5	5,68	4	4,55	88	100
CONTR. DE ESFÍNCT.	63	71,60	13	14,77	10	11,36	2	2,27	88	100
ALIMENTAÇÃO	81	92,05	6	6,82	0	0	1	1,14	88	100

Na instituição B, o cuidado corporal foi o indicador onde recaiu o maior número de dependência total, atingindo 50,91%. A condição mental foi o segundo indicador que apresentou maior dependência (45,46%) e distribuiu-se de forma uniforme entre os graus de dependência.

A motilidade, assim como na instituição A, concentrou-se no grau de dependência 1 e obteve uma porcentagem total de 40%. Controle de esfínteres, embora não tenha apresentado uma porcentagem total muito significativa (33,35%), isoladamente foi o segundo indicador que obteve grau 3 em dependência (18,18%).

A deambulação e a alimentação obtiveram porcentagens bem inferiores aos demais indicadores, entretanto, o último foi visivelmente superior (23,64%) comparando-se ao resultado obtido na instituição A (6,93%).

TABELA 2 – GRAU DE DEPENDÊNCIA EM ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AOS INDICADORES NA INSTITUIÇÃO B

Grau de dependência \ Indicadores	0		1		2		3		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
DEAMBULAÇÃO	39	70,91	9	16,36	5	9,10	2	3,64	55	100
MOTILIDADE	33	60,00	14	25,45	7	12,73	1	1,82	55	100
CUIDADO CORPORAL	26	47,27	0	0	1	1,82	28	50,91	55	100
CONDIÇÃO MENTAL	30	54,55	9	16,36	8	14,55	8	14,55	55	100
CONTR. DE ESFÍNCT.	37	67,27	2	3,64	6	10,91	10	18,18	55	100
ALIMENTAÇÃO	42	76,36	6	10,91	7	12,73	0	0	55	100

A instituição C apresentou uma situação bastante privilegiada, pois todos os indicadores acusaram pouca dependência, e esta de forma parcial (grau 1). A deambulação foi o indicador que apresentou uma maior dependência (31,58%), embora, concentrado praticamente no grau 1 (28,07%). A condição mental também apresentou uma dependência total de 28,06% em sua maior parte no grau 1 (24,56%), bem como a motilidade (vide tabela 3). O cuidado corporal por sua vez, foi o indicador que obteve maior dependência grau 3 (10,53%).

Observou-se uma porcentagem pequena de dependência em relação ao controle de esfínteres, embora este tenha se situado de forma mais acentuada no grau 3 (Tabela 3). A alimentação ficou com apenas 3,5% de dependência.

TABELA 3 – GRAU DE DEPENDÊNCIA EM ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AOS INDICADORES NA INSTITUIÇÃO C

Grau de dependência \ Indicadores	0		1		2		3		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
DEAMBULAÇÃO	39	68,42	16	28,07	0	0	2	3,51	57	100
MOTILIDADE	42	73,68	12	21,05	2	3,51	1	1,75	57	100
CUIDADO CORPORAL	45	78,95	5	8,77	1	1,75	6	10,53	57	100
CONDIÇÃO MENTAL	41	71,93	14	24,56	1	1,75	1	1,75	57	100
CONTR. DE ESFÍNCT.	49	85,96	3	5,26	1	1,75	4	7,02	57	100
ALIMENTAÇÃO	55	96,50	1	1,75	0	0	1	1,75	57	100

A instituição D (Tabela 4) apresentou uma porcentagem expressiva de dependência em relação a condição mental (71,91%). Contudo, 52,81% recaiu somente no grau 1. A motilidade, com 45,5%, também foi mais expressiva no grau 1 (35,95%). Já o cuidado corporal, apresentou 16,29% respectivamente para grau 1 e 2, mas foi o indicador que apresentou maior dependência total (grau 3) ou seja, 10,67%.

A dependência para a deambulação foi de 37,64%, sendo que em sua grande maioria (25,84%), necessitavam apenas de auxílio. Controle de esfíncteres apresentou pequena dependência (24,72%), com maior concentração no grau 1 (12,36%), porém, dois idosos que apresentaram grau 3, este foi o segundo mais expressivo. Quanto a alimentação, apresentou como as demais instituições, uma porcentagem baixa em relação aos outros indicadores (8,99%).

TABELA 4 – GRAU DE DEPENDÊNCIA EM ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AOS INDICADORES NA INSTITUIÇÃO D

Grau de dependência \ Indicadores	0		1		2		3		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
DEAMBULAÇÃO	111	62,36	46	25,84	12	6,74	9	5,06	178	100
MOTILIDADE	97	54,50	64	35,95	16	8,99	1	0,56	178	100
CUIDADO CORPORAL	101	56,74	29	16,29	29	16,29	19	10,67	178	100
CONDIÇÃO MENTAL	50	28,09	94	52,81	27	15,17	7	3,93	178	100
CONTR. DE ESFÍNCT.	134	75,28	22	12,36	8	4,50	14	7,86	178	100
ALIMENTAÇÃO	162	91,01	5	2,81	9	5,06	2	1,12	178	100

A instituição E mostrou uma dependência maior para a condição mental (53,38%), com maior concentração no grau 1 (38,98%). A motilidade foi significativa para o grau 1 (35,59%) sendo o terceiro indicador que apresentou maior dependência (40,68%).

A deambulação mostrou uma dependência de 34,74%, também com maior concentração no grau 1, assim como o cuidado corporal, o qual perpez 33,05%.

A dependência em relação aos indicadores controle de esfínteres e alimentação apresentaram uma porcentagem bem inferior (15,25% e 15,26% respectivamente). É importante observar, contudo, que apesar de pouco expressivo, o controle de esfínteres foi o terceiro indicador que apresentou maior dependência total (grau 3), nesta instituição (Tabela 5).

TABELA 5 – GRAU DE DEPENDÊNCIA EM ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AOS INDICADORES NA INSTITUIÇÃO E

Grau de dependência / Indicadores	0		1		2		3		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
DEAMBULAÇÃO	77	65,25	27	22,88	3	2,54	11	9,32	118	100
MOTILIDADE	70	59,32	42	35,59	5	4,24	1	0,85	118	100
CUIDADO CORPORAL	79	66,95	19	16,10	9	7,63	11	9,32	118	100
CONDIÇÃO MENTAL	55	46,61	46	38,98	14	11,86	3	2,54	118	100
CONTR. DE ESFÍNCT.	100	84,75	11	9,32	1	0,85	6	5,08	118	100
ALIMENTAÇÃO	100	84,75	17	14,41	1	0,85	0	0	118	100

A instituição F apresentou maior dependência para os indicadores em relação as demais instituições e entre eles, destacou-se o cuidado corporal com 76,48% de dependência (57,35% para grau 3). A condição mental também apresentou uma dependência bastante significativa para grau 1 e 2 (vide Tabela 6).

A deambulação apresentou uma dependência de 23,53% para o grau 1. Já a dependência para controle de esfínteres foi bastante significativo e recaiu quase que totalmente no grau 3 (41,91%). A dependência para a alimentação nesta instituição foi bem mais expressiva (30,88%) que nos demais, sendo que 26,47% obteve grau 2.

O que se pode constatar é que quanto a dependência dos idosos, o grau varia segundo o indicador, havendo poucas respostas que indicassem uma dependência total (grau 3), em relação ao número total de idosos por instituição. Apenas alguns indicadores por instituição se destacaram como se vê na Tabela 2, a instituição B com 50,91% de dependência grau 3 para o cuidado corporal e na instituição F (Tabela 6), este mesmo indicador apresentou 57,35%. Nesta última, também se destacou a dependência em relação a este grau para o controle de esfínteres com 41,91%.

Os indicadores apresentaram uma dependência mais ou menos uniforme entre os graus 1 e 2, com maior concentração de pontos no grau 1, como se pode ver nas Tabelas 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

TABELA 6 – GRAU DE DEPENDÊNCIA EM ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AOS INDICADORES NA INSTITUIÇÃO F

Grau de dependência Indicadores	0		1		2		3		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
DEAMBULAÇÃO	76	55,88	32	23,53	15	11,03	13	9,56	136	100
MOTILIDADE	64	47,06	46	33,82	19	13,97	7	5,15	136	100
CUIDADO CORPORAL	32	23,53	6	4,42	20	14,71	78	57,35	136	100
CONDIÇÃO MENTAL	62	45,59	28	20,59	30	22,06	16	11,76	136	100
CONTR. DE ESFÍNCT.	78	57,35	0	0	1	0,74	57	41,91	136	100
ALIMENTAÇÃO	94	69,12	2	1,47	36	26,47	4	2,94	136	100

6.2. Grau de dependência em relação aos indicadores entre instituições beneficentes e particulares

É interessante observar-se as diferenças obtidas quanto ao caráter das instituições, beneficentes e particulares (Tabela 7).

Os idosos foram um pouco mais independentes nas instituições beneficentes. A dependência total para o cuidado corporal nas instituições particulares foi bastante acentuado. Este indicador foi o mais alto para as instituições beneficentes grau 3, porém comparativamente muito menor ao da particulares.

A dependência total para o controle de esfíncteres foi o segundo indicador mais significativo em ambas as categorias institucionais, juntamente com a deambulação nas instituições beneficentes.

O grau 2 de dependência para as instituições beneficentes foi levemente superior. Em relação ao cuidado corporal, os idosos necessitavam mais auxílio nas instituições beneficentes, ao passo que para os idosos das instituições particulares este auxílio apresentou-se mais em relação a alimentação.

A condição mental foi o segundo indicador que apresentou maior dependência grau 2 em ambas as instituições.

No que tange a dependência parcial grau 1 (Tabela 1), esta foi significativamente maior nas instituições beneficentes, principalmente quanto a condição mental, motilidade e deambulação. Nas instituições particulares, o grau 1 de dependência foi o mais apontado em relação aos indicadores motilidade, deambulação e condição mental.

De uma forma geral, observou-se que entre os indicadores, a deambulação não mostrou diferença evidente entre as instituições beneficentes (38,28%) e particulares (37,89%), bem como a motilidade, com 43,95% nas instituições particulares e 43,23% nas instituições beneficentes.

O cuidado corporal por sua vez, apresentou diferença importante, ou seja, 58,47% nas instituições particulares e 30,85% nas instituições beneficentes. A condição mental apresentou maior dependência nas instituições beneficentes (60,42%) do que nas particulares (46,37%). Controle de esfíncteres, apresentou 33,88% nas particulares e 22,66% nas beneficentes e a alimentação também não recebem auxílio, são obrigados a realizarem (bem ou mal) seu autocuidado, recaindo no grau 1 ou 0 de dependência.

O controle de esfíncteres também foi um indicador que apresentou dependência total maior nas instituições particulares e os fatores que parecem influir são muito similares, ou seja, número de pessoal para realizar limpeza genitoanal, troca de fraldas e roupa de cama. Nas instituições beneficentes, muitos idosos, apesar de apresentarem incontinência urinária eventualmente, não o comunicam ou não são percebidos pelo pouco número de funcionários.

TABELA 7 – GRAU DE DEPENDÊNCIA EM ENFERMAGEM POR INDICADORES NAS INSTITUIÇÕES PARTICULARES E NAS INSTITUIÇÕES BENEFICENTES

Indicadores	Grau de dependência p/instituição		PARTICULARES								BENEFICENTES											
			0		1		2		3		Total		0		1		2		3		Total	
			N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Deambulação	154	62,11	57	22,98	20	8,06	17	6,85	248	100	237	61,72	101	26,30	24	6,25	22	5,73	384	100		
Motilidade	139	56,05	72	29,03	28	11,29	9	3,63	248	100	218	56,77	131	34,11	33	8,60	2	0,52	384	100		
Cuidado corporal	103	41,53	11	4,44	22	8,87	112	45,16	248	100	231	60,16	62	16,15	51	13,28	40	10,42	384	100		
Condição mental	133	53,63	51	20,56	39	15,73	25	10,08	248	100	152	39,58	172	44,79	46	11,98	14	3,65	384	100		
Contr. de esfínc.	164	66,13	5	2,02	8	3,23	71	28,63	248	100	297	77,34	46	11,98	19	4,95	22	5,73	384	100		
Alimentação	191	77,02	9	3,63	43	17,34	52	2,02	248	100	343	89,32	28	7,30	10	2,60	3	0,78	383	100		

TABELA 9 - CATEGORIA FUNCIONAL DE ENFERMAGEM POR INSTITUIÇÃO

INSTI-TUIÇÃO	CARÁTER DA INST.	N.º DE IDOSOS	CATEGORIA FUNCIONAL					Total
			Enferm.	Aux.Enf.	Téc.Enf.	Atend.	Leigos	
A	Benef.	88	—	4	—	1	11	16
B	Part.	55	—	1	1*	10	39	51
C	Part.	57	—	2	—	—	3	5
D	Benef.	178	1	4	1	9	—	14
E	Benef.	118	—	—	—	2	4	6
F	Part.	136	—	—	—	12	40	52

*Técnico de enfermagem, porém, apenas realizando atividades fisioterápicas

A condição mental foi o indicador que apresentou maior dependência (somando-se graus 1, 2 e 3) e este bem mais expressivo entre os idosos das instituições beneficentes.

Este indicador nos foi bastante difícil de explicar, uma vez que a sua mensuração dependia totalmente de informações fornecidas pelos funcionários que conheciam bem os idosos. Isto nos leva a algumas indagações que mereciam ser investigadas mais profundamente: haverá relação entre a condição mental e classe social? Ou, a falta de recursos que propiciem o desenvolvimento mental por parte das instituições beneficentes, tais como atividades intelectuais, recreativas e outras que tirem os idosos da monotonia, influíram sobre o aspecto mental? Ou ainda, a não participação, a apatia e o isolamento por parte dos idosos, fazem com que os funcionários que não tem oportunidade de dedicar mais tempo junto aos idosos, os rotulem com atividade mental alterada?

SILVEIRA (1976) tece algumas considerações entre atividade física, mental, social, emocional em relação a mobilidade e SILVA (1979) é de opinião que o movimento reduz as degenerações físicas e mentais.

A motilidade apresentou uma distribuição mais homogênea entre as instituições com grau 1 de dependência mais acentuada nas instituições beneficentes. Este é um aspecto que parece agravar-se com o avançar da idade, pois a diminuição da mobilidade, os enrijecimentos articulares, a redução da atividade, contribuem e são fatores presentes no envelhecimento normal do ser humano (CONFORT, 1979; WALDOW, 1985).

O que chama a atenção é a diferença do número de funcionários entre as instituições, considerando-se a necessidade de auxílio por parte

dos idosos de exercícios e massagens, a fim de prevenir problemas de imobilidade, enrijecimento e outros. Este tipo de assistência é impossível em algumas instituições, devido a falta de funcionários e equipe multidisciplinar.

A deambulação também foi bastante uniforme entre as instituições e demonstra a necessidade de auxílio.

A necessidade de locomoção bem como a motilidade parece-nos difícil de ser atendida de forma satisfatória nas instituições beneficentes, devido ao escasso número de funcionários. Os idosos nestas instituições mantêm-se praticamente deitados ou sentados, com pouca ou nenhuma atividade.

A alimentação parece ser uma necessidade que independente de outros fatores, as pessoas (com exceção de situações extremas), conseguem por si só satisfazer basta alguém alcançar o alimento. Entretanto, observou-se que nas instituições particulares, houve uma dependência de grau 2 bem maior. Através do instrumento constatou-se que este fato justifica-se pelo maior número de funcionários disponíveis para auxiliar na alimentação, cortando os alimentos, oferecendo-os e inclusive administrando-os aos idosos.

Em algumas instituições nas quais foi possível verificar, alguns idosos tem dificuldade para segurar a caneca, o pão, levando grandes porções à boca, por não conseguirem partir os alimentos. O prato fica sobre o peito (quando acamados) e a incoordenação motora muitas vezes ocasiona acidentes. Não são difíceis as queimaduras ao derramarem líquidos quentes, ou engasgar-se pela má posição e porções muito grandes (às vezes até asfixia) além do problema da sujidade.

Em síntese, o fato dos idosos apresentarem menor dependência nas instituições beneficentes parece dever-se a inexistência de pessoal que possa atender as suas necessidades. Com exceção dos idosos acamados e que apresentam maior dificuldade, como impossibilidade de locomover-se, diminuição da mobilidade, incontinência urinária e fecal, os demais embora necessitem auxílio, passam a realizar seu autocuidado da maneira e na freqüência que lhes é possível. Já nas instituições particulares, evidencia-se o extremo oposto, pois mesmo em condições de executar seu autocuidado, os idosos não o fazem, tornando-se dependentes.

6.3. Equipe multidisciplinar e pessoal para atendimento de enfermagem

Observa-se pelo Quadro I que eram poucos os profissionais que atuavam junto aos idosos. Em sua grande maioria, prestavam atividades de caráter voluntário, portanto, não havendo uma precisão quanto à fre-

62 QUADRO I – EQUIPE MULTIDISCIPLINAR QUANTO AO TIPO DE PROFISSIONAL E O NÚMERO NAS INSTITUIÇÕES

INSTITUIÇÃO	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR																			
	Médico	Nº	Dentista	Nº	Serv.Social	Nº	Enf.	Nº	Tec.Ocup.	Nº	Recr.	Nº	Fisiot.	Nº	Nutr.	Nº	Psic.	Nº	Outros	Nº
A	X	4	–	0	–	0	–	0	X	2*	–	0	X	2	–	0	–	0	–	–
B	X	2	–	0	–	0	–	0	X	1	–	0	X	1	–	0	–	0	–	–
C	–	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–	0	X	1	–	0	–	–
D	X	1	X	1	X	1	X	1	–	0	X	3*	X	1	–	0	–	0	téc. nutr.	1
E	X	1	X	1*	X	1	–	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–	–
F	X	1	–	0	–	0	–	0	–	0	–	0	X	1	–	0	–	0	–	–

*Profissionais prestando trabalho voluntário

quência ou duração da atividade. O atendimento médico em algumas instituições mostrou ser esporádico como nas instituições A e E. Na instituição A, cumpre lembrar, composta de quatro casas, possuía um médico voluntário para cada casa. A instituição B contava com dois médicos, sendo um clínico e um psiquiatra. A instituição D contava com um enfermeiro, entretanto, com carga horária variável, apenas cumprindo função de orientação e assessoria técnica.

Com respeito ao pessoal de enfermagem observou-se uma grande disparidade entre as instituições (vide Tabela 9). A maior parte dos funcionários eram atendentes e leigos. As instituições particulares contavam com maior número de funcionários, entretanto, a instituição D foi a que apresentou maior diversificação entre as ocupações, não utilizando leigos nas atividades de enfermagem e com a presença, embora esporádica de um profissional de enfermagem em seu quadro.

Como se observa no Quadro II, existia um desvio de funções, ou seja, auxiliares, atendentes e leigos desempenhando funções de enfermeiro, auxiliar, sem preparo ou condição legal para tal (Projeto-lei 3427/80).

Por outro lado, observou-se uma diferença significativa na proporção de pessoal para prestar atendimento e o número de idosos entre as instituições, principalmente nas instituições beneficentes.

Se fizéssemos um cálculo de pessoal, ou melhor, uma proporção entre o número de pessoas e o número de idosos, esta não representaria a realidade, pois embora os funcionários das instituições fossem compostos quase que exclusivamente por leigos e atendentes, as ocupações eram diferentes. Partindo-se de um cálculo em que obtivéssemos a proporção de funcionários não leigos (atendentes, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem) e o número de idosos, o número de clientes por cada funcionário em algumas instituições, sofreria um aumento considerável.

Embora não se tenha uma clientela com características de uma Unidade hospitalar, observou-se pelos dados, que mais da metade dos idosos das instituições estudadas apresentavam algum grau de dependência, portanto, necessitando de ajuda parcial.

Sabe-se que a assistência de enfermagem aos idosos não se restringe apenas a prestação de cuidados aos que estão acamados ou apresentam dependência total. Em sua grande maioria, segundo a literatura (CONFORT, 1979; WALDOW, 1985), os idosos necessitam fazer uso de alguma medicação e é freqüente apresentarem mais de uma enfermidade. Por outro lado, as atividades de enfermagem envolvem a prevenção de danos e a manutenção da saúde, através de práticas como higiene e

QUADRO II – FUNÇÕES DESEMPENHADAS PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS INSTITUIÇÕES

INSTITUIÇÃO	ENFERMEIRO	AUX. ENFERMAGEM	TÉC. ENF.	ATENDENTE ENF.	LEIGO
A	—	Chefia, coordenação dos cuidados; cuidados de enfermagem tais como: administração de medicamentos, verificação TA, cuidados higiênicos.	—	Cuidados básicos.	Higiene; Alimentação; Aux. na deambulação; Cuidados básicos.
B	—	Coord. do serv. enf.; supervisão; farmácia; cuidados mais completos.	Desempenhando atividades de fisioterapia.	Higiene, conforto, medicação.	Higiene; Alimentação; Acompanhamento.
C	—	Adminístr. de medicamentos, verificação TA, curativos.	—	—	Higiene; Alimentação.
D	Supervisão e orientação.	Cuidados enf. em geral (medicação, verificação SU, conforto, curativos)	Supervisão, coordenação, reuniões, cuidados de enf. mais complexos.	Higiene e conforto.	—
E	—	—	—	Supervisão, cuidados diversos.	Higiene, limpeza ambiental, alimentação.
F	—	—	—	Supervisão, cuidados diversos como curativos, administração de medicação, etc.	Higiene, limpeza ambiental, alimentação.

conforto, prevenção de escaras e deformidades, massagens e exercícios regulares, ajuda na locomoção, entre outras. Além da assistência no terreno biológico, os idosos necessitam de uma constante assistência no terreno emocional e social, sem contar o espiritual. Esta assistência além de ser necessária em quantidade, o deve ser em qualidade. Não basta haver um número suficiente de pessoas que prestem ajuda aos idosos. Esta ajuda deve ser válida, deve haver engajamento, interação e disposição para atuar junto aos idosos.

7. CONCLUSÕES

Os resultados permitiram-nos concluir que:

- Os idosos no conjunto das instituições apresentaram maior dependência para condição mental (54,9%), cuidado corporal (47,15%), motilidade (43,51%) e deambulação (38,13%);
- Houve diferença importante quanto a dependência entre as instituições beneficentes e particulares no que se refere ao cuidado corporal, condição mental, alimentação e controle de esfínteres;
- Os idosos das instituições beneficentes mostravam ser mais independentes do que os idosos das instituições particulares;
- Houve diferença importante no número de pessoal para atender os idosos, entre as instituições particulares e beneficentes, ou seja, com maior número nas particulares;
- A grande maioria dos funcionários das instituições eram leigos;
- Os funcionários responsáveis pela assistência aos idosos nas instituições desempenhavam funções que não lhes competiam.

8. RECOMENDAÇÕES

- Maior conscientização e preocupação por parte das instituições, órgãos governamentais e da sociedade em geral, quanto as necessidades dos idosos nas instituições, através de amplo estudo e planejamento das condições materiais e humanas para a sua assistência;
- Presença de equipe multidisciplinar nas instituições para idosos;
- Estabelecimento de critérios quanto ao número de pessoal necessário para a assistência de enfermagem nas instituições para

- idosos, bem como, exigência de capacitação para o desempenho das atividades;
- Utilização de profissional de enfermagem para assessoria técnica, planejamento e coordenação das atividades de enfermagem, assim como supervisão, orientação e treinamento de pessoal;
 - Enfoque de geriatria e gerontologia nos currículos universitários, principalmente nas áreas das ciências da saúde e sociais;
 - Conscientização por parte dos órgãos de classe e dos profissionais de enfermagem quanto a necessidade de assumir seu espaço nas instituições de saúde, assistenciais e outros.

SUMMARY: It consists of a Survey held in six Nursing Homes in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, aiming to determine the dependence of old people in relation to nursing; the level of nursing category and the relation existing between this dependence and the need for nursing personnel. The survey verified that old people are much more dependent according to some indicators, mainly if we consider the type of the Institution they are in. Besides that, it raised some problems concerning the nursing personnel for the old people care.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBANO, Maria A. de L. Recursos humanos para programas de atendimento e promoção do idoso no Brasil. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE ESTRATÉGIAS DE POLÍTICA SOCIAL PARA O IDOSO NO BRASIL. Brasília, 4-7 out. 1976.
2. ÂNGULO, M.S. Aspectos fisiológicos do envelhecimento. *CADERNOS da Terceira Idade*. São Paulo (4): 7-13, 1979.
3. AVILA, J.J. Geriatria e gerontologia: sua importância no mundo atual. *Senecta*. Rio de Janeiro, 1(1): 22-8, 1978.
4. BASTIAN, E.M. *Estudo de aspectos de assistência à saúde da pessoa idosa em instituições não hospitalares do município de São Paulo*. São Paulo, USP/Faculdade de Saúde Pública, 1976. 37p.
5. BURNSIDE, Irene. *Enfermagem e os idosos*. São Paulo, Andrei, 1979. 547p.
6. CARVALHO, Lourdes de F. Padrões mínimos de organização e administração de serviços de atendimento ao idoso. *Revista Paulista de Hospitais*, São Paulo, 26(3): 100-5, mar. 1978.

7. CHAMBERS, W. Nursing diagnosis. *American Journal Nursing*, New York, 62(11): 102-4, Nov. 1962.
8. CHEBOTAREV, Dimitri. A biologia do envelhecimento. *Saúde do Mundo*. Genebra: 27-9, maio 1982.
9. CONFORT, Alex. *A boa idade*. São Paulo, Ditel, 1979. 232p.
10. EBERSOLE, P. & HESS, P. *Toward healthy aging: human needs and nursing response*. USA, Mosby, 1985. 900p.
11. FERRARI, Maria Auxiliadora C. *Geriatrics*, aspectos educacionais e de terapia ocupacional. São Paulo, USP/Faculdade de Saúde Pública, 1975. 94p. Diss. Mestr.
12. _____. O terapeuta ocupacional em geriatria e gerontologia. *Anais Brasileiros de Geriatria e Gerontologia*. São Paulo, 3(1): 2-6, fev. 1981.
13. GUIMARÃES, R. Maria M. Assistência à um paciente geriátrico — estudo de caso. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, 31(4): 542-66, out./dez. 1978.
14. HORTA, Wanda de A. *Processo de enfermagem*. São Paulo, EPU/EDUSP, 1979. 95p.
15. KAPRIO, Leo A. Envelhecimento: uma declaração de política de saúde. *Saúde do mundo*. Genebra: 20-1, fev./mar. 1982.
16. MOURA, Maria Isabel P. de A. *A terceira idade: um novo desafio à Enfermagem*. Trabalho apresentado no 35^o Congresso Brasileiro de Enfermagem. São Paulo, 24-30, set. 1983.
17. NORTON, Doreen. O cuidado da velhice. *Saúde do Mundo*, Genebra: 18-21, dez. 1978.
18. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Trabalho e Ação Social/Fundação Sul Rio Grandense de Assistência. Idosos internados em situação médico-social aguda e as entidades sociais de atendimento ao idoso no Rio Grande do Sul. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE ESTRATÉGIAS DE POLÍTICA SOCIAL PARA O IDOSO NO BRASIL. Brasília, 4-7, out. 1976.
19. RODRIGUES, Eduarda Maria. *Uma abordagem crítica da assistência de Enfermagem hospitalar ao idoso*. Trabalho apresentado no 34^o Congresso Brasileiro de Enfermagem. Porto Alegre, 25-9 out. 1982. 25p.
20. ROSSI, E. A medicina clínica na 3^a idade. In: SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de Paulínia. *Envelhecimento e velhice: uma nova realidade*. São Paulo, 1981. p.33-53.
21. ROSSI, E. & FERNANDES, F. da S. Problemas médico-sociais do idoso no Brasil. *Anais Brasileiros de Geriatria e Gerontologia*. São Paulo, 2(4): 157-9, nov. 1980.

22. SILVA, P.B. A atividade física como prevenção de saúde para pessoas idosas. *Cadernos da Terceira Idade*, São Paulo, (4):19-33, 1979.
23. SILVEIRA, G.X. Aspectos assistenciais de enfermagem nas necessidades de locomoção e mobilidade. *Enfermagem em novas dimensões*, São Paulo, 2(5): 258-64, nov. 1976.
24. SKEET, Muriel. A valorização da velhice: o papel da enfermagem. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Remoçar a velhice*. Geneva, 1982. p.1-13. (Dia Mundial da Saúde, 7 de abril).
25. SSENKOLOTO, G.M. O apoio familiar aos velhos. *Saúde do mundo*, Genebra: 17-9, abr. 1979.
26. THOMAS, Glyn R. Os idosos num mundo em transformação. *Saúde do Mundo*, Genebra: 3-7, abr. 1979.
27. WALDOW, Vera R. *Problemas sentidos por idosos de diferentes classes sociais de Porto Alegre/RS e os serviços sociais para o atendimento às suas necessidades básicas*. Porto Alegre, UFRGS/Faculdade de Educação, 1985. 221p. Diss. Mestr.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Planning and organization of geriatric services: report of a who expert committee. Geneva, 1974. 46p. (Technical Reports Series, 548).

ANEXOS

I – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

1. Finalidades da instituição:
2. Critérios para a admissão:

II – INFORMAÇÕES SOBRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

1. A instituição dispõe de:

	sim	não	quantid.	n.º h seman.
Médico	()	()	()	()
Dentista	()	()	()	()
Assistente social	()	()	()	()
Enfermeiro	()	()	()	()
Terapeuta ocupacional	()	()	()	()
Recreacionista	()	()	()	()
Fisioterapeuta	()	()	()	()
Nutricionista	()	()	()	()
Psicólogo	()	()	()	()
Outros? Qual?			()	()

2. Independente da existência ou não de enfermeiro(a), a assistência de enfermagem é prestada por:

	sim	não	quantid.	n.º h seman.
Auxiliar de enfermagem	()	()	()	()
Técnico de enfermagem	()	()	()	()
Atendente de enfermagem	()	()	()	()
Leigo	()	()	()	()

3. Caráter da instituição:

Fins lucrativos ()

Fins não lucrativos ()

4. Número de leitos da instituição:

5. Tipo de clientes: Masc. ()

Fem. ()

Misto ()

6. Especificar a que órgão a instituição está ligada, convênios, etc.

3. Qual a função desempenhada pelos integrantes da equipe de assistência de enfermagem aos idosos? (Citar por categorias, se existir mais de uma).

Enfermeiro(a):

Auxiliar de enfermagem:

Técnico de enfermagem:

Atendente de enfermagem:

Leigo:

CRITÉRIOS PARA A IDENTIFICAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
NATUREZA E EXTENSÃO

INDICADOR VALOR	DEAMBULA- ÇÃO	MOTILIDADE	CUID. CORP.	COND. MENTAL	CONTR. ESFÍNCT.	ALIMENTAÇÃO
0	Ambulante	Total	Bom	Consciente	Controla	Favorável
1	Ambulante c/au- xílio	Parcial	Suficiente	Desorientado no tempo/espço	Ocasionalmente não controla	Semi-favorável
2	Maca ou cadeira	Mínima	Regular	Semi-consc.	Normalmente não controla	Difícil
3	Acamado	Nenhuma	Insuficiente	Fases de incons- ciên.	Não controla du- plamente	Impossível

VALORES:

0 (um) – independente
até 6 pontos – grau 1

de 7 a 12 pontos – grau 2
de 13 a 18 pontos – grau 3

DESCRIÇÃO DOS INDICADORES

DEAMBULAÇÃO: a capacidade do indivíduo de se locomover no espaço para poder atender suas necessidades. Classificação:

1. **AMBULANTE:** deambula sem ajuda
2. **AMBULANTE COM AUXÍLIO:** deambula com dificuldade necessitando de auxílio de outra pessoa, apoio e outros
3. **MACA OU CADEIRA:** a deambulação se faz ou por maca ou por cadeira de rodas
4. **ACAMADO:** não deambula, guarda o leito permanentemente.

MOTILIDADE: capacidade de movimentar os segmentos corporais visando atender suas necessidades básicas. Classificação:

1. **TOTAL:** todos os segmentos tem livre movimentação
2. **PARCIAL:** movimentação prejudicada em alguns segmentos. Dificuldade em movimentar ou certa mobilidade de membros, dedos tronco ou cabeça
3. **MÍNIMA:** mobilidade bastante prejudicada. Só movimenta um segmento ou no máximo dois
4. **NENHUMA:** incapaz de movimentar livremente qualquer segmento

CUIDADO CORPORAL: capacidade do indivíduo de realizar sua higiene. Classificação:

1. **BOM:** consegue lavar-se sozinho
2. **SUFICIENTE:** lava-se praticamente sozinho, sendo apenas necessário lavar-lhe o tronco posterior
3. **REGULAR:** consegue apenas lavar rosto, mãos, tronco anterior e genitais, necessitando que lhe alcancem o material, trocar água, ensaboar, enxaguar a luva de banho e lavar demais segmentos
4. **INSUFICIENTE:** é incapaz de lavar-se sozinho e/ou somente consegue lavar mãos e rosto.

Endereço do Autor: Vera Regina Waldow
Author's Address: Rua São Manoel, 963
90.620 – PORTO ALEGRE – RS.