

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL EM IDOSOS LONGEVOS NA ADMISSÃO HOSPITALAR¹

Tânia Maria Lourenço², Maria Helena Lenardt³, Denise Faucz Kletemberg⁴, Márcia Daniele Seima⁵, Nathalia Hammerschmidt Kolb Carneiro⁶

¹ Extraído da dissertação - Capacidade funcional do idoso longo vivo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba-PR, defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR), 2011.

² Mestre em Enfermagem. Enfermeira responsável pelo Centro de Terapia Intensiva Adulto do Hospital das Clínicas da UFPR. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: taniamarlou@bol.com.br

³ Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Sênior da Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: curitiba.helena@gmail.com

⁴ Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Positivo. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: denisekle@yahoo.com.br

⁵ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: marciaseima@gmail.com

⁶ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: nathalia.kolb@gmail.com

RESUMO: Trata-se de estudo quantitativo de corte transversal, cujo objetivo foi avaliar a independência funcional do longo vivo no momento da internação hospitalar. O estudo foi realizado em dois hospitais de ensino, no período amostral entre janeiro a junho de 2011, com 116 longevos. Para a coleta de dados foi aplicada a Escala de Medida de Independência Funcional, e as análises foram realizadas por meio de estatísticas descritivas. A pontuação da Medida de Independência Funcional total variou de 48 a 126, com a média de 105,9% ($\pm 17,9$), o que representa independência funcional. A Medida de Independência Funcional motora, de 30 a 91 (77,3%; $\pm 14,5$) e a Medida de Independência Funcional cognitiva/social, de 18 a 35 (28,6%; $\pm 4,9$). Na admissão hospitalar, os longevos se mostraram independentes para todos os domínios da Medida de Independência Funcional. Conhecer a capacidade funcional é essencial para o planejamento do cuidado durante todo processo de hospitalização.

DESCRIPTORIOS: Idoso de 80 anos ou mais. Longevidade. Hospitalização. Enfermagem geriátrica.

FUNCTIONAL INDEPENDENCE OF LONG-LIVING ELDERLY AT HOSPITAL ADMISSION

ABSTRACT: The aim of this quantitative cross-sectional study was to assess the functional independence of long-living elderly at the time of hospitalization. The study was conducted in two teaching hospitals, in the period between January and June of 2011, with 116 long-living elderly. The Functional Independence Measure Scale was applied for data collection and data analyses were performed using descriptive statistics. The score of the total Functional Independence Measure varied from 48 to 126, with a mean of 105.9% (± 17.9), which represents functional independence. The motor Functional Independence Measurement of 30 to 91 (77.3%; ± 14.5) and the social/cognitive Functional Independence Measurement of 18 to 35 (28.6%; ± 4.9). At the hospital admission, the long-living elderly appeared to be independent in all of the Functional Independence Measurement domains. Knowing the functional capacity is essential to plan care throughout the entire hospitalization process.

DESCRIPTORS: Aged 80 and over. Longevity. Hospitalization. Geriatric nursing.

INDEPENDENCIA FUNCIONAL DE ANCIANOS LONGEVOS EN LA ADMISIÓN HOSPITALARIA

RESUMEN: Se trata de un estudio cuantitativo de carácter transversal, cuyo objetivo fue evaluar la independencia funcional del anciano longo vivo en el momento del ingreso hospitalario. El estudio ha sido realizado en dos hospitales universitarios, en el periodo de prueba entre enero y junio de 2011, con 116 longevos. Para la recolección de los datos se aplicó la Escala de Medida de Independencia Funcional, y los análisis fueron realizados mediante estadísticas descriptivas. La puntuación de la Medida de Independencia Funcional total osciló entre 48 y 126, con un promedio de 105,9% ($\pm 17,9$), lo que representa independencia funcional. En la Medida de Independencia Funcional motriz los valores oscilaron entre 30 y 91 (77,3%; $\pm 14,5$) y en la Medida de Independencia Funcional cognitiva/social los valores oscilaron entre 18 y 35 (28,6%; $\pm 4,9$). Al ingreso, los más antiguos eran independientes para todos los dominios de la Medida de Independencia Funcional. Conocer la capacidad funcional es esencial para la planificación de la atención a lo largo de proceso de hospitalización.

DESCRIPTORIOS: Anciano de 80 o más años. Longevidad. Hospitalización. Enfermería geriátrica.

INTRODUÇÃO

O crescente aumento de idosos com mais de 80 anos, também denominados de muito idosos ou longevos, presentes nos espaços de atenção à saúde, principalmente em unidades de internação hospitalar, exige dos profissionais maior atenção para os riscos de declínio da independência prevalentes nesta faixa etária. Esse direcionamento profissional está pautado na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa,¹ que traz o modelo de promoção e manutenção da autonomia e independência do idoso, com ênfase na capacidade funcional.

A capacidade funcional² é entendida como interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, apoio social, suporte familiar e independência econômica. Surge como novo indicativo de saúde na avaliação de idosos.

Observa-se, empiricamente, que alguns idosos, no momento da internação, mostram-se independentes para realização de atividades básicas de vida diária (ABVDs), ou seja, com independência funcional e, durante a hospitalização, evoluem para o declínio na execução de algumas dessas atividades.

Essa percepção justifica-se, parcialmente, pelas condições físicas decorrentes do agravamento de doenças, mas também pela própria hospitalização. Ao retirar o idoso longevo de seu ambiente familiar, de sua rotina diária e inseri-lo em um local regido por normas ditadas por pessoas desconhecidas, pode-se traduzir como um evento estressante, complexo, peculiar e potencialmente perigoso para eles. Esses eventos são capazes de levar ao declínio ou perda da capacidade funcional.³⁻⁶

Autores⁷⁻⁸ alertam para a possibilidade desse declínio funcional do idoso anteceder ao momento da internação, o que pode acontecer até duas semanas antes da necessidade de hospitalização. Há possibilidade também do longevo incorrer em um ciclo vicioso de perda da capacidade funcional, hospitalização e perda da capacidade funcional. Desse modo, considera-se a necessidade de avaliações efetivas, ou seja, que busquem resoluções rápidas e eficazes no momento da admissão e durante o processo de internação hospitalar, visto que esta avaliação poderá fornecer parâmetros para o planejamento de ações que visem à prevenção, recuperação e promoção da capacidade funcional dos idosos.

A ausência da avaliação inicial pode ter como consequência a constatação tardia da dependência e, por sua vez, a recuperação mais custosa e até mesmo irremediável. Nesse sentido, o objetivo

desta investigação foi avaliar a independência funcional do idoso longevo no momento da internação hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado em unidades de internação de dois hospitais de ensino de grande porte de uma capital brasileira. Ambos atendem usuários do Sistema Único de Saúde, sendo o primeiro de gestão pública e o segundo de caráter privado e filantrópico.

A população do estudo foi composta por idosos de 80 anos ou mais, de ambos os sexos, admitidos para tratamento clínico ou cirúrgico e com pontuação superior ao ponto de corte no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).⁹ Foram considerados os pontos de corte de 13 pontos para analfabetos, 18 para os de escolaridade baixa e média, e 26 pontos para aqueles com escolaridade alta.¹⁰ A coleta de dados ocorreu no período amostral de janeiro a junho de 2011 e os idosos longevos foram selecionados por meio de consulta no sistema de informática de internação dos hospitais. No total, foram abordados 310 idosos longevos. Destes, 179 não preencheram os critérios de inclusão, 12 necessitaram mais de uma internação no período do estudo e três não aceitaram participar da pesquisa. A amostra final foi constituída por 116 idosos de 80 anos ou mais.

A coleta de dados aconteceu nas primeiras 48 horas de internação e foram utilizados dois instrumentos: MEEM para *screening* cognitivo,⁹ e a escala de Medida de Independência Funcional (MIF) para a avaliação da capacidade funcional. Esta escala foi traduzida e validada para o Brasil e trata-se de um conjunto de 18 atividades divididas em duas sub-escalas: a MIF motora (MIF m) e a MIF cognitiva (MIF c). A primeira avalia as atividades como autocuidado, controle de esfíncteres, transferências e locomoção. A segunda é subdividida em comunicação e interação social. Para cada item pode ser atribuído um escore entre um e sete, sendo o valor sete para a atividade independente e valor um para a atividade com dependência completa. A pontuação final corresponde à soma de todos os escores, sendo que a variação máxima equivale a 126 pontos (independência completa) e a mínima a 18 pontos (dependência total).¹¹

O banco de dados foi organizado no programa Excel, e para a análise dos dados, o *software* Epiinfo (versão 6.04). Os dados foram submetidos à estatística descritiva, por meio da distribuição de frequência absoluta e percentual, média e desvio padrão.

O estudo respeitou os critérios éticos conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 196/96,¹² sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde, sob o parecer n. CEP/SD 1062.187.10.12.

RESULTADOS

Observa-se predomínio de idosos longevos na faixa etária entre 80-84 anos (n=92, 79,3%). A média de idade foi de 82,5 anos (DP=2,8), sendo que prevaleceu o sexo feminino (n=65; 56%), e escolaridade entre a 1ª e a 4ª série (n=61, 52,6%). Os diagnósticos mais frequentes foram os problemas

gastrointestinais (n=37; 31,7%), cardíacos (n=21; 18,1%), urológicos (n=14; 12,1%) e ginecológicos (n=9; 7,6%).

Verifica-se na tabela 1 a variação observada na pontuação dos itens da MIF que corresponde à variação possível de pontuação. A pontuação da MIF total variou de 48 a 126, com a média de 105,9% ($\pm 17,9$), o que representa independência funcional. Entre os domínios, a MIF motora variou de 30 a 91, com média de 77,3% ($\pm 14,5$), e para a MIF cognitiva/social os valores variaram de 18 a 35, com média de 28,6% e ($\pm 4,9$). Estes valores médios representaram independência para ambos os domínios da MIF motora e cognitiva.

Tabela 1 - Valores e variáveis da MIF total e seus domínios nos idosos longevos admitidos nas unidades hospitalares. Curitiba-PR, 2011

MIF	n	Variação possível	Variação observada	Mínimo	Máximo	Média (DP)
MIF motora	116	13-91	30-91	30	91	77,3% (14,5)
MIF cognitiva	116	5-35	18-35	18	35	28,6% (4,9)
MIF total	116	18-126	48-126	48	126	105,9% (17,9)

Visualiza-se na tabela 2 os resultados encontrados para as categorias da MIF. Na categoria do autocuidado há maior concentração de longevos classificados como independente completo/modificado, ou seja, são os que realizam as atividades com desempenho seguro ou em algumas tarefas requerem um tempo maior para desempenhá-las.

Uma parcela significativa apresenta dependência mínima ou necessidade de supervisão, demonstrado pelos 26 (22,6%) idosos longevos com necessidade de ajuda para tarefa vestir-se abaixo da cintura, 22 (19%) para vestir-se acima da cintura, 20 (17,2%) para uso do vaso sanitário, 18 (15,5%) para alimentação, 14 (12,1%) para o banho e 10 (8,7%) para higiene pessoal. Para estas atividades, o auxílio de terceiros foi necessário, o que caracteriza idosos com necessidade de supervisão ou dependência mínima.

Os 33 idosos com dependência moderada ou máxima apresentavam maior necessidade de ajuda para realizar atividades como: alimentação (n=4; 3,4%), higiene pessoal (n=3; 2,6%), vestir a roupa acima da cintura (n=8; 6,9%), vestir roupa abaixo da cintura (n=6; 5,2%), uso do vaso sanitário (n=6; 5,2%) e banho (n=6; 5,2%). Já quatro idosos, sendo um (0,9%) com dependência completa para o banho e três (2,6%) para uso do vaso sanitário,

necessitam de suporte de terceiros para realização destas tarefas (Tabela 2).

Nas tarefas de controle esfinteriano, o número de idosos que apresentam independência funcional para o controle urinário foi de 75 (64,7%), com necessidade de supervisão ou dependência mínima 31 (15,5%), dependência moderada ou máxima, nove (7,8%) e um (0,9%) com dependência completa para esta tarefa. Para o controle das fezes, 93 (80,2%) idosos apresentaram independência funcional, 19 (16,4%) necessitam de supervisão ou dependência mínima e quatro (3,4%) apresentam dependência moderada ou máxima (Tabela 2).

Nas atividades em que a mobilidade é avaliada através das transferências necessárias para determinadas tarefas, os idosos apresentaram independência funcional nos três tipos de transferências propostos pela MIF. Do total, 84 (72,4%) idosos são independentes para transferências de leito/cadeira/cadeira de rodas, 83 (71,6%) para o vaso sanitário e 94 (81%) para o chuveiro/banheira. Nesta dimensão, seis idosos apresentaram dependência completa para realização das transferências: um (0,9%) idoso para transferência cama/cadeira/cadeira de rodas, três (2,6%) para transferências para o vaso sanitário e dois (1,7%) para o chuveiro/banheira (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da independência funcional dos idosos longevos por dimensões e categorias da MIF motora e cognitiva. Curitiba-PR, 2011

MIF n=116	Independência completa/ modificada n (%)	Supervisão dependência mínima n (%)	Dependência moderada e máxima n(%)	Dependência completa n (%)
Autocuidado				
Alimentação	94 (81,0)	18 (15,5)	4 (3,4)	0 (0,0)
Higiene pessoal	103(88,7)	10 (8,7)	3 (2,6)	0 (0,0)
Banho	95 (81,9)	14 (12,1)	6 (5,2)	1 (0,9)
Vestir-se acima da cintura	86 (74,1)	22 (19,0)	8 (6,9)	0 (0,0)
Vestir-se abaixo da cintura	84 (72,4)	26 (22,4)	6 (5,2)	0 (0,0)
Uso do vaso sanitário	87 (75,0)	20 (17,2)	6 (5,2)	3 (2,6)
Controle dos esfíncteres				
Controle da urina	75 (64,7)	31 (26,7)	9 (7,8)	1 (0,9)
Controle das fezes	93 (80,2)	19 (16,4)	4 (3,4)	0 (0,0)
Transferências				
Transferência leito, cadeira e cadeira de rodas	84 (72,4)	27 (23,3)	4 (3,4)	1 (0,9)
Transferência vaso sanitário	83 (71,6)	23 (19,8)	7 (6,0)	3 (2,6)
Transferência banheira/chuveiro	94 (81,0)	14 (12,1)	6 (5,2)	2 (1,7)
Locomoção				
Marcha/cadeira de rodas	75 (64,7)	31 (26,7)	9 (7,8)	1 (0,9)
Escadas	55 (47,4)	40 (34,5)	14 (12,1)	7 (6,0)
Comunicação				
Compreensão verbal e visual	84 (72,4)	32 (27,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Expressão verbal/não verbal	84 (72,4)	31 (26,7)	1 (0,9)	0 (0,0)
Cognição social				
Interação social	76 (65,5)	35 (30,2)	5 (4,3)	0 (0,0)
Resolução de problemas	63 (54,3)	42 (36,2)	9 (7,8)	2 (1,7)
Memória	60 (51,7)	49 (42,2)	7 (6,0)	0 (0,0)

Nas tarefas de locomoção, o número de idosos longevos que manifestaram independência completa ou modificada foi de 75 (64,7%) para marcha/cadeira de rodas e 55 (47,4%) para subir ou descer escadas. Sete (6%) apresentaram dependência completa para subir ou descer escada e um (0,9%) para caminhar ou usar a cadeira de rodas (Tabela 2). Ressalta-se entre os longevos aqueles que necessitam de ajuda para subir/descer escadas 40 (34,5%) tem dependência mínima e 14(12,1%) moderada e máxima, formando um grupo com necessidades de ajuda, mesmo que parcialmente.

No domínio cognitivo, verificou-se que, nas dimensões comunicação e interação social, 84 (72,4%) idosos apresentaram independência completa ou modificada para ambas as áreas de comunicação e expressão. Nenhum idoso foi encontrado com dependência completa para essas tarefas. Quanto às atividades relacionadas interação social, 76 (65,5%) apresentaram independência completa ou modificada, 35 (30,2%) necessidade de supervisão ou dependência mínima e cinco (4,3%) dependência moderada ou máxima (Tabela 2).

Para a tarefa resolução de problemas, mostra-se na Tabela 2, que 63 (54,3%) apresentaram independência completa ou modificada, 42 (36,2%) apresentaram necessidade de supervisão ou dependência mínima e dois (1,7%) são completamente dependentes para realização desta tarefa. Quanto à atividade de memória, 60 (51,7%) apresentaram independência completa ou modificada e 42 (42,2%) mostraram necessidade de supervisão ou dependência mínima para ativação da memória.

DISCUSSÃO

Na literatura, ainda são poucos os estudos que abordam idoso longevo hospitalizado com utilização da MIF. Para subsidiar as discussões foram analisados estudos que adotaram como sujeitos, idosos com esta faixa etária, a e que se aproximavam com as características deste estudo.

Os dados sociodemográficos desta pesquisa foram semelhantes aos encontrados em outros estudos nacionais,¹³⁻¹⁵ cujas amostras foram equi-

valentes. Majoritariamente, os longevos apresentaram problemas gastrointestinal, cardíaco e urológico, que podem ser explicados pelo próprio processo de envelhecimento, relacionado aos hábitos de vida inadequados e/ou procura tardia por cuidados médicos, condições de trabalho adversas e/ou em lugares insalubres, e dificuldades para compreensão da receita médica, consequentemente desencadeando e intensificando agravos na saúde nesta etapa da vida.

Os idosos longevos mostraram-se com bom desempenho funcional para as atividades cotidianas, principalmente para aquelas relacionadas às atividades de vida diária AVDs. Valores semelhantes para a MIF total, motora e cognitiva foram encontrados em estudos com amostra semelhantes, porém com objetivos diferentes.^{3,14}

Dentro do domínio motor, a maioria dos idosos longevos apresentou boa capacidade funcional no momento da admissão hospitalar. Entretanto, nas tarefas de autocuidado, que estão relacionadas às AVDs, em que se necessitava de maior destreza com as mãos, como desabotoar camisa, retirar sapatos, entre outras, a dificuldade foi mais expressiva, e precisavam de auxílio de uma terceira pessoa, em alguns momentos.

Na tarefa "controle de esfíncteres", parcela significativa apresentou algum grau de dependência, principalmente para o controle urinário, motivada pela dificuldade de deslocamento, por vezes, pelo uso de medicamentos como diuréticos e/ou anti-hipertensivos e a acuidade visual/auditiva diminuída. Para alguns, a dificuldade em controlar a urina provocava perdas involuntárias, gerando situações desagradáveis e, por este motivo, o afastamento do convívio entre amigos e familiares.

Nas dimensões de transferência (banheiro/chuveiro) e locomoção, a maioria dos idosos longevos apresentou independência completa. As maiores dificuldades foram observadas na realização de atividades que demandam movimento para a execução de determinadas necessidades básicas.

Na dimensão subir e descer escada, a maioria dos longevos apresentou algum tipo de dependência para execução desta atividade. Estudo¹⁶ realizado com 388 idosos de 60 anos ou mais, avaliados pela equipe de profissionais da Saúde da Família, na cidade de Goiânia-GO, mostrou que os idosos com 80 anos ou mais apresentavam associação para dependência na variável subir e descer escada. Dados de estudos longitudinais demonstram que a força muscular dos indivíduos diminui cerca de 15% por década, até alcançarem a 6ª e 7ª década de vida. Após essa idade, a força

muscular diminui aproximadamente 30%.¹⁷ Observa-se uma relação inversa entre força muscular e idade, sendo os longevos os indivíduos que tendem a possuir menor musculatura, devido ao desuso, incidência de doenças, subnutrição e aos efeitos cumulativos da idade.¹⁷

A sarcopenia, ou a perda da massa muscular, fenômeno muito presente no envelhecimento, tem como consequência as alterações da mobilidade e do equilíbrio, levando à ocorrência de quedas e fraturas. É um dos maiores desafios na geronto-geriatria, pois ela apresenta-se como um círculo vicioso: a sarcopenia leva a fraturas, que gera imobilização, seguida de desnutrição, com piora da síntese protéica e piora novamente da sarcopenia.¹⁸⁻¹⁹

Dentro do domínio cognitivo, que contempla as dimensões comunicação e interação social, mesmo os idosos que apresentaram baixa escolaridade demonstraram facilidade para a comunicação. Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo transversal, com amostra de 272 idosos longevos, cujo objetivo foi identificar as características demográficas e socioeconômicas relacionadas ao estado de saúde de idosos longevos residentes em duas cidades, no Brasil.²⁰ Nesse estudo apenas um (0,9%) idoso com mais de 80 anos apresentou dificuldade para responder as perguntas, o que pode ser explicado pela perda da acuidade auditiva, ou pela timidez nas respostas ou por dificuldade na compreensão das perguntas.

A maioria dos longevos apresentou autonomia e independência para interação social, porém, uma parcela pequena (n=5; 4,3%) já apresenta perda desta função, delegando muitas das atividades instrumentais de vida diária para terceiros, em função da dificuldade de deambulação, diminuição da visão ou dificuldade de deslocamento urbano.

Dentro da categoria que avalia memória, mais da metade dos longevos consegue se lembrar dos remédios a serem tomados, das contas a serem pagas, entre outras atividades. Uma minoria apresentou dificuldade para memorizar horário de medicamentos, e isso pode representar um problema para aqueles que vivem sozinhos.

Na categoria resolução de problemas a maioria dos longevos resolve seus problemas ou consegue dar diretrizes aos familiares, entretanto os resultados revelam também a presença daqueles que já apresentam perda da função e que necessitam auxílio de terceiros para a resolução de algumas atividades. Esses resultados convergem aos dados do estudo,¹⁴ realizado com idosos mais velhos da comunidade de Ribeirão Preto, cujo participantes

apresentam independência para as atividades de comunicação e expressão, com ótima interação social e boa memória, porém com necessidade de supervisão/orientação para resolução de problemas.

Os dados demonstram que os longevos, no geral, apresentam boa capacidade funcional no momento da admissão hospitalar, porém é imprescindível o olhar atento da equipe de saúde, especialmente da enfermagem, para as atividades que requerem maior habilidade motora como vestir-se e subir e descer escadas. Estas atividades podem passar despercebidas pela equipe de saúde, uma vez que o idoso é independente para as demais ADVs, e podem trazer agravos à sua saúde no momento da internação hospitalar.

A capacidade de controlar os esfíncteres também pode incapacitar o longo para a manutenção da vida social e o desfecho pode ser o acometimento por doenças como a depressão, e esta, por sua vez, potencializa a incapacidade funcional.

CONCLUSÃO

A realização desse estudo permitiu avaliar a independência funcional de idosos longevos admitidos em unidades hospitalares. Os idosos longevos no momento da admissão hospitalar apresenta significativa independência no domínio motor, porém no domínio cognitivo mostram dependência em atividades relacionadas à interação social, resolução de problemas e memória.

Apesar dos valores médios representarem independência funcional para MIF total e MIF motora e cognitiva, pode-se observar que em algumas categorias como controle de esfíncteres, transferências entre cama/cadeira/cadeira de rodas ou vaso sanitário ou chuveiro/banheira e locomoção especificamente em escadas, uma parcela de idosos apresentam dificuldades na realização destas tarefas. Esses idosos, portanto, necessitam de maior atenção por parte da equipe de enfermagem, com intervenções direcionadas de modo a atender as necessidades de cada um.

O crescente aumento de idosos longevos, dentro das mais diversas esferas de atendimento da saúde, torna a avaliação da capacidade funcional uma variável importante a ser conhecida pelos profissionais no momento da entrada desses indivíduos no ambiente hospitalar. A capacitação dos profissionais de saúde que atuam nesses locais de atendimento deve ser incentivada, para que tenham instrumentos capazes de identificar as necessidades funcionais de cada idoso e que forneçam parâmetros para o planejamento assistencial. A utilização da MIF nas unidades de internamento

hospitalar é eficaz, principalmente quando aplicadas nos idosos longevos, por tratar-se de escala de rápido e fácil manejo e que fornece mapeamento detalhado da capacidade funcional dos indivíduos e alicerça o plano de cuidados da enfermagem. A realização de um plano de cuidados específico permite acompanhar, e controlar a evolução da capacidade funcional, prevenir agravos e antecipar declínio ao longo do processo de internação. Ressalta-se a importância da realização de estudos com o segmento etário dos 80 anos ou mais, em virtude do déficit constatado na literatura vigente.

Do mesmo modo, a temática sobre independência funcional de idosos longevos necessita de maior aprofundamento e, para tanto, são indicados os estudos longitudinais, os quais trazem dados significativos, em razão do acompanhamento do longo, com a coleta de dados em vários momentos do período pesquisado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2528 de 12 de outubro de 2006: aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): MS, 2006.
2. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto EDIPOSE. *Cad Saúde Pública*. 2003 Mai-Jun; 19(3):793-8.
3. Volpato S, Cavalieri M, Sioulis F, Guerra G, Maraldi C, Zuliani G, et al. Predictive value of the short physical performance battery following hospitalization in older patients. *J Gerontol Biol Sci Med Sci*. 2011 Jan; 66A(1):89-96.
4. Kawasaki K, Diogo MJDE. Variação da independência funcional em idosos hospitalizados relacionada a variáveis sociais e de saúde. *Acta Fisiátr*. 2007 Set; 14(3):164-69.
5. Depalma G, Xu H, Covinsky KE, Craig BA, Stallard E, Thomas J, Sands LP. Hospital readmission among older adults who return home with unmet need for ADL disability. *Gerontologist*. 2013 Jun; 53(3):454-61.
6. Boyd CM, Landefeld OS, Cownsell SR, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic D, et al. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *J Am Geriatric Soc*. 2008 Dec; 56(12):2171-9.
7. Mudge AM, O'Rourke P, Denaro C. Timing and risk factors for functional changes associated with medical hospitalization in older patients. *J Gerontol Biol Sci Med Sci*. 2010 Aug; 65(8):866-72.
8. Lindenberger E, Landefeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Unsteadiness reported by older hospitalized patients predicts functional decline. *J Am Geriatric Soc*. 2003 May; 51(5):621-6.

9. Fostein MF, Fostein SE, Mchugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov; 12(3):189-98.
10. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1994 Mar ; 52(1):1-7.
11. Riberto M, Miyazaki MH, Filho DJ, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutividade da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiatr.* 2001 Abr; 8(1):45-52.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
13. Moraes EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Abr-Jun; 17(2):374-83.
14. Pedrazzi EC. Arranjo domiciliar e apoio dos familiares aos idosos mais velhos [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008.
15. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev Bras Fisioter.* 2010 Jul-Ago; 14(4):322-9.
16. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010 Set; 15(6):2887-98.
17. Unicoovsky MAR. Idoso com sarcopenia: uma abordagem do cuidado da enfermeira. *Rev Bras Enferm.* 2004 Mai-Jun; 57(3):298-302.
18. Doherty TJ. Invited review: aging and sarcopenia. *J Appl Physiol.* 2003 Oct; 95(4):1717-27.
19. Marcell TJ. Sarcopenia: causes, consequences and preventions. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003 Oct;58(10):M911-6.
20. Rosset I, Cruz MRZ, Santos JLF, Hass VJ, Wehbe SCCF, Rodrigues RAP. Diferenças socioeconômicas e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Rev Saúde Pública.* 2011 Abr; 45(2):391-411.