

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

BRUNA GARCIA DEITOS

FERNANDA ROSA DE OLIVEIRA PIRES

**ASPECTOS DA (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL DAS PESSOAS
DEPENDENTES ADSCRITAS A UM CENTRO DE SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

BRUNA GARCIA DEITOS

FERNANDA ROSA DE OLIVEIRA PIRES

**ASPECTOS DA (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL DAS PESSOAS
DEPENDENTES ADSCRITAS A UM CENTRO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de Estágio Supervisionado II, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof. Dra. Soraia Dornelles Schoeller.

Co-orientadora: Prof. Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos.

FLORIANÓPOLIS

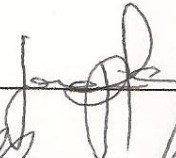
2012

BRUNA GARCIA DEITOS
FERNANDA ROSA DE OLIVEIRA PIRES

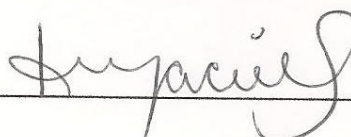
**ASPECTOS DA (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL DAS PESSOAS
DEPENDENTES ADSCRITAS A UM CENTRO DE SAÚDE**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora



MARIA VARGAS



Supaciel

Florianópolis, 03 de julho de 2012.

DEDICAMOS

A nossos pais, por seus exemplos de vida e
dedicação à família.

A nossos irmãos por tudo que nos ajudaram até hoje.

Aos nossos amores por nos incentivar e ajudar
sempre que necessário.

Aos profissionais e pacientes do Centro de Saúde Coloninha
pela ajuda e paciência.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela vida e oportunidade de nascer em uma boa família que sempre me apoiou em minhas decisões.

*Agradeço a meus pais **Ivana Garcia Deitos** e **Sencler Luiz Deitos** pela educação e valores que me passaram.*

*As minhas irmãs **Juliana Garcia Deitos** e **Rafaela Garcia Deitos**, pelo apoio e amizade que temos.*

*Ao meu namorado **Zulmar Gomes Campos** por seu companheirismo, amor e também por sua compreensão nos momentos difíceis desta caminhada.*

Aos professores do Departamento de Enfermagem, que sempre se mostraram disponíveis a me ajudar durante toda a graduação.

*As enfermeiras do Centro de Saúde Coloninha, **Kelly Maciel Silva**, **Andreza da Silva Malaquias** e **Priscila Andrade** por sua paciência e dedicação.*

Agradeço aos meus colegas de classe, de onde fiz grandes amizades.

*Agradeço a minha orientadora, **Soraia Dornelles Schoeller**, que apesar de nos aceitar em condições adversas sempre nos incentivou e acreditou na nossa capacidade para realizar este trabalho. E também a co-orientadora **Silvia Maria Azevedo dos Santos** por concretizar este trabalho conosco.*

*Agradeço também ao **Vilson Wronscki** do Departamento de Estatísticas da UFSC, por nos orientar com muita paciência nos momentos de dificuldade nos dados estatísticos.*

Meus sinceros agradecimentos a todos que estiveram ao meu lado incentivando-me nesta jornada.

Bruna Garcia Deitos

Essencialmente agradeço a Deus sua fidelidade, amor e misericórdia infinita. Por ter enviado seu filho Jesus para morrer por mim e me dar a oportunidade de escolher segui-lo e tê-lo como minha torre forte em todos os momentos da minha vida.

*Agradeço a meus pais **Ivan Luiz Daudt de Oliveira e Zelinda Rosa de Oliveira** pela estrutura familiar, pelos exemplos de caráter, perseverança, coragem, amor e fé. Em especial pelo esforço que fizeram para me darem oportunidade de estudar em boas escolas e chegar até a universidade. Pelas renúncias de realizações pessoais para me darem sempre o melhor.*

*As minhas irmãs **Rose Mary de Oliveira Dias e Lisiane Rosa de Oliveira dos Santos**, por apesar das diferenças, distância, e responsabilidades familiares de cada uma de nós, sermos amigas e nos amarmos.*

*Ao meu irmão **Ivânio Luiz Rosa de Oliveira** que foi umas das fontes de inspiração na realização deste estudo, através de seu cotidiano como dependente de cuidados.*

*Obrigado mano por seu olhar e carinho todas as vezes que nos aproximamos. Ao meu esposo **André Pires** por seu suporte, incentivo, companheirismo, fidelidade, carinho e compreensão essenciais em todos os momentos destes quinze anos de relacionamento. Em especial para conclusão desta graduação, onde diariamente contemplei seu esforço para suprir todas as nossas necessidades sem nunca desanimar. Sem seu apoio seria muito mais difícil completar esta jornada.*

*Ao meu filho **Nícolas André de Oliveira Pires** por existir na minha vida e ser a razão de minha alegria. Por abrir mão durante três anos do aconchego do nosso lar, acordando cedo todas as manhãs e permanecendo na escola durante todo o dia para mamãe poder estudar. Por todos os abraços apertados e sorrisos de alegria que me deram forças para continuar.*

*A minha amada sogra **Léia da Fonseca Pires** por todo apoio e suporte no cuidado com o meu filho e meu esposo. Por ser exemplo de fé e persistência e superação.*

Aos professores do Departamento de Enfermagem, que se esforçaram para passar seus conhecimentos e experiências, me ajudando durante toda a graduação.

*As enfermeiras do Centro de Saúde Coloninha, **Kelly Maciel Silva, Andreza da Silva Malaquias e Priscila Andrade** pela paciência, dedicação e amizade.*

A todos os meus colegas que convivi entre minhas idas e vindas desta graduação, por me acolherem e pelos laços de amizade que quero levar para toda a vida.

*Agradeço a minha orientadora, **Soraia Dornelles Schoeller**, pela sensibilidade em nos orientar, compreensão de nossas ansiedades e críticas. Pela confiança*

depositada em nós para realizar este trabalho. Por ser exemplo de humildade e nos permitindo aprender de acordo com o nosso tempo os caminhos da pesquisa e as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiências.

*Agradeço a professora **Silvia Maria Azevedo dos Santos**, por ter me ensinado a olhar para a população idosa e para a saúde mental de uma forma especial. Pelo apoio inicial a nós neste trabalho e por durante minha graduação me levar a expandir meus conhecimentos incentivando a participação no grupo de estudo sobre pessoas idosas (GESPI). Pela oportunidade de ser sua bolsista e desta forma conhecer pessoas maravilhosas voluntários da Associação Brasileira de Alzheimer de Santa Catarina (ABRAZ-SC), além dos familiares portadores de doença de Alzheimer que me ensinaram muito com suas vivências.*

*Agradeço também ao professor **Vilson Wronscki** do Departamento de Estatísticas da UFSC, por dispor seu tempo e nos orientar com muita paciência nos momentos de dificuldade nos dados estatísticos.*

Meus sinceros agradecimentos a todos os profissionais, amigos e familiares que foram presentes, e me apoiaram a concluir esta etapa da minha vida.

Fernanda Rosa de Oliveira Pires

É muito importante que o homem tenha ideais. Sem eles, não se vai à parte alguma. No entanto, é irrelevante alcança-los ou não. É apenas necessário mantê-los vivos e procurar atingi-los.

Dalai Lama

RESUMO

DEITOS, Bruna Garcia; PIRES, Fernanda Rosa de Oliveira. **Aspectos da (in)dependência funcional das pessoas dependentes adscritas a um Centro de Saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

O termo dependência está relacionado à necessidade de uma pessoa em receber ajuda de outra para realizar as atividades do dia-a-dia, que antes era capaz de desempenhar por si própria. A capacidade funcional dos indivíduos é determinada pelo contexto social onde as pessoas vivem. A incapacidade faz parte da condição humana, quase todas as pessoas irão ser temporária ou permanentemente dependentes em algum momento da vida; especialmente aquelas que alcançarem a velhice irão experimentar crescentes dificuldades funcionais. Porém cada indivíduo tem a sua resposta pessoal frente à deficiência, dependendo das questões abordadas anteriormente. O objetivo deste estudo foi investigar aspectos da independência funcional dos usuários dependentes adscritos a um centro de saúde do distrito continente em Florianópolis. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa, composto por trinta e três pessoas consideradas dependentes pelo Centro de Saúde. Os dados foram coletados no domicílio ocorreu entre abril e maio de 2012, através de um formulário com perguntas sócio demográficas e econômicas e pelo instrumento de avaliação da medida de independência funcional. A análise dos dados realizada foi descritiva univariada. Os dados foram organizados em formas de tabelas, gráficos, a fim de serem testados estatisticamente. Com aprovação do comitê de ética em pesquisa nº 23914. Na totalidade as pessoas pesquisadas, apresentaram maior nível de dependência no aspecto locomoção da medida de independência funcional. Pode-se concluir que a deficiência e a dependência estão correlacionadas, sendo importante a aplicação da Medida de Independência Funcional nos serviços de Atenção Primária à Saúde para o planejamento do cuidado às pessoas dependentes.

Palavras chave: Dependência; Atenção Primária à Saúde; Visita Domiciliar. Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde. Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT

The term dependence is related to the need for a person to receive help from another to perform the day-to-day, before he could play by itself. The functional capacity of individuals is determined by the social context where people live. Disability is part of the human condition, almost all people will be temporarily or permanently dependent at some point in life, especially those who reach old age will experience increased functional difficulties. But each individual has his personal response to the disability front, depending on the issues discussed earlier. The objective of this study was to investigate aspects of the functional independence of dependent users ascribed to a district health center in Florianopolis continent. This is an exploratory, descriptive, quantitative, consisting of thirty-three people considered dependent by the Center for Health Data were collected at home between April and May 2012, using a form with questions and sociodemographic and the economic instrument to assess the functional independence measure. Data analysis was performed univariate descriptive. The data were organized in forms of charts, graphs, to be tested statistically. With approval of the ethics committee in research No. 23914. In all people surveyed had a higher level of dependence on the aspect of mobility functional independence measure. It can be concluded that disability and dependency are correlated, it is important to the implementation of the Functional Independence Measure services in Primary Health Care for the planning of care for dependent persons.

Key words: Dependency; Primary Health Care; Home Visit; International Classification of Functioning, Disability and Health; Disabled Persons.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização das pessoas dependentes quanto aos aspectos sócio demográficos. Florianópolis (SC), 2012.	24
Tabela 2. Caracterização das pessoas dependentes quanto aos aspectos clínicos. Florianópolis (SC), 2012.....	26
Tabela 3. Caracterização das pessoas dependentes quanto as barreiras arquitetônicas observadas nos seus domicílios, Florianópolis (SC), 2012.....	29
Tabela 4. Caracterização das pessoas dependentes quanto aos facilitadores arquitetônicos observados em seus domicílios, Florianópolis (SC), 2012.....	29
Tabela 5. Caracterização dos cuidadores pessoas dependentes quanto aos aspectos sócio demográficos, Florianópolis (SC), 2012.....	30
Tabela 6. Caracterização das pessoas dependentes quanto a Medida de Independência Funcional, Florianópolis (SC), 2012.....	32
Tabela 7. Relação de deficiência e dependência de acordo com escore total da MIF motora, Florianópolis (SC), 2012.....	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Classificação dos níveis da avaliação na Medida de Independência Funcional.....	39
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS.....	10
2.1. Objetivo Geral	10
2.2. Objetivos específicos.....	10
3. HIPÓTESES.....	11
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
5. METODOLOGIA	20
5.1. Delineamento do Estudo	20
5.2. Local do estudo	20
5.3. População-alvo e amostra	21
5.4. Coleta dos dados	21
5.5. Organização e análise dos dados	22
5.6. Ética na pesquisa	22
5.7. Itinerário metodológico:	23
6. ANÁLISE E RESULTADOS.....	24
6.1 Resultados completos do Trabalho de Conclusão de Curso.....	24
6.2 Artigo Científico	34
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERENCIAS.....	56
APÊNDICES	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE 1: Instrumento para investigação de características de pessoas dependentes, com ênfase na independência funcional	60

APÊNDICE 2. Termo de consentimento livre e esclarecido	67
---	-----------

1. INTRODUÇÃO

Cada pessoa, em algum momento de sua vida, convive com alguma dificuldade, em maior ou menor grau, para realizar as atividades cotidianas. Estas atividades dizem respeito a questões práticas do dia a dia: alimentar-se, vestir-se, higienizar-se, locomover-se, e controlar as eliminações fisiológicas (MACHADO, 2010). Vulgarmente, esta dificuldade ou impossibilidade de exercício das atividades cotidianas é denominada de incapacidade, deficiência ou necessidades especiais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, a deficiência é descrita como anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo. Já a incapacidade é caracterizada como consequência da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional no desempenho das atividades cotidianas. Ela é resultante da interação entre a disfunção apresentada pela pessoa, à limitação de suas atividades, a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação social. As desvantagens refletem a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade (FARIAS e BUCHALLA, 2005; WHO, 2011).

Pessoas com incapacidade são de grupos heterogêneos, ou seja, diferentes em gênero, idade, raça, cultura e classe social. A capacidade funcional dos indivíduos (e seu inverso - incapacidade funcional) é determinada pelo contexto ambiental onde as pessoas vivem. Cada indivíduo tem a sua resposta pessoal frente à incapacidade (WHO, 2011).

A dependência funcional pode ser congênita ou adquirida podendo acometer qualquer pessoa. No entanto, sabe-se que com o expressivo aumento da expectativa de vida os idosos são hoje o segmento da população que possuem maior propensão para o desenvolvimento de dependência funcional na velhice avançada (WHO, 2011).

De acordo com a literatura o termo dependência está relacionado à fragilidade, sendo esta uma vulnerabilidade pessoal frente aos desafios do cotidiano. Está diretamente ligada à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual que podem ser causadas por doenças agudas ou crônicas que dificultam a

capacidade de adaptação. Na dependência o indivíduo necessita de ajuda de outra pessoa para realizar as atividades do seu dia-a-dia que antes era capaz de desempenhar por si próprio (ARAÚJO; PAÚL e MARTINS, 2011). A autonomia inclui ainda liberdade de escolha, de ação e autocontrole sobre a vida. Entretanto, algumas pessoas são capazes de se autogovernarem apenas em algumas áreas da sua vida, necessitando da ajuda de outros para demais áreas, situação que de acordo com a postura admitida pelo cuidador poderá afetar, ou não a autonomia do indivíduo (MACHADO, 2010; FIGUEIREDO, 2009).

Todas as pessoas dependentes possuem algum tipo de deficiência (física, intelectual, visual, auditiva ou múltipla). Em contrapartida, pessoas deficientes nem sempre são dependentes. Ou seja, muitas pessoas convivem com algum tipo de deficiência, porém desenvolvem suas atividades de maneira segura, sem alterações e em tempo razoável independente da ajuda de alguém (WHO, 2011). De acordo com a Medida de Independência Funcional - MIF, dependente é a pessoa que precisa de ajudante, na supervisão ou na assistência direta para a execução de tarefas, ou mesmo quando a tarefa não é executada (MACHADO, 2010)

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência - PNSPPD de 2008, em conformidade com a definição da OMS, considera deficiência toda perda ou anormalidade de uma estrutura e ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividades, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 2008a).

Entre os diversos tipos de deficiência, as que provocam limitações da capacidade funcional estão as que provocam alto impacto no desenvolvimento das atividades da vida diária, na possibilidade de autocuidado e na qualidade de vida das pessoas acometidas. Considerando que a maioria das famílias estendidas têm um membro com deficiência, e muitas pessoas não deficientes irão assumir a responsabilidade de apoiar e cuidar de seus parentes e amigos com deficiência, recaindo maior responsabilidade, geralmente, em algum membro da família, é necessário que seja fornecido apoio também a estes cuidadores (WHO, 2011).

A PNSPPD afirma que é de responsabilidade da rede de serviços a garantia da detecção de todos os tipos e graus de deficiência, incluindo atenção a pacientes com severo nível de dependência, bem como o conjunto de suas necessidades no

âmbito da saúde (BRASIL, 2008a). Esta rede de serviços inclui muitos programas públicos que precisam estar atuantes, como saúde, reabilitação, educação e formação e acesso ambiental. A OMS reforça a necessidade de pesquisas para entender melhor o funcionamento de redes de segurança para as pessoas com deficiência e suas famílias (WHO, 2011).

Conforme as orientações da política vigente no Brasil, a porta de entrada do usuário deverá ser a Unidade Básica de Saúde, que constituirá, portanto, o local por excelência do atendimento à pessoa portadora de deficiência, dada a sua proximidade geográfico e sócio cultural com a comunidade circundante. Para isso, há necessidade de que a Unidade Básica esteja apta para oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades de saúde do usuário (BRASIL, 2008b).

De acordo com as Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF, quando já instalada uma incapacidade funcional ou deficiência, será preciso também conhecer a prevalência nas comunidades, mapeando e analisando os casos existentes. Desta forma guiará a atuação multiprofissional podendo propiciar a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua inclusão social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2010a).

Devido à dificuldade de acesso a investigações epidemiológicas sobre dependência, neste estudo trabalhou-se com estatística sobre deficiência. De acordo com o último Relatório Mundial sobre Deficiência da OMS publicado em 2011, baseado em estimativas da população mundial de 2010 de 6,9 bilhões de pessoas, sendo destas 5,04 bilhões com 15 anos ou mais e 1,86 bilhões com menos de 15 anos, cerca de 975 (19,4%) milhões de pessoas de 15 anos ou mais vivem com deficiência. Destes, cerca de 190 (3,8%) milhões apresentam dificuldades significativas no funcionamento motor. Incluindo crianças, mais de um bilhão de pessoas (ou cerca de 15% da população mundial) foram estimadas que vivem com alguma deficiência (WHO, 2011).

No Brasil, o Censo 2010 identificou que 45,6 milhões de pessoas (23,9% da população) têm algum tipo de deficiência, desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar, até as graves lesões incapacitantes. Destas foram detectados, 35,7

milhões de pessoas com deficiência visual, 13,26 milhões de pessoas com deficiência motora, 9,7 milhões de pessoas com deficiência auditiva, 2,61 milhões de pessoas com deficiência mental (IBGE, 2010). É importante destacar que a proporção de pessoas portadoras de deficiência aumenta com a idade, passando de 4,3% nas crianças até 14 anos, para 54% do total das pessoas com idade superior a 65 anos. A medida que a estrutura da população está mais envelhecida, a proporção de pessoas com deficiência aumenta, surgindo um novo elenco de demandas para atender as necessidades específicas deste grupo (BRASIL, 2010b).

Atualmente, existem alguns instrumentos para o estudo da capacidade funcional, dentre eles estão: formulários para avaliar as Atividades da vida diária – AVDs e as Atividades instrumentais da vida diária - AIVDs como a escala de Lawton e de Katz, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF e a MIF.

A avaliação funcional baseada nas AVDs e AIVDs são métodos capazes de mostrar a aptidão da pessoa para desempenhar as atividades cotidianas ou verificar se necessita de ajuda parcial ou integral (BRASIL, 2007). As AVDs estão diretamente relacionadas com o autocuidado, como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, entre outros. As AIVDs são as habilidades para administrar o ambiente em que vive e inclui as seguintes ações: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte (COSTA; NAKATANI e BACHION, 2006). A partir de cinco categorias, a CIF analisa a saúde das pessoas através da funcionalidade, estrutura morfológica, participação na sociedade, atividades da vida diária e o ambiente social de cada indivíduo (BRASIL, 2008a).

Neste estudo, trabalhou-se com a escala MIF, que classifica a pessoa dependente quando necessita de ajuda de uma pessoa na supervisão ou assistência física para executar a tarefa, ou quando a tarefa não é executada, ou seja, quando necessita de ajudante (BENVEGNU et al., 2008; RIBERTO et al, 2004). Tem por objetivo avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandados por uma pessoa para a realização de tarefas motoras e cognitivas de vida diária (BARBETTA e ASSIS, 2008; BENVEGNU et al., 2008).

A importância de estudar o tema dependência deve-se ao fato de estarmos vivendo transformações importantes, consubstanciadas na transição demográfica, e no incremento da tecnologia médica que cada vez mais prolonga a vida humana, o que se evidencia pelo envelhecimento populacional e aumento do número de pessoas com deficiências adquiridas graves que sobreviveram de traumas e patologias. Além disso, vivenciamos também a transição epidemiológica, onde as principais causas de doenças migraram de infectocontagiosas para doenças crônico-degenerativas. Concomitantemente, o aumento da violência urbana, seja por acidentes automobilísticos ou por armas de fogo, são fatores em que são produzidas lesões que acarretam e levam a dependência temporária ou permanente. Desta forma, conhecer as causas morte e as doenças mais frequentes já não é o suficiente para o planejamento das ações em saúde (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

São escassas as investigações sobre o tema dependência funcional, especialmente aquelas voltada à enfermagem. A maioria dos estudos diz respeito à fisioterapia e educação escolar. Isso evidencia a importância dos achados deste estudo para os trabalhadores da saúde como um todo, com destaque ao profissional de enfermagem.

Sabe-se que para prestar o cuidado à pessoa de forma qualificada é necessário conhecer a respeito de quem se cuida e do que se cuida. Entendendo que a Enfermagem é a profissão que tem um conjunto de atribuições voltadas para o cuidado integral do indivíduo em situação de saúde e doença, justifica-se a importância da realização da pesquisa, contribuindo com a construção de conhecimento na Enfermagem voltada ao cuidado de qualidade as pessoas em situação de dependência (SCHOELLER et al., 2011).

Esforços de promoção da saúde dirigidas a pessoas com incapacidades podem ter um impacto substancial na melhoria de estilos de vida, aumentando a qualidade de vida e reduzindo os custos médicos (WHO, 2011).

Diante do exposto, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais os aspectos de (in)dependência funcional das pessoas consideradas dependentes pelos profissionais de saúde de um Centro de Saúde do distrito continente em Florianópolis?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Investigar aspectos da (in)dependência funcional dos usuários dependentes adscritos a um centro de saúde do distrito continente em Florianópolis.

2.2. Objetivos específicos

- a. Caracterizar as pessoas dependentes segundo idade, sexo, estado civil, educação, ocupação e causa da deficiência.
- b. Investigar as barreiras/facilidades arquitetônicas da moradia das pessoas com dependência;
- c. Investigar quem realiza as ações de cuidado da pessoa com dependência.
- d. Investigar onde as pessoas dependentes buscam assistência à saúde.

3. HIPÓTESES

- a. Dependência e deficiência estão correlacionadas. A pessoa dependente apresenta independentemente do grau ou do aspecto, alguma deficiência – física, intelectual, visual, auditiva ou múltipla. Em contrapartida, pessoas deficientes nem sempre são dependentes.
- b. Dependência e velhice estão juntas. O avanço da idade pode levar as pessoas a adquirir algumas limitações físicas, intelectuais que resultam em dependência.
- c. Os cuidados em saúde à pessoa com deficiência são prestados por um familiar. Se há um membro com deficiência, então, a maior responsabilidade de cuidado recai em algum membro da família.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A revisão de literatura tem papel fundamental no trabalho acadêmico, pois é através dela que inclui-se o trabalho dentro da grande área de pesquisa da qual faz parte, contextualizando-o. Ao citar uma série de estudos prévios que servirão como ponto de partida para a pesquisa, é possível aprofundar as discussões e ao final, ter uma boa avaliação da pesquisa (SANTOS, 2006).

Atualmente, em nosso país, estão sendo observadas mudanças nos padrões demográficos e epidemiológicos, onde antes predominavam doenças crônico-degenerativas, hoje prevalecem as doenças infecto-contagiosas (GASPAR et al., 2007).

Como o tema foco desse estudo é a dependência, buscou-se conhecer o que a literatura coloca sobre o assunto. Assim, verificou-se que a redução da capacidade funcional também pode ser um processo resultante do aumento da idade do indivíduo, podendo gerar dependência física (ARAÚJO e CEOLIM, 2007). As alterações normais do envelhecimento, tanto funcionais como psicológicas dependem diretamente do estilo de vida que leva ou levou o indivíduo e que colaboram para a autonomia (SILVA et al., 2006). Também pode estar ligada a mudanças na saúde que acabam dificultando ou impossibilitando a realização das AVDs e AIVDs. Por outro lado, a dependência pode não ser permanente, ela é um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados (CALDAS, 2003).

Segundo a OMS, a incapacidade faz parte da condição humana, quase todas as pessoas irão ser temporariamente ou permanentemente dependentes em algum momento da vida, principalmente os que alcançarem a velhice irão experimentar crescentes dificuldades funcionais (WHO, 2011).

Para melhor compreender a perda de funcionalidade e a dependência é preciso estudar alguns fenômenos que estão associados, os quais não estão representados apenas pelo envelhecimento da população, mas também pelas consequências do aumento da violência urbana. (GASPAR et al., 2007).

Atualmente, o expressivo aumento da violência urbana, expressão das desigualdades impostas pelo sistema capitalista em nosso país, acaba resultando

em morte prematura de pessoas jovens, principalmente de homens em idade produtiva. Os que sobrevivem aos acidentes por armas de fogo ou de trânsito, não raro apresentam mutilações ou deficiências físicas com limitações importantes (GASPAR et al., 2007).

Os conceitos de independência e dependência estão diretamente relacionados com a necessidade de algo ou alguém, sendo que estes dois termos podem estar presentes concomitantemente, ou seja, uma pessoa pode estar dependente funcionalmente, porém, ter sua independência financeira (NETTO, 2002 apud FREITAS et al., 2002). A falta de definição clara de "deficiência" ou "incapacidade" tem sido apontada como impedimento para a promoção de saúde de pessoas com deficiência (DI NUBILA, 2007).

Deficiência é complexa, dinâmica, multidimensional, e contestada: é o termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrição de participação social, referindo-se aos aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e fatores contextuais desse indivíduo (fatores ambientais e pessoais). O modelo médico e o modelo social são frequentemente apresentados como dicotômicos, mas a deficiência deve ser vista nem como puramente médica, nem como puramente social: pessoas com deficiência muitas vezes podem ocorrer problemas decorrentes da sua condição de saúde. Uma abordagem equilibrada é necessária, dando um peso adequado aos diferentes aspectos de deficiência (WHO, 2011).

A deficiência pode incidir na independência do indivíduo. Porém, a pessoa é capaz de acionar mecanismos de compensação para confrontar esses déficits, conseguindo conservar a sua independência e autonomia. A independência e a autonomia são termos que se complementam, porém não podem ser confundidos entre si. Desta forma, a independência significa desempenhar as atividades básicas e instrumentais de vida diária sem auxílio de terceiros, possibilitando uma vida independente na comunidade. A autonomia diz respeito ao exercício do autogoverno e abrange a liberdade para a tomada de decisões e o governo sobre suas ações. Ainda que geralmente as pessoas capazes de decidirem por si têm independência, esta não é uma condição indispensável para o exercício da autonomia (MACHADO, 2010).

A ideia de deficiência é frequentemente relacionada a limitações naquilo que se considera como habilidades básicas para a vida social. Não é fácil determinar quais são tais habilidades, muito embora grande parte das discussões acerca do tema as relacione à mobilidade, ao uso dos sentidos, à comunicação, à interação social e à cognição (DINIZ; SQUINCA e MEDEIROS, 2007).

A PNSPPD refere que a “pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BRASIL, 2008a).

De acordo com o Ministério da Saúde, o Decreto n.º 5.296/04, de 2/12/04, afirmado com a Lei n.º 10.690, de 16 de junho de 2003, considera a pessoa portadora de deficiência as pessoas que possuem limitações ou incapacidades para o desempenho de atividades, as quais se enquadram nas seguintes categorias: física, auditiva, visual, intelectual ou múltipla. São consideradas físicas aquelas que possuem alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. Alterações auditivas são consideradas: perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis ou mais. As visuais são consideradas aquelas onde há cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menos que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. As alterações mentais onde o funcionamento intelectual é inferior a média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades como a comunicação, cuidado pessoal, segurança e saúde, habilidades acadêmicas. E as alterações múltiplas que podem ser associadas de duas ou mais deficiências (BRASIL, 2008b).

Uma pessoa pode apresentar deficiência física, auditiva, visual, intelectual, ou múltipla. A deficiência pode ser percebida já no nascimento de uma criança, ou pode ser adquirida ao longo da vida da pessoa (BRASIL, 2010b).

De acordo com o Ministério da Saúde, as principais causas das deficiências são: os transtornos congênitos e perinatais, ocasionado por assistência inadequada às mulheres em fase reprodutiva; as doenças transmissíveis e crônicas não-

transmissíveis; as perturbações psiquiátricas; o abuso de álcool e de drogas; a desnutrição; e os traumas e as lesões, especialmente nos centros urbanos desenvolvidos, onde são observados os maiores índices de violências e de acidentes de trânsito (BRASIL, 2008a).

A PNSPPD define várias possibilidades de atuação junto a pessoa deficiente, que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenir agravos que determinam o aparecimento de deficiências. Suas principais diretrizes são: a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2010b).

De acordo com a OMS, a saúde pública organiza a prevenção as incapacidades como prevenção terciária, na qual as ações são voltadas para reduzir o impacto de uma doença já estabelecida, para restaurar a função e reduzir as doenças relacionadas com complicações (por exemplo, de reabilitação para crianças com disfunção músculo-esqueléticas). Porém esta prevenção deve ser considerada como uma estratégia multidimensional, que inclui a prevenção para desativar barreiras sociais, bem como prevenção e tratamento de problemas de saúde subjacentes (WHO, 2011).

Há dois focos principais a direcionar as ações em prevenção desenvolvidas no Sistema Único de Saúde – SUS , envolvendo toda a rede de atenção. As realizadas para intervir nos eventos que causam as deficiências e também aquelas realizadas para evitar a progressão de uma deficiência já estabelecida. No segundo foco, para evitar a progressão de uma deficiência já existente, as pessoas devem ser acompanhadas pelas equipes de Saúde da Família e, quando necessário, ser encaminhadas para os serviços de reabilitação do SUS (BRASIL, 2010a).

O processo de saúde-doença em pessoas com incapacidade é marcado pela prevalência de muitos problemas de saúde. Isto demanda diferenciados níveis de atenção a estas pessoas. Para quadros agudizados é necessário o atendimento

hospitalar, porém, para os casos estáveis, o acompanhamento pode ser realizado em domicílio por equipes de Atenção Primária. (COELHO e FILHO, 2000).

Em termos conceituais, cabe citar o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, da ONU, para o qual reabilitação significa:

“Um processo de duração limitada e com objetivo definido com vistas a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vistas a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo, ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais” (BRASIL, 2010a).

Toda pessoa que apresente redução funcional tem direito ao diagnóstico e a avaliação realizada por equipe multiprofissional (formada por alguns destes especialistas: médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, nutricionista e outros) (BRASIL, 2010b).

A assistência de Enfermagem na reabilitação tem como objetivo auxiliar a pessoa fragilizada a se tornar independente dentro das suas condições, promover e incentivar o autocuidado através de orientações e treinamento de situações, preparar o deficiente físico para uma vida social e familiar proporcionando uma melhor qualidade de vida (LEITE e FARO, 2005).

A reabilitação deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, valorizar o saber da comunidade e integrar-se a outros equipamentos presentes no território. Assim, é fundamental que os serviços de Unidades Básicas de Saúde, as equipes de Saúde da Família sejam fortalecidas para o cuidado da população e da pessoa com deficiência, e que tenham os conhecimentos necessários à realização de uma atenção resolutiva e de qualidade. Tendo em vistas à inclusão da pessoa com deficiência, se dá, também, por ações da comunidade, transformando os ambientes ao eliminar barreiras atitudinais e arquitetônicas que impedem a efetiva participação social das pessoas com deficiência. (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b). Em conformidade com o que o Ministério da Saúde para que a unidade básica de saúde constitua-se porta de entrada acessível a pessoa com deficiência é de fundamental importância que as unidades de saúde sejam modificadas e disponham de acesso físico, mobiliário e adaptações ambientais relacionadas à comunicação, adequadas às pessoas com deficiência. Igualmente é necessário que os profissionais que ali atuam sejam

sensibilizados e capacitados para acolher e cuidar das pessoas com deficiência. Tarefas a serem desempenhadas solidariamente pelos gestores do SUS nas três esferas do governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2009).

Um importante aporte à atenção a saúde de pessoas com deficiência foi em 2001, quando a Assembleia Mundial da Saúde, aprovou a CIF. Esta classificação trás uma mudança evolutiva nos significados teóricos e conceituais, filosóficos, políticos e metodológicos, de maneira que se possa levar em conta a capacidade funcional das pessoas com deficiência, ao invés de considerar somente a incapacidade, a doença ou a situação que causou a dependência. Ou seja, a CIF analisa a saúde dos indivíduos a partir de cinco categorias: funcionalidade, estrutura morfológica, participação na sociedade, atividades da vida diária e o ambiente social de cada indivíduo. Sendo assim, a deficiência passou a ser considerada como parte de uma condição de saúde, e não essencialmente a presença de uma doença ou que o indivíduo seja considerado doente (BRASIL, 2008a).

O objetivo pragmático da CIF é fornecer uma linguagem padronizada e um modelo para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde, permitindo a comparação de dados referentes a essas condições entre países, serviços e setores de atenção à saúde, bem como o acompanhamento da sua evolução no tempo. A CIF abrange todo o funcionamento humano e trata a deficiência como um contínuo, em vez de categorizar as pessoas com deficiência como um grupo separado: a deficiência é uma questão de mais ou menos, não sim ou não (WHO, 2011). Abordagem sobremaneira providencial para o cuidado integral de enfermagem aos indivíduos em situação de dependência, considerando-se tais componentes da CIF sujeito/corpo/funcionalidade/ambiente essenciais para minimização da dependência cotidiana de pessoas com limitações funcionais (FARIAS e BUCHALLA, 2005; MACHADO e FIGUEREDO, 2009).

Na área clínica, a CIF se propõe a servir de modelo de atendimento multidisciplinar, devendo servir para as várias equipes e os vários recursos de que dispõem os serviços, tais como enfermeiro, médico, psicólogo, terapeuta, assistente social, entre outros profissionais. Uma das vantagens apontadas para a adoção do modelo é a possibilidade de uniformização de conceitos e, portanto, da utilização de uma linguagem-padrão que permita a comunicação entre pesquisadores, gestores,

profissionais de saúde, organizações da sociedade civil e usuários em geral. A diversidade de recursos se traduz na dificuldade de uso completo dela. Assim, como proposta de solução para facilitar sua aplicação, têm sido criados instrumentos que resumem a classificação. (FARIAS e BUCHALLA, 2005; MACHADO e FIGUEREDO, 2009).

Em relação à avaliação da capacidade funcional, em 1984 foi desenvolvida uma escala para a avaliação da capacidade funcional chamada de MIF. A qual é amplamente utilizada e aceita como medida internacional de avaliação funcional, fazendo parte do Sistema Uniforme de Dados para Reabilitação Médica (UDSMR) (LOPES, 2008). Este instrumento foi validado no Brasil em 2000 por Riberto et al (2004), demonstrando boa equivalência cultural e boa reprodutibilidade (BARBETTA e ASSIS, 2008). A escala MIF classifica a pessoa dependente quando necessita de ajuda de uma pessoa na supervisão ou assistência física para a pessoa executar a tarefa, ou quando a tarefa não é executada, ou seja, quando necessita de ajudante (BENVEGNU et al., 2008; RIBERTO et al., 2004).

O objetivo principal da MIF é avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandados por uma pessoa para a realização de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Cada um dos 18 itens são avaliados e recebem uma pontuação que parte de 1 (dependência total) a 7 (independência completa), assim a pontuação total varia de 18 a 126 . Esses itens avaliam atividades de autocuidado (comer, aprontar-se, banhar-se, vestir a parte superior do tronco, vestir a parte inferior do corpo e toalete); transferências ou mobilidade (cama/ cadeira/ cadeira de rodas, vaso sanitário, banheira/ chuveiro); locomoção (cadeira de rodas/marcha e subir escadas); controle esfinteriano (bexiga e intestino); comunicação (compreensão e expressão) e cognição social (interação social, resolução de problemas e memória) (BARBETTA e ASSIS, 2008; BENVEGNU et al., 2008). A classificação de uma atividade em termos de dependência ou independência é baseada na necessidade de ser assistido ou não por outra pessoa e, se a ajuda é necessária, em qual proporção (BENVEGNU et al., 2008; RIBEIRO et al., 2004).

Dentre os trabalhadores da saúde, destaca-se o enfermeiro. Por sua vez, este possui formação generalista que o capacita a atuar na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, tanto dos indivíduos, como da família e/ou

comunidade. Além disso, em sua prática profissional, procura cumprir os princípios das políticas públicas de saúde, respeitando os valores e direitos humanos (COFEN, 2007). Essa perspectiva corrobora exatamente com as demandas e aptidões necessárias aos profissionais de saúde que atuam com pessoas com deficiência (REBOUÇAS, 2011; BRASIL, 2010b).

No referente aos cuidados e assistência de enfermagem às pessoas com deficiência, enumeram-se atividades relacionadas ao autocuidado, tais como: higiene, nutrição, eliminação, atividades de vida diária associadas ao lar, cuidados à criança, dentre outras. Além disso, são diversas as possibilidades de atividades de educação e promoção da saúde junto com esta clientela, nas mais variadas temáticas, com vistas a ser de extrema importância que o pessoa/família seja informado para que todas as dúvidas sejam realmente esclarecidas e que sintam segurança e, principalmente, confiança em si mesmos e motivados a buscar a independência (REBOUÇAS et al., 2011).

5. METODOLOGIA

5.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa que foi desenvolvido junto às pessoas dependentes adscritas a um Centro de Saúde (CS) de um Distrito Sanitário do Município de Florianópolis.

Estudos quantitativos caracterizam-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio padrão, às mais complexas como coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outros. (MARCONI e LAKATOS, 2007). Visa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las medindo relações entre variáveis por associação e obter informações sobre determinada população (SILVA e MENEZES, 2001).

De acordo com Ponte et al (2007), os termos descritiva, descrição e descrever referem-se ao fato de esse tipo de pesquisa apoiar-se na estatística descritiva para definir a população (mediante amostra probabilística) ou do fenômeno, ou relacionar variáveis. No presente estudo utilizou-se tais abordagens afim de observar e descrever características das pessoas dependentes adscritas ao CS com ênfase na medida de independência funcional.

5.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido junto às pessoas dependentes adscritas a um Centro de Saúde de um Distrito Sanitário do Município de Florianópolis. O CS dá cobertura a um total de aproximadamente 7.919 habitantes segundo o censo demográfico (IBGE 2010). A taxa de prevalência de idosos no bairro é de 17,4% do total de habitantes (IBGE, 2010), o que é relevante pelo aumento da expectativa de vida desta faixa etária normalmente resultando em prevalência das doenças crônico-degenerativas e conseqüentemente um maior grau de dependência.

5.3. População-alvo e amostra

A população alvo foi composta pelas pessoas com diagnóstico de dependência dado pelo Centro de Saúde a que são adscritos. Os mesmos foram localizados através da lista de visita domiciliar preenchida pela equipe de saúde da unidade referida. A amostra correspondeu à totalidade das pessoas listadas como dependentes pela equipe de saúde do Centro de Saúde.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser residente da área de abrangência do Centro de Saúde; estar na lista de visita domiciliar deste centro ou ser indicado pelos profissionais da equipe. No caso de pessoas com dificuldade de comunicação por deficiência auditiva foi determinado que o formulário seria preenchido com base em dados fornecidos pelo cuidador.

Os critérios de exclusão foram: estar impossibilitado de responder às questões do formulário por barreira cognitiva; não conseguir localizar a pessoa após três tentativas de contato, ser menor de dezoito anos.

5.4. Coleta dos dados

A coleta de dados realizou-se em domicílio das pessoas dependentes, pelas autoras pesquisadoras previamente treinadas¹ e com os procedimentos padronizados.

O instrumento de coleta de dados foi composto por um formulário com perguntas fechadas, contendo as seguintes informações: dados de identificação; dados relacionados às causas da dependência; dados sócio econômicos e ambientais; barreiras e facilitadores arquitetônicos; dados do cuidador; MIF (com as categorias auto cuidado, controle dos esfíncteres, mobilidade e locomoção). Para a

¹ As pesquisadoras estudaram o instrumento da MIF, procuraram explicações de um professor certificado para a utilização deste instrumento, elaboraram as perguntas que seriam feitas em cada tarefa investigada, aplicaram o instrumento individualmente numa mesma pessoa e conferiram as respostas a fim de obter um resultado padrão.

observação foram elencados no formulário os itens pertinentes, conforme constante no (Apêndice 1).

O formulário foi testado previamente, com pessoas que não fizeram parte da população desta pesquisa para evitar a contaminação dos dados e garantir eficácia na sua aplicabilidade. Não foi necessária reformulação do instrumento após aplicação do teste piloto.

5.5. Organização e análise dos dados

Os dados foram classificados de forma sistemática, passando pelo processo de seleção, codificação e tabulação. A finalidade de selecionar os dados serve para impedir informações confusas, distorcidas, incompletas. A seleção cuidadosa pode evitar tanto o excesso quanto a falta de informações. Os dados foram organizados em formas de tabelas, gráficos, a fim de serem testados estatisticamente. Após foram dispostos em planilhas do Excel 2003, e importados para o programa SEstatNet – Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (Ensino e Aprendizagem de Estatística na Web) para o tratamento e análise dos mesmos, afim de diminuir as margens de erros.

A análise realizada foi descritiva univariada. Realizou-se de igual modo relações dos dados obtidos com os objetivos e hipóteses formuladas com a finalidade de serem comprovadas ou refutadas.

5.6. Ética na pesquisa

O preceito da norma 196/96 foi respeitado, e a coleta dos dados iniciou-se após as pessoas da lista de visita domiciliar e seus cuidadores serem informados sobre os objetivos do trabalho e solicitados a manifestar sua concordância com a assinatura de Termo de Consentimento, Livre e Esclarecido (Apêndice 2), conforme as Normas Bioéticas de Pesquisa em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. O Trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa nº 23914.

5.7. Itinerário metodológico:

1. Aplicação formulário piloto (04 pessoas)
2. Análise e modificações;
3. Investigação no Centro de saúde dos usuários dependentes adscritos;
4. Contato com os agentes comunitários preparação da visita;
5. Contato telefônico com as pessoas dependentes;
6. Visita domiciliar;
7. Aplicação do instrumento;
8. Organização e análise dos dados
9. Relatório final

6. ANÁLISE E RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados, inicialmente, os resultados completos da pesquisa e, em seguida, um artigo científico da pesquisa de campo, no qual serão apresentadas questões referentes aos aspectos da independência funcional de pessoas dependentes adscritas a um Centro de Saúde.

6.1 Resultados completos do Trabalho de Conclusão de Curso.

A população investigada foi caracterizada de acordo com os aspectos sócio demográficos (idade, sexo, estado civil, renda, educação e ocupação), os aspectos clínicos (principais diagnósticos, causas da dependência e tipos de deficiência e a Medida de Independência Funcional). Foi identificado também a questão da presença de um cuidador, caracterizando o sexo, idade e grau de parentesco deste com a pessoa dependente.

Aspectos sócio-demográficos

Neste estudo foram avaliadas trinta e três pessoas, sendo 55% mulheres. A média de idade entre os participantes foi de 70 anos, sendo que a mínima foi de 29 anos e a máxima de 89 anos, aproximadamente 82% idosos, ou seja acima de 60 anos, sendo 70% deles aposentados. O estado civil mais prevalente foi o casado (45%). O nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental incompleto (n=12, 36%). Das 33 pessoas entrevistadas 100% delas afirmaram ter religião, destas a maioria diziam de religião católica (n=27, 82%). Em relação à propriedade do imóvel 91% eram próprios. A renda familiar média mensal é de 2 a 4 salários mínimos para 58% dos pesquisados. (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização das pessoas dependentes quanto aos aspectos sócio demográficos. Florianópolis (SC), 2012.

Variáveis	Pessoas dependentes (n=33)
Gênero	Feminino = 18 (55%)

	Masculino = 15 (45%)
Faixa Etária	Até 59 anos = 6 (18%)
	Entre 60 e 79 anos = 18 (55%)
	Maior de 80 anos = 9 (27%)
Estado civil	Casado = 15 (46%)
	Viúvo = 14 (42%)
	Solteiro = 4 (12%)
Religião	Católica= 27 (82%)
	Evangélica= 4 (12%)
	Espírita= 2 (6%)
Escolaridade	Analfabeto = 2 (6%)
	Fundamental incompleto = 14 (43%)
	Fundamental completo = 2 (6%)
	Médio completo = 10 (30%)
	Médio incompleto = 4 (12%)
	Superior incompleto = 1 (3%)
Ocupação	Aposentado = 23 (70%)
	Pensionista = 9 (27%)
	Autônomo = 1 (3%)
Renda média familiar	Até dois salários mínimos = 9 (27%)
	De dois a quatro salários mínimos = 19 (58%)
	De quatro a dez salários mínimos = 5 (15%)
Propriedade do imóvel	Próprio = 30 (91%)
	Alugado = 2 (6%)

Cedido = 1 (3%)

Fonte: Formulário.

Aspectos clínicos

Com relação às características clínicas, os diagnósticos referidos pelas pessoas entrevistadas mais prevalentes foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (n=28, 85%), Diabete Mellitus (n=18, 54%) e Acidente Vascular Encefálico (n=13, 39%). Destas, estavam presentes nas seguintes associações: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica (n=11, 33%). Acidentes Vascular Encefálico, Diabete Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica totalizaram (n=6, 18%). Acidente Vascular Encefálico e Hipertensão Arterial Sistêmica (n=5, 15%).

Neste estudo 85% das pessoas referiram como causa de deficiência principalmente as “Doenças Crônicas não Transmissíveis”, dentre elas: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Acidente Vascular Encefálico, Obesidade, Dislipidemia e Câncer. O tipo de deficiência encontrado na maioria dos casos foi Paresia (n= 28, 85%). Ou seja, uma deficiência que foi adquirida ao longo da vida em decorrência do processo de envelhecimento.

Ao analisar as comorbidades foram referidas 19 comorbidades diferentes. Destaca-se aqui as mais prevalentes: diminuição da acuidade visual (n=20, 25%), Hipertensão Arterial Sistêmica (n=14, 17%) e dor crônica (n=7, 9%). Sobre a hospitalização no último ano 13 pessoas estiveram internadas com média de 26 dias de internação.

Considerando a questão medicamentosa, foram encontradas 47 classes. Dentre elas, observamos que 70% dos pacientes faziam uso de anti-hipertensivo e 42% medicavam-se com analgésicos e diuréticos. Para melhor leitura estatística selecionamos cinco das mais prevalentes classes para analisarmos (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização das pessoas dependentes quanto aos aspectos clínicos. Florianópolis (SC), 2012.

Variáveis	Pessoas dependentes (n=33)
-----------	----------------------------

Diagnósticos	Hipertensão = 28 (85%)
	Diabetes Mellitus = 18 (54%)
	Acidente Vascular Encefálico = 13 (39%)
	Osteoporose= 10 (33%)
	Artrose= 8 (24%)
	Obesidade = 6 (18%)
Causas da deficiência	Queda= 2 (6%)
	Doença crônica não transmissível = 28 (85%)
	Trauma por acidente de trânsito = 1 (3%)
	Doença congênita = 1 (3%)
	Outros = 1 (3%)
Tipo de deficiência	Paresia = 28 (85%)
	Baixa visão = 4 (12%)
	Hemiplegia = 3 (9%)
	Amputação de membros inferiores = 2 (6%)
	Tetraplegia = 2 (6%)
	Paraplegia = 1 (3%)
Comorbidades	Diminuição da acuidade visual = 20 (25%)
	Hipertensão Arterial Sistêmica= 14 (17%)
	Dor crônica= 7 (9%)
	Dor neuropática= 6 (7%)
	Retinopátia diabética= 4 (5%)
	Dislalia= 4 (5%)
Medicações	Anti-hipertensivos = 23 (70%)
	Diuréticos = 14 (42%)

Analgésicos = 14 (42%)

Antipênicos = 10 (30%)

Hipoglicemiantes oral = 10 (30%)

Fonte: Formulário.

Aspectos facilitadores e barreiras

No que diz respeito cuidados com a saúde 42% dos participantes utilizavam, além do SUS, planos privado de saúde. Dos serviços de saúde utilizados 100% referiu o centro de saúde, 10 pessoas (30%) não referiram ter nenhuma outra rede de apoio além do centro de saúde, 14 (42%) citaram apenas um serviço de saúde utilizado, 7 (21%) referiram dois serviços de saúde e somente 2 (6%) utilizavam três serviços de saúde além do centro de saúde. Desses os mais utilizados são consultas particulares (n=15, 44%), ambulatório hospitalar (n=10, 29%), fisioterapia (n=5, 15%), clínicas reabilitação (n=2, 5%) e associações (n=2, 5%).

Dos recursos assistivos, utilizados, dentre eles estão as órteses e as próteses como andador, aparelho auditivo, cadeira de rodas, adaptador de mãos, óculos, muletas, cadeira de banho, bengala, entre outros. 4 pessoas (12%) não usam ou não têm acesso a nenhum recurso assistivo, enquanto 9 pessoas (27%) tem apenas um, 8 pessoas (24%) tem dois recursos assistivos, 9 pessoas (27%) tem três, 2 (6%) tem quatro, e somente 1 pessoa (3%) utiliza cinco recursos assistivos. Foram citados dez recursos assistivos diferentes, desses os mais utilizados são óculos (n=19, 29%), cadeira de banho (n=14, 22%), cadeira de rodas (n=10, 15%) e bengala (n=9, 14 %).

Nos domicílios visitados foram observadas treze tipos de barreiras arquitetônicas diferentes, chegando a se perceber até sete diferentes barreiras num mesmo domicílio. A frequência de aparecimento destas barreiras foi de 2 domicílios (6%) com nenhuma barreira, 5 (15%) com apenas uma barreira, 9 (27%) com duas barreiras, 5 (15%) com três barreiras, 4 (12%) com quatro barreiras, 5 (15%) com cinco barreiras e 1 (3%) com sete barreiras arquitetônicas que dificultam a independência na população estudada. Destas as mais frequentes foram as escadas de acesso externo (n=27, 31%), piso escorregadio e banheiro não adaptado (n= 13,

15%), escadas de acesso interno (n=8, 9%) e cômodos pequenos (n=6, 7%). (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização das pessoas dependentes quanto as barreiras arquitetônicas observadas nos seus domicílios, Florianópolis (SC), 2012.

Categoria	Frequência	Percentual
Banheiro não adaptado	13	15%
Cômodos pequenos	6	7%
Disposição da mobília	4	5%
Escada acesso externo	27	31%
Escada acesso interno	8	9%
Piso escorregadio	13	15%
Porta estreita	5	6%

Fonte: Formulário.

Por outro lado também foram observados nas residências os facilitadores arquitetônicos que foram instalados pelas famílias a fim de melhorar a vida das pessoas dependentes. Em 7 (21%) dessas residências não foram observados nenhum recurso facilitador arquitetônico. Com apenas um facilitador arquitetônico foi observado 10 (30%) das residências, 8 (28%) com dois facilitadores, 3 (9%) com três, 4 (12%) com quatro e apenas uma (3%) residência com seis facilitadores arquitetônicos instalados. Destes destacamos as barras de apoio nos banheiros (n=14, 25%), iluminação nos corredores (n= 10, 18%) e cama especial (n=7, 12%) dentre outras conforme tabela abaixo. (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização das pessoas dependentes quanto aos facilitadores arquitetônicos observados em seus domicílios, Florianópolis (SC), 2012

Categoria	Frequência	Percentual
Barra de apoio no banheiro	14	25%

Barra de apoio corredor	4	7%
Cama especial	7	12%
Disposição da mobília	5	9%
Iluminação corredores	10	18%
Porta alargada	3	5%
Tapete antiderrapante	3	5%
Vaso adaptado	3	5%

Fonte: Formulário.

No que diz respeito à presença de cuidadores referidos pelas pessoas dependentes participantes deste estudo obtivemos que a maioria delas identificou a presença de cuidadores para supervisionar ou auxiliar nas suas atividades cotidianas (n=30, 91%), no entanto três pessoas relataram não haver ninguém disponível para realizar esta tarefa.

Dos cuidadores referidos, 77% eram do sexo feminino e 23% do sexo masculino. A média de idade foi 58 anos \pm 12,86, variando entre 30 e 79 anos, sendo a faixa etária mais prevalente entre 60 e 79 anos (n=14, 47%). Quanto ao grau de escolaridade prevaleceu o ensino médio completo ou incompleto (n=14, 47%). Quanto ao grau de parentesco destacou-se o cuidado prestados pelos filhos (n=13, 44%), seguido pelos cônjuges (n=12, 40%) (Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização dos cuidadores pessoas dependentes quanto aos aspectos sócio demográficos, Florianópolis (SC), 2012.

	Categoria	Frequência	Percentual
Sexo	Feminino	23	77%
	Masculino	7	23%
Faixa etária	Entre 30 a 49 anos	7	23%
	Entre 50 a 60 anos	9	30%
	Maiores de 60 anos	14	47%

Grau de escolaridade	Alfabetizados	7	23%
	Fundamental completo ou incompleto	9	30%
	Médio completo ou incompleto	14	47%
Grau de parentesco com pessoa dependente	Irmão	3	10%
	Cônjuge	12	40%
	Filho	13	44%
	Outros	2	7%

Fonte: Formulário.

Aspectos da independência funcional

Das 33 pessoas participantes deste estudo 51% (n=17) apresentaram dependência moderada na categoria alimentação, necessitando de supervisão ou preparo para conseguir se alimentar. Para as categorias higiene pessoal e banho os escores que variam entre 6 e 7 (57% e 51%), respectivamente, do total de participantes, demonstraram a independência destes, ainda que modificada para a realização destas tarefas. Por outro lado, 18% das pessoas necessitam de assistência total para o banho, resultando em uma média de $4,15 \pm 2,06$ para esta categoria. Nas tarefas vestir tronco superior e vestir tronco inferior, percebe-se a independência modificada em 21% e 33% respectivamente da população investigada. No entanto, as médias destas tarefas variaram entre $4,09 \pm 2,15$ e $4,36 \pm 2,04$, ou seja, a média aponta para dependência. O resultado foi influenciado pela dependência grave de 8% da população em vestir tronco superior e 12% para vestir tronco inferior. No que se refere aos cuidados na higiene íntima, 27% são considerados independentes na realização desta tarefa, em contrapartida, 18% necessitam de assistência total. Sendo assim, a média total para os cuidados pessoais foi $4,53 \pm 2,34$ o que caracterizando dependência moderada com assistência mínima.

Quanto a categoria de controle dos esfíncteres, observa-se uma maior dependência para o controle vesical do que para o controle intestinal na população estudada, 61% no controle da urina e 39% para o controle das fezes.

Na categoria transferência, para todas as tarefas observadas, destaca-se que mais de 45% dos participantes classificaram-se como independentes modificados. Em contrapartida, na categoria locomoção, para as tarefas andar ou andar de cadeira de rodas, 64% das pessoas são dependentes moderadas. Já na tarefa de subir ou descer escadas, 42% das pessoas necessitam de assistência total para a executarem. A média total da MIF motora neste estudo foi de $57,42 \pm 22,65$ (Tabela 6).

Tabela 6. Caracterização das pessoas dependentes quanto a Medida de Independência Funcional, Florianópolis (SC), 2012.

Tarefa	1	2	3	4	5	6	7	Média por Tarefa
CUIDADOS PESSOAS								
Alimentação	4	0	1	1	17	7	3	4,81
Higiene Pessoal	3	2	2	2	5	8	11	5,18
Banho	6	4	2	2	7	10	2	4,15
Vestir tronco superior	3	5	5	3	4	7	6	4,36
Vestir tronco inferior	5	7	2	2	3	11	3	4,09
Higiene íntima	6	4	1	3	2	8	9	4,59
CONTROLE ESFINCTERIANO								
Controle vesical	5	5	2	3	5	6	7	4,33
Controle intestinal	3	3	1	1	5	9	11	5,21

TRASFERÊNCIA

Cama/cadeira/cadeira de rodas	4	4	0	4	1	18	2	4,69
Vaso sanitário	4	3	1	1	3	17	4	4,90
Banho/chuveiro/banheira	4	3	3	1	5	15	2	4,60

LOCOMOÇÃO

Andar/ cadeira de rodas	4	3	6	7	8	5	0	3,81
Escadas	14	5	3	3	2	6	0	2,75

MEDIA TOTAL MIF MOTORA

57,42

Fonte: Formulário.

De todas as pessoas participantes desta pesquisa 100% delas foram consideradas deficientes em algum aspecto, sendo que 70% destas eram dependentes de acordo com a pontuação total da MIF motora (TABELA 4).

Tabela 7. Relação de deficiência e dependência de acordo com escore total da MIF motora, Florianópolis (SC), 2012

	Deficiente	Dependente	Independente/independente modificado
Frequência	33	23	10
Percentual	100 %	70%	30%

Fonte: Formulário.

6.2 Artigo Científico

ASPECTOS DA (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PESSOAS ADSCRITAS A UM CENTRO DE SAÚDE

Bruna Garcia Deitos
Fernanda Rosa de Oliveira Pires
Soraia Dornelles Schoeller
Silvia Maria Azevedo dos Santos

RESUMO

Objetivo: Investigar aspectos da independência funcional dos usuários dependentes adscritos a um centro de saúde do distrito continente em Florianópolis. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa do tipo descritiva, realizado no período de março a junho de 2012. A amostra correspondeu à totalidade das pessoas localizadas e listadas como dependentes através da lista de visita domiciliar, totalizando 33. Os dados foram coletados no domicílio através de um formulário com perguntas sócio-demográficas e econômicas e pela verificação da medida de independência funcional. A análise dos dados realizada foi descritiva univariada. Os dados foram organizados em formas de tabelas, gráficos, a fim de serem testados estatisticamente. Com aprovação do comitê de ética em pesquisa nº 23914. **Resultados:** A população é predominantemente feminina (55%), na faixa etária entre 60 e 79 anos. Na totalidade as pessoas foram consideradas deficientes - parestia, apresentando maior nível de dependência no fator locomoção da medida de independência funcional. **Conclusão:** Deficiência e a dependência estão correlacionadas, sendo importante a aplicação da Medida de Independência Funcional nos serviços de Atenção Primária a Saúde para o planejamento do cuidado às pessoas dependentes.

Palavras chave: Dependência; Atenção Primária à Saúde; Visita Domiciliar. Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde. Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT

The functional capacity of individuals is determined by the social context where people live and respect the independence to carry out simple daily tasks. Disability is part of the human condition, almost all people will be temporarily or permanently dependent at some point in life, especially those who achieve old age will experience increased functional difficulties, however, each individual has his personal response against the disabled. **Objective:** To investigate aspects of the functional independence of dependent users ascribed to a district health center in Florianopolis continent. **Method:** This is a cross-sectional study, a quantitative approach descriptive, conducted between March to June 2012. The sample matched the total number of persons located and listed as dependents through the list of home visits,

totaling 33. Data were collected at home using a form with questions socio-demographic and economic and verification of functional independence measure. Data analysis was performed univariate descriptive. The data were organized in forms of charts, graphs, to be tested statistically. With approval of the ethics committee in research No. 23914. **Results:** The population is predominantly female (55%), aged between 60 and 79 years. On the whole people have been found wanting - paresis, showing higher level of dependence in factor mobility of functional independence measure. **Conclusion:** Disability and dependence are correlated being it is important to the implementation of the Functional Independence Measure services in Primary Health Care for the planning of care for dependent persons.

Key words: Dependency; Primary Health Care; Home Visit; International Classification of Functioning, Disability and Health; Disabled Persons.

INTRODUÇÃO

A experiência com a incapacidade resulta da interação de condições de saúde, fatores pessoais e ambientais (sociais e culturais). Segundo a OMS, a incapacidade é um termo utilizado para deficiências, limitações e restrições para participar de certas atividades. Pessoas com incapacidade são de grupos heterogêneos, diferentes em gênero, idade, raça, cultura e classe social. A capacidade funcional dos indivíduos (e seu inverso - incapacidade funcional) é determinada pelo contexto ambiental onde as pessoas vivem. Cada indivíduo tem a sua resposta pessoal frente à incapacidade (WHO, 2011). A redução da capacidade funcional também pode ser um processo resultante do aumento da idade do indivíduo, podendo gerar dependência física (ARAÚJO e CEOLIM, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a incapacidade faz parte da condição humana, e quase todas as pessoas serão, temporária ou permanentemente, dependentes em algum momento da vida. Principalmente, os que alcançarem a velhice irão experimentar crescentes dificuldades funcionais (WHO, 2011).

O termo dependência está relacionado à fragilidade, sendo esta uma vulnerabilidade pessoal frente aos desafios do cotidiano. Está diretamente ligado à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual que podem ser causadas por doenças agudas ou crônicas que dificultam a capacidade de adaptação. Na dependência o indivíduo necessita de ajuda de outra pessoa para realizar as

atividades do seu dia-a-dia que antes era capaz de desempenhar por si próprio (ARAÚJO; PAÚL e MARTINS, 2011).

A ideia de deficiência é frequentemente relacionada a limitações naquilo que se considera como habilidades básicas para a vida. Não é fácil determinar quais são tais habilidades, muito embora grande parte das discussões acerca do tema as relacione à mobilidade, ao uso dos sentidos, à comunicação, à interação social e à cognição (DINIZ; SQUINCA e MEDEIROS, 2007).

Entre os diversos tipos de deficiência, as que provocam limitações da capacidade funcional estão as que provocam alto impacto no desenvolvimento das atividades da vida diária, na possibilidade de autocuidado e na qualidade de vida das pessoas acometidas (WHO, 2011).

No que tange a deficiência, o Ministério da Saúde, com o Decreto n.º 5.296/04, de 2/12/04 considera a pessoa portadora de deficiência, quem possui limitações ou incapacidades para o desempenho de atividades, as quais se enquadram nas seguintes categorias: física, auditiva, visual, mental ou múltipla. Já no que se refere à dependência pode-se dizer sobre a pessoa que necessita de ajudante, na supervisão ou na assistência direta para a execução de tarefas, ou mesmo quando a tarefa não é executada (MACHADO, 2010).

A (in)dependência foi avaliada pela Medida de Independência Funcional (MIF), sendo este, um instrumento preciso e atual, que serve para mensurar capacidade funcional. Mensura o que o indivíduo com incapacidade consegue realizar e não aquilo que deveria ou poderia fazer em ocasiões distintas (BENVEGNU et al., 2008). A MIF é um instrumento que não apresenta restrições e é aplicável em todos os casos em diversos países. A MIF foi desenvolvida em 1980 na América do Norte para avaliar pessoas com incapacidades funcionais. A versão brasileira de MIF foi desenvolvida em 2000 por uma equipe por equipe médica bilíngue a qual conhecia o instrumento, realizando testes de reprodutibilidade e confiabilidade (RIBERTO et al., 2004). É uma escala de sete níveis que representam os graus de funcionalidade, variando da independência total à dependência com assistência máxima. A classificação de uma atividade em termos de dependência ou independência é fundamentada na necessidade de ser auxiliado ou não por outra pessoa e, se a ajuda é necessária, em qual proporção (BENVEGNU et al. 2008).

Sabe-se que para prestar o cuidado à pessoa de forma qualificada é necessário conhecer a respeito de quem se cuida e do que se cuida. Entendendo que a Enfermagem é a profissão que tem um conjunto de atribuições voltadas para o cuidado integral do indivíduo em situação de saúde e doença. Logo, justifica-se a importância da realização da pesquisa, contribuindo com a construção de conhecimento na Enfermagem voltada ao cuidado de qualidade às pessoas em situação de dependência (SCHOELLER et al., 2011).

Este estudo teve como objetivo Investigar aspectos da (in)dependência funcional dos usuários dependentes adscritos a um centro de saúde do distrito continente em Florianópolis.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa que foi desenvolvido junto às pessoas dependentes adscritas a um Centro de Saúde de um Distrito Sanitário do Município de Florianópolis.

A população alvo foi composta pelas pessoas com diagnóstico de dependência dado pelo Centro de Saúde a que são adscritos a qual totalizou cinquenta e cinco pessoas. Os mesmos foram localizados através da lista de visita domiciliar preenchida pelos agentes comunitários de saúde da unidade referida, além de informações fornecidas pela equipe de saúde.

A amostra foi composta por trinta e três pessoas, admitidas segundo os seguintes critérios de inclusão: ser residente da área de abrangência do Centro de Saúde; estar na lista de visita domiciliar deste centro ou ser indicado pelos profissionais da equipe. No caso de pessoas com dificuldade de comunicação por deficiência auditiva foi determinado que o formulário seria preenchido com base em dados fornecidos pelo cuidador. Os critérios de exclusão foram: estar impossibilitado de responder às questões do formulário por barreira cognitiva (treze pessoas); não conseguir localizar a pessoa após três tentativas de contato (cinco pessoas), não possuir mais de dezoito anos.

A coleta de dados foi realizada no domicílio das pessoas dependentes, pelas autoras pesquisadoras. Previamente as autoras estudaram a aplicação do

instrumento, sendo treinadas por um professor certificado na aplicação da MIF, as perguntas foram padronizadas de forma a serem feitas igualmente para cada tarefa investigada e ainda aplicaram o formulário numa mesma pessoa individualmente e então compararam as respostas até obterem o mesmo resultado. O preceito da norma 196/96 foi respeitado, e a coleta dos dados iniciou-se após as pessoas com dependência e seus cuidadores serem informados sobre os objetivos do trabalho e solicitados a manifestar sua concordância com a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as Normas Bioéticas de Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. O artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa nº 23914.

O instrumento de coleta de dados foi composto por um formulário com perguntas fechadas, contendo as seguintes informações: dados de identificação; dados relacionados às causas da dependência; dados sócio econômicos e ambientais; barreiras e facilitadores arquitetônicos; dados do cuidador. Com o objetivo de avaliar a independência funcional, foi empregado a medida de independência funcional (MIF). A MIF é um instrumento composto por dezoito itens que avaliam seis diferentes áreas, compreendendo itens motores e cognitivos, e um sistema de graduação da resposta do paciente que pode variar de 01 a 07 pontos. A pontuação de 07 em determinado item indica que o paciente é totalmente independente para a atividade, sem necessidade de auxílio ou medicação. Já a pontuação 01 indica total dependência do paciente para desempenhar grande parte da tarefa solicitada (FIGURA 1). Neste trabalho, foi utilizada a medida de independência funcional exclusivamente com os itens motores, dispensando assim a parte cognitiva deste protocolo, por não fazerem parte do objetivo deste estudo. Portanto, foram analisadas apenas as quatro áreas motoras e os seus respectivos itens: Cuidados pessoais: Alimentação; higiene pessoal; banho; vestir tronco superior; vestir tronco inferior e higiene íntima. Controle dos esfíncteres: controle vesical e controle intestinal. Mobilidade: transferência cama/cadeira/cadeira de rodas; transferência no banheiro; transferência no banho chuveiro/banheira e a última área, da locomoção: deambulação ou cadeira de rodas e escadas. A pontuação mínima que o paciente pode obter na MIF motora é 13 e a sua máxima, 91 pontos. Sendo considerado independente a pontuação de 75 a 91, abaixo desta

pontuação de 74 a 13 são considerados dependentes (MACHADO, 2010; COSTA, SILVA e ROCHA, 2011).

Os dados tabulados foram dispostos em planilhas do Excel 2003, e importados para o programa SEstatNet - UFSC (Ensino e Aprendizagem de Estatística na Web) para o tratamento e análise dos mesmos, afim de diminuir as margens de erros.

Os dados foram explorados através de estatística descritiva. Realizaram-se também relações dos dados obtidos com os objetivos e hipóteses, previamente formuladas pelas autoras, com a finalidade de serem comprovadas ou refutadas.

Figura 1. Classificação dos níveis da avaliação na Medida de Independência Funcional

N Í V E I S	Independência	Sem ajuda
	7. Independência Completa 6. Independência Modificada	
	Dependência Moderada	Com ajuda
	5. Supervisão ou Preparação 4. Assistência com contato mínimo 3. Assistência moderada	
Dependência Completa		
	2. Assistência máxima 1. Assistência total.	

Fonte: RIBERTO, 2004.

RESULTADOS

A população investigada foi caracterizada de acordo com os aspectos sócio demográficos (idade, sexo, estado civil, renda, educação e ocupação), os aspectos

clínicos (principais diagnósticos, causas de dependência e tipos da deficiência e a Medida de Independência Funcional – MIF).

Aspectos sócio-demográficos

Neste estudo foram avaliados trinta e três pessoas, sendo 55% mulheres e 45% homens. A média de idade entre os participantes foi de 70 anos, sendo que a mínima foi de 29 anos e a máxima de 89 anos. Aproximadamente 82% eram idosos, na faixa etária entre 60 e 89 anos. O estado civil com maior prevalência foi o casado (45%). O nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental incompleto (n=12, 36%). Das 33 pessoas entrevistadas 100% delas afirmaram ter religião, destas a maioria diziam de religião católica (n=27, 82%). Em relação à propriedade do imóvel 91% eram próprios. A renda familiar média mensal é de 2 a 4 salários mínimos para 58% dos pesquisados (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização das pessoas dependentes quanto aos aspectos sócio demográficos. Florianópolis (SC), 2012.

Variáveis	Pessoas dependentes (n=33)
Gênero	Feminino = 18 (55%)
	Masculino = 15 (45%)
Faixa Etária	Até 59 anos = 6 (18%)
	Entre 60 e 79 anos = 18 (55%)
	Maior de 80 anos = 9 (27%)
Estado civil	Casado = 15 (46%)
	Viúvo = 14 (42%)
	Solteiro = 4 (12%)
Escolaridade	Analfabeto = 2 (6%)
	Fundamental incompleto = 14 (43%)
	Fundamental completo = 2 (6%)

	Médio completo = 10 (30%)
	Médio incompleto = 4 (12%)
	Superior incompleto = 1 (3%)
Ocupação	Aposentado = 23 (70%)
	Pensionista = 9 (27%)
	Autônomo = 1 (3%)
Renda média familiar	Até dois salários mínimos = 9 (27%)
	De dois a quatro salários mínimos = 19 (58%)
	De quatro a dez salários mínimos = 5 (15%)

Fonte: Formulário.

Aspectos clínicos

Com relação às características clínicas, os diagnósticos mais prevalentes referidos pelas pessoas entrevistadas foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (n=28, 85%), Diabete Mellitus (n=18, 54%) e Acidente Vascular Encefálico (n=13, 39%). Destas, estavam presentes nas seguintes associações: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica (n=11, 33%). Acidentes Vascular Encefálico, Diabete Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica totalizaram (n=6, 18%). Acidente Vascular Encefálico e Hipertensão Arterial Sistêmica (n=5, 15%).

Neste estudo 85% das pessoas relataram como causa de dependência principalmente as “Doenças Crônicas não Transmissíveis”, dentre elas: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Acidente Vascular Encefálico, Obesidade, Dislipidemia e Câncer. O tipo de deficiência encontrado na maioria dos casos foi Paresia (n= 28, 85%), significando o movimento limitado ou diminuído da força muscular, precisão ou amplitude do movimento.

Considerando a questão medicamentosa, foram encontradas 47 classes. Dentre elas, observamos que 70% dos pacientes faziam uso de anti-hipertensivo e

42% medicavam-se com analgésicos e diuréticos. Para melhor leitura estatística selecionamos cinco das mais prevalentes classes para analisarmos (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização das pessoas dependentes quanto aos aspectos clínicos. Florianópolis (SC), 2012.

Variáveis	Pessoas dependentes (n=33)
Diagnósticos	Hipertensão = 28 (85%)
	Diabetes Mellitus = 18 (54%)
	Acidente Vascular Encefálico = 13 (39%)
	Osteoporose= 10 (33%)
	Artrose= 8 (24%)
	Obesidade = 6 (18%)
Causas da deficiência	Queda= 2 (6%)
	Doença crônica não transmissível = 28 (85%)
	Trauma por acidente de trânsito = 1 (3%)
	Doença congênita = 1 (3%)
Tipo de deficiência	Outros = 1 (3%)
	Paresia = 28 (85%)
	Baixa visão = 4 (12%)
	Hemiplegia = 3 (9%)
	Amputação de membros inferiores = 2 (6%)
	Tetraplegia = 2 (6%)
Medicações	Paraplegia = 1 (3%)
	Anti-hipertensivos = 23 (70%)
	Diuréticos = 14 (42%)

Analgésicos = 14 (42%)

Antilipêmicos = 10 (30%)

Hipoglicemiantes oral = 10 (30%)

Fonte: Formulário.

Aspectos da independência funcional

Das 33 pessoas participantes deste estudo 51% (n=17) apresentaram dependência moderada na categoria alimentação, necessitando de supervisão ou preparo para conseguir se alimentar. Para as categorias higiene pessoal e banho os escores variaram entre 6 e 7 (57% e 51%), respectivamente e evidenciaram a independência destes, ainda que modificada para a realização destas tarefas. Por outro lado, 18% das pessoas investigadas necessitam de assistência total para o banho, resultando em uma média de $4,15 \pm 2,06$ para esta categoria. Nas tarefas vestir tronco superior e vestir tronco inferior, percebe-se a independência modificada em 21% e 33% respectivamente da população investigada. No entanto, as médias destas tarefas variaram entre $4,09 \pm 2,15$ e $4,36 \pm 2,04$, ou seja, a média aponta para dependência. O resultado foi influenciado pela dependência grave de 8% da população em vestir tronco superior e 12% para vestir tronco inferior. No que se refere aos cuidados na higiene íntima, 27% são considerados independentes na realização desta tarefa, em contrapartida, 18% necessitam de assistência total. Sendo assim, a média total para os cuidados pessoais foi $4,53 \pm 2,34$ o que caracterizando dependência moderada com assistência mínima.

Quanto à categoria de controle dos esfíncteres, observa-se uma maior dependência para o controle vesical do que para o controle intestinal na população estudada, 61% no controle da urina e 39% para o controle das fezes.

Na categoria transferência, para todas as tarefas observadas, destaca-se que mais de 45% dos participantes classificaram-se como independentes modificados. Em contrapartida, na categoria locomoção, para as tarefas andar ou andar de cadeira de rodas, 64% das pessoas são dependentes moderadas. Já na tarefa de

subir ou descer escadas, 42% das pessoas necessitam de assistência total para a executarem. A média total da MIF motora neste estudo foi de $57,42 \pm 22,65$.

Tabela 3. Caracterização das pessoas dependentes quanto a Medida de Independência Funcional, Florianópolis (SC), 2012.

Tarefa	1	2	3	4	5	6	7	Média por Tarefa
CUIDADOS PESSOAIS								
Alimentação	4	0	1	1	17	7	3	4,81
Higiene Pessoal	3	2	2	2	5	8	11	5,18
Banho	6	4	2	2	7	10	2	4,15
Vestir tronco superior	3	5	5	3	4	7	6	4,36
Vestir tronco inferior	5	7	2	2	3	11	3	4,09
Higiene íntima	6	4	1	3	2	8	9	4,59
CONTROLE ESFINCTERIANO								
Controle vesical	5	5	2	3	5	6	7	4,33
Controle intestinal	3	3	1	1	5	9	11	5,21
TRASFERÊNCIA								
Cama/cadeira/cadeira de rodas	4	4	0	4	1	18	2	4,69
Vaso sanitário	4	3	1	1	3	17	4	4,90
Banho/chuveiro/banheira	4	3	3	1	5	15	2	4,60
LOCOMOÇÃO								

Andar/ cadeira de rodas	4	3	6	7	8	5	0	3,81
Escadas	14	5	3	3	2	6	0	2,75
MEDIA TOTAL MIF MOTORA								57,42

Fonte: Formulário

De todas as pessoas participantes desta pesquisa 100% delas foram consideradas deficientes em algum aspecto ou nível, sendo que 70% destas eram dependentes de acordo com a pontuação total da MIF motora (TABELA 4).

Tabela 4. Relação de deficiência e dependência de acordo com escore total da MIF motora, Florianópolis (SC), 2012

	Deficiente	Dependente	Independente/ independente modificado
Frequência	33	23	10
Percentua	100 %	70%	30%

Fonte:Formulário.

DISCUSSÕES

Este estudo teve como objetivo investigar aspectos da independência funcional dos usuários dependentes adscritos a um Centro de Saúde do distrito continente em Florianópolis. O processo de determinação e interpretação da incapacidade funcional é complexo devido a grande variedade e falta de padronização de instrumentos utilizados, assim como diferentes pontos de corte para análise de resultados (PAIXÃO e REICHENHEIM, 2005).

A partir dos resultados obtidos com esta pesquisa, classificamos as seguintes categorias abaixo analisadas: Aspectos sócio demográficos; Aspectos clínicos e Aspectos da independência funcional.

Aspectos sócio demográficos

Diante dos resultados aqui encontrados foi observado que a maior parte das pessoas dependentes são do sexo feminino (55%), casadas ou viúvas (Tabela 1). Em uma revisão sistemática sobre gênero e incapacidade funcional em idosos concluiu-se que a incidência de incapacidade foi similar em ambos os sexos (RODRIGUES et al., 2009). Em contrapartida, outro estudo demonstrou que a incapacidade funcional está mais presente no sexo feminino, o que pode ser associado a uma maior frequência de quedas entre as mulheres idosas (FIEDLER e PERES, 2008).

Na comunidade estudada houve a predominância de idosos pessoas na faixa etária entre 60 e 89 anos, equivalendo a 82% do total. Este dado corrobora com as declarações da OMS quando reporta que o envelhecimento tem grande influencia sobre a deficiência e que há um risco maior das pessoas idosas tornarem-se dependentes. Isto se reflete em um acúmulo de riscos de saúde durante a vida, como as doenças crônicas (WHO, 2011). Igualmente, em outro estudo que diz respeito aos perfis das pessoas que necessitam de cuidados domiciliar, houve a predominância de idosos (75%), destas 60% eram mulheres (GASPAR, OLIVEIRA E DUAYER, 2007).

Das pessoas estudadas 43% possuem como nível de escolaridade - o fundamental incompleto e 70% são aposentadas. E a renda média familiar mensal predominante é dois a quatro salários mínimos com 58%. Neste estudo, não foram encontradas pessoas com renda familiar abaixo de um salário mínimo. Confirma-se com o estudo realizado em Santa Rosa-RS, onde foram entrevistados 294 idosos com média de idade de 69,6, sendo que a maioria eram mulheres (61,2%), casadas (61,2), mais da metade tinha até quatro anos de estudo, com rendimento de até dois salários mínimos (FLORES e BENVEGNÚ, 2008). Segundo a OMS, em todo mundo as pessoas deficientes apresentam piores perspectivas de saúde, baixos níveis de escolaridade, participação econômica menor em comparação às pessoas sem deficiências (WHO, 2011).

Aspectos clínicos

Dentre os diagnósticos mais prevalentes entre a totalidade dos integrantes da pesquisa foram a Hipertensão com 85%, Diabetes Mellitus (DM) com 54% e Acidente Vascular Encefálico (AVE) com 39%. Pesquisa realizada por enfermeiras com pessoas em atendimento domiciliar pelas equipes de Estratégias de Saúde da Família na cidade de São Paulo mostrou que a hipertensão foi a patologia mais frequente entre as pessoas com graus leve e moderado de incapacidade, seguida pela senilidade e pelo DM. Nas incapacidades severas, o AVE foi a patologia mais frequente, seguido pelo DM. (GASPAR, OLIVEIRA E DUAYER, 2007). Nesta pesquisa comprovamos as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) destacando-se como causa da deficiência, o que comprova os principais diagnósticos apontados. As DCNT possuem características etiológicas múltiplas, de muitos fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado, muitas vezes possuindo origem não infecciosa ou com associação a deficiência e incapacidades funcionais (BRASIL, 2008).

O tipo de deficiência encontrado quase predominantemente foi a Paresia com 85%. Neste estudo o termo paresia significou o movimento limitado ou diminuído da força muscular, precisão ou amplitude do movimento. Isso quer dizer que algumas pessoas com deficiência física podem apresentar os movimentos alterados em alguma ou muitas partes do corpo (SANTOS e BARBATO; 2006). O declínio da força muscular relacionada ao envelhecimento, afeta os músculos principalmente os dos membros inferiores tendo efeito direto na qualidade do movimento, ocasionado por redução das células musculares, alteração postural e redução de mobilidade, associados ao sedentarismo há um declínio maior. Isto torna a movimentação vagarosa, sem coordenação e limitada, comprometendo a capacidade funcional (RIBAS, 2011). Não foram encontrados estudos que falam sobre a paresia como um tipo de deficiência em alguma população para comparar os dados neste artigo.

As medicações mais utilizadas pelas pessoas foram em primeiro lugar com 70% os anti-hipertensivos, e com 42% diuréticos e analgésicos e com 30% os antilipêmicos e os hipoglicemiantes oral. Diferente do estudo transversal de base populacional realizado nas cidades de Campinas, Botucatu, São Paulo, Itapeverica

da Serra, Taboão da Serra e Embu, que entrevistou 8316 pessoas com deficiência física, visual e auditivas sobre o consumo de fármacos, mostrou que entre essas deficiências sobressaíram-se as pessoas com deficiência física que consumiam fármacos (70,1%), sendo os analgésicos (27,4%) e os antibióticos (20,3%) os mais usados pelos homens de 20 a 59 anos e para as mulheres nesta mesma faixa etária registraram como medicamentos mais consumidos os analgésicos (16,2%), os agentes de renina-angiotensina (14,6%). Na faixa etária superior a 59 anos, as vitaminas eram mais consumidas (17,2%), analgésicos (10,8%) para homens (CASTRO et al., 2010)

Já outro estudo que tratou sobre a utilização de medicamentos de 294 idosos na área urbana do Município de Santa Rosa – Rio Grande do Sul, no ano de 2006, teve como objetivo caracterizar a utilização de medicamentos. As classes farmacológicas mais utilizadas pela população idosa foram: anti-hipertensivos (21,28%), diuréticos (11,37%), medicamentos para circulação periférica (6,53%), anti-inflamatórios não-esteroides (5,68%), entre outros (FLORES; BENVENÙ, 2008).

Aspectos da independência funcional

Na população estudada observaram-se pontuações com diferenças extremas em algumas categorias da MIF como foi o caso da categoria cuidados pessoal no que se refere a banho, higiene íntima, vestir tronco superior, além da categoria controle de esfíncteres e locomoção no que se refere a andar ou andar de cadeira de roda, sendo que para esta última os valores mostraram que a grande maioria (64%) apresenta dificuldades na realização da tarefa. A média total da MIF motora foi de 57,42 \pm 22,65, ou seja, com nível de dependência moderada, requerendo assistência de até 25% para realização das tarefas (MACHADO, 2010). Outro estudo que utilizou a MIF para verificar a capacidade funcional de 109 idosos dos quais 60 deles foram considerados dependentes teve como resultado para a MIF motora com média de 87,4 \pm 3,8 no grupo de independentes (independência completa a modificada) e 56,3 \pm 24,9 no grupo de dependentes (MACHADO, 2010). Em estudo realizado com a população idosa da cidade de Pelotas, RS foi avaliado a

incapacidade funcional para AVDS e AIVDS através da escala de Katz, os resultados, com relação às atividades de autocuidado, encontrou-se a mais alta prevalência de incapacidade para o controle das funções de urinar e/ou evacuar, seguida pelos atos de vestir-se e tomar banho. Já para as atividades instrumentais, as ocorrências de incapacidade mais frequentes foram para locomoção utilizando algum meio de transporte, fazer compras e lavar a roupa, respectivamente (DUCA, SILVA e HALLAL, 2009). Isto reforça a importância da utilização de escalas para medir a capacidade funcional como ferramenta para os profissionais da saúde, ao planejar o cuidado de forma singular, já que em uma mesma população percebem-se necessidades diferentes de cuidado. No caso dos idosos o próprio Ministério da Saúde reforça a ideia quando diz ser imprescindível que os profissionais de saúde da Atenção Básica utilizem instrumentos para a gestão do cuidado baseados no levantamento de dados sobre a capacidade funcional e sóciofamiliar do idoso, tendo por base o conhecimento da clientela em uma adstrição territorial, como meio para pensar a atenção aos usuários nos aspectos promocionais, preventivos e de recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do objetivo proposto de investigar aspectos da independência funcional de usuários dependentes, concluímos que dependência e deficiência estão correlacionadas: a pessoa dependente apresenta, independentemente do grau ou do aspecto, alguma deficiência – física, intelectual, visual, auditiva ou múltipla. Em contrapartida, pessoas deficientes nem sempre são dependentes. Neste estudo todos os participantes apresentaram algum tipo de deficiência. Porém, nem todos foram considerados dependentes avaliando a pontuação total da MIF. Se considerarmos as tarefas individualmente alimentação, higiene pessoal, banho, vestir tronco inferior e superior, higiene íntima, controle vesical e intestinal, transferência para cama, cadeira, cadeira de rodas ou banho e andar ou subir escadas, todos são dependentes em algum aspecto.

De acordo com a classificação do nível de independência, os indivíduos foram classificados de maneira geral como dependentes, principalmente no que se refere à

locomoção na escala de avaliação da MIF. Embora neste estudo não tenha tido como objetivo a observação do ambiente público, não se pode deixar de relatar a percepção das pesquisadoras de que a falta de estrutura no referido bairro com ruas esburacadas e falta de calçadas e a própria geografia local agrava esta condição de dependência para a locomoção.

A partir disso sugere-se que sejam construídas estratégias para superar as deficiências das pessoas, a partir um enfoque multiprofissional com a finalidade de aumentar a força muscular, a coordenação e o equilíbrio para que os indivíduos dependentes desta comunidade possam ter uma melhor qualidade de vida e consigam realizar as atividades da vida diária dentro de suas necessidades e possibilidades.

Sugere-se, ainda, o acompanhamento constante, atentando para os cuidados na alimentação, higiene e eliminações. Aconselha-se estimular a realização das atividades da vida diária para suprir suas necessidades através de atividades educativas visando à interação do indivíduo dependente na sociedade. Entretanto essas iniciativas não devem ser exclusivas dos profissionais da saúde, pelo contrário deve-se mobilizar as autoridades governamentais a fim de criarem políticas públicas e desenvolverem estruturas que atendam as necessidades desta população e há de se incentivar a participação das próprias pessoas que convivem com a situação da dependência e seus familiares para lutarem e usufruírem de seus direitos enquanto cidadãos.

O presente estudo contribui com o direcionamento do atendimento à esta população com incapacidade, indicando informações tanto para a assistência, quanto para o ensino e futuras pesquisas, com o intuito da melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida das pessoas dependentes. Sugerimos a reprodução desta investigação em outros centros de saúde da família em diferentes realidades, a fim de tornar possível uma comparação com maior fidedignidade entre os resultados e colaborar efetivamente com a atenção às pessoas que convivem deficiências.

REFERENCIAS

ALVARENGA, M.R.M; OLIVEIRA, M.A.C; FACCENDA, O.; SOUZA, R.A. **Perfil social e funcional de idosos assistidos pela estratégia da Saúde da família.** Cogitare Enferm. 2011 Jul/Set; 16(3):478-85. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20944/16233>>. Acesso em 9 jun. 2012.

ARAÚJO, M.P.H; CEOLIM, M.F. **Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência.** Rev. esc. enferm. USP vol.41 no.3 São Paulo Set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000300006&script=sci_arttext>. Acesso em 30 out. 2011.

ARAÚJO, I; PAÚL, C; MARTINS, M. **Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado.** Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.4 São Paulo Aug. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400011&lng=pt>. Acesso 30 nov. 2011.

BENVEGNU, A. B.; GOMES, L.A.; SOUZA, C.; CUADROS, T.B.B.; PAVÃO, L.W.; ÁVILA, S.N. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 71-77, jul./dez. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 20 out 2006.Seção 1:20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CASTRO, S.S.; PELICIONI, A.F; CESAR, C.L.G.; CARADINA, L.; BARROS, M.B.A.; ALVES, M.C.G.P; GOLDBAUM,M. **Uso de medicamentos por pessoas com deficiências em áreas do estado de São Paulo.** Rev. Saúde Pública vol.44 no.4 São Paulo Ago. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400003&lang=pt. Acesso 15 jun. 2012.

COSTA, F.A.da; SILVA, D.L.A.; ROCHA, V.M.da. **Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN).** Ciência & Saúde Coletiva, 16 (Supl. 1): 1341-1348, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700068> Acesso 16 fev.2012.

DINIZ, D.; SQUINCA, F.; MEDEIROS, M.. **Deficiência, Cuidado e Justiça Distributiva**. Série Anis 48, Brasília, Letras Livres, 16, maio, 2007.

DUCA, Giovâni Firpo Del; SILVA, Marcelo Cozzensa da; HALLAL, Pedro Curi **Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos**. Rev. Saúde Pública vol.43 no.5 São Paulo Out. 2009 Epub Set 18, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500008&lang=pt&lng=>. Acesso 15 jun. 2012.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G.. **Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Fev. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso 9 jun. 2012.

GASPAR, Jaqueline Correia; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; DUAYER, Maria de Fátima Faria. **Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo**. Rev. esc. enferm. USP vol.41 no.4 São Paulo Dec. 2007 Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400012&lang=pt&lng=>. Acesso 15 jun. 2012.

SANTOS, P.F; BARBATO, S. **Concepções de professores sobre a inclusão escolar de alunos com distúrbios neuromotores**. Linhas Críticas. UnB, v. 12, p. 245-261, 2006. Disponível em
<<http://seer.bce.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/1613/1237>> Acesso 13 jun. 2012.

MACHADO, F.N.. **Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária: Um estudo com idosos dependentes**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.

RIBAS, R.T.B; PEREIRA, R.B; GUIDACE, N.; ALEXANDRE, T.S. **Perfil de Idosos Atendidos pela Fisioterapia em Instituições de Longa Permanência em Pindamonhangaba – SP**. Faculdade de Pindamonhangaba, São Paulo, 2011. Disponível em
<http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/02_-_perfil_de_idosos_atendidos_pela_fisioterapia.pdf>. Acesso 15 jun. 2012.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M.H; JUCÁ, S.S.H; SAKAMOTO, H.; PINTO, P. P. N.; BATTISTELLA, L.R.. **Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional**. Acta Fisiatras, São Paulo, 2004; 11(2): 72-76.

RODRIGUES M. A. P.; FACCHINI, L. A.; THUMÉ, E. e MAIA, F. Gênero e incidência de incapacidade funcional em idosos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25 Sup 3, 2009, p.464-S476. Acesso 9 de jun. 2012

SCHOELLER, SD; LEOPARDI, MT; RAMOS, FR. **Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem.** R. Enferm. UFSM 2011 Jan/Abr;1(1):88-96. Disponível em <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2/index.php/reufsm/article/view/2013/1515>> Acesso 15 jun. 2012.

WHO, World Health Organization. **World Report on Disability.** Geneva, 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf>. Acesso 9 dez., 2011.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfoque deste estudo foi investigar os aspectos da independência funcional dos usuários dependentes adscritos a um centro de saúde. Ao projetar este estudo as autoras tinham algumas hipóteses quanto aos resultados da pesquisa. Dentre estas, o fato de que dependência e deficiência estão correlacionadas, ou seja, a pessoa dependente apresenta independentemente do grau ou do aspecto, alguma deficiência – física, intelectual, visual, auditiva ou múltipla. Em contrapartida, pessoas deficientes nem sempre são dependentes. Neste estudo todos os participantes apresentaram algum tipo de deficiência, porém, nem todos foram considerados dependentes avaliando a pontuação total da MIF. Embora se considerarmos as tarefas individualmente, todos são dependentes em algum aspecto. Sendo assim a dependência e a deficiência nesta população estão realmente correlacionadas. A ideia de que a pessoa deficiente nem sempre é dependente foi comprovada após os resultados desta pesquisa.

Outro ponto de reflexão é o fato de nesta população a dependência estar relacionada ao envelhecimento e as doenças crônicas não transmissíveis. Desta forma cabe aprimorar o trabalho de prevenção de agravos e promoção de saúde desta população na atenção primária.

De acordo com a classificação do nível de independência, os indivíduos foram classificados de maneira geral como dependentes, principalmente no que se refere à locomoção, entretanto a análise individual da MIF demonstra que um mesmo indivíduo pode ser dependente para algumas tarefas e independente para outras. Tornando-se necessária a avaliação de cada pessoa para se tratar um projeto terapêutico singular e assim atingir resultados mais positivos frente as necessidades da população. Com isso, sugerimos que sejam realizadas estratégias, para superar as dependências das pessoas, com um enfoque multiprofissional, como médicos, enfermeiros, educadores físicos, fisioterapeutas, com a finalidade de aumentar a força muscular, a coordenação e o equilíbrio para que os indivíduos dependentes desta comunidade para possam ter uma melhor qualidade de vida e consigam realizar as atividades da vida diária dentro de suas necessidades e possibilidades. Pois acreditamos que a Estratégia de Saúde da Família pode ser eficiente frente ao

desafio de acolher as pessoas que estão vivendo em alguma situação de perda funcional ou dependência, muitas vezes pela dificuldade de mobilidade ou locomoção ou pela falta de oferta de serviços de saúde para dar conta deste perfil populacional. Não podemos deixar de relacionar o achado de maior dependência na tarefa locomoção com o acesso público do bairro onde o CS está localizado. Há buracos e ausência de calçadas na maioria das ruas, além da própria geografia do bairro não facilitar a locomoção destas pessoas. O próprio CS possui uma alta rampa como acesso a entrada da unidade.

Ainda, sugerimos realizar um acompanhamento clínico, atentando para os cuidados na alimentação, higiene e dejeções. Aconselhamos também estimular a realização das atividades da vida diária para suprir suas necessidades e através de atividades educativas, tanto para pessoa dependente como seus cuidadores, visando a interação do indivíduo dependente na sociedade. Entretanto essas iniciativas não devem ser exclusivas dos profissionais da saúde, pelo contrário deve-se mobilizar as autoridades governamentais a fim de criarem políticas públicas e desenvolverem estruturas que atendam as necessidades desta população e há de se incentivar a participação das próprias pessoas que convivem com a situação da dependência e seus familiares para lutarem e usufruírem de seus direitos enquanto cidadãos.

O presente estudo contribui com o direcionamento do atendimento a esta população considerada dependente, indicando informações tanto para a assistência, quanto para o ensino e futuras pesquisas, com o intuito da melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida das pessoas dependentes. Sugerimos a reprodução desta investigação em outros centros de saúde da família em diferentes realidades, a fim de tornar possível uma comparação com maior fidedignidade entre os resultados e colaborar efetivamente com a atenção às pessoas que convivem deficiências. Sugerimos também o desenvolvimento de novas pesquisas que ampliem o olhar para as atitudes dos cuidadores frente a dependência e a acessibilidade pública influenciando na (in)dependência da pessoa com deficiência.

REFERENCIAS

ALVARENGA, Márcia Regina Martins; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; FACCENDA, Odival; SOUZA, Rosely Almeida. **Perfil social e funcional de idosos assistidos pela estratégia da Saúde da família.** Cogitare Enferm. 2011 Jul/Set; 16(3):478-85. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20944/16233>>. Acesso 9 jun. 2012.

ARAÚJO, M.P.H; CEOLIM, M.F. **Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência.** Rev. esc. enferm. USP vol.41 no.3 São Paulo Sept. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000300006&script=sci_arttext>. Acesso 30 out. 2011.

ARAÚJO, Isabel; PAÚL, Constança; MARTINS, Manuela. **Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado.** Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.4 São Paulo Aug. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400011&tlng=pt> Acesso 30 nov. 2011.

BARBETTA, Daniela de Campos; ASSIS, Marcos Renato de. **Reprodutibilidade, validade e responsividade da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) na lesão medular: revisão da literatura.** Revista Acta Fisiátrica. São Paulo. 2008; 15(3): 176 – 181. Disponível em <http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/41BFD20A38BB1B0BEC75ACF0845530A7/acta_15_03_176-181.pdf> Acesso 16 jan. 2012.

BENVEGNU, Andressa Benvenuti; GOMES, Luthiele Araújo; SOUZA, Carla Trindade de; CUADROS, Tábata Bellagamba Batista; PAVÃO, Letícia Werkhauser; ÁVILA, Simone Nunes. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 71-77, jul./dez. 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a. BRASIL. Ministério da Saúde. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf> Acesso 01 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família /** Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**. vol.19 no.3 Rio de Janeiro- junho 2003.

COELHO FILHO, João Macedo. **Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos**. Rev. Saúde Pública v.34 n.6 São Paulo dez. 200. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000600017&lng=pt> Acesso 10 jan. 2012.

COFEN-Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética do Profissionais da Enfermagem**. Resolução n 311, de 12 de maio de 2007 In: PIRES, Denise Elvira Pires de. Consolidação da Legislação e Ética Profissional. Conselho Regional de Enfermagem-Cadernos de Enfermagem. Volume 1. Cap 4. Florianópolis, SC, 2010.

CORDAZZO, Sheila Tatiana Duarte; WESTPHAL, Josielly Pinheiro; TAGLIARI, Fernanda Balem; VIEIRA, Mauro Luis; OLIVEIRA, Ana Maria Faraco de. **Metodologia observacional para o estudo do brincar na escola**. Avaliação Psicológica, 2008, 7(3), pp. 427-438. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v7n3/v7n3a14.pdf>> Acesso 13 fev. 2012.

COSTA, E.C; NAKATANI, A.Y.K; BACHION, M. **Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária**. Acta Paul Enferm 2006;19(1):43-35. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a07v19n1.pdf>> Acesso 30 out. 2011.

COSTA, Fabrícia Azevedo da; SILVA, Diane Lídice Araújo; ROCHA, Vera Maria da. **Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN)**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1341-1348, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700068> Acesso 16 fev. 2012.

DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. **Deficiência, Cuidado e Justiça Distributiva**. Série Anis 48, Brasília, Letras Livres, 16, maio, 2007.

DI NUBILA, HBV. **Aplicação das classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade** [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 2007.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas**. Rev Bras Epidemiol. São Paulo, 2005; 8(2): 187-9. Disponível em

<http://www.rinam.com.br/files/REFERENCIAS_AClassificacaoInternacionaldeFuncionalidadeIncapacidadeeSade.pdf> Acesso 25 dez. 2011.

GASPAR, Jaqueline Correia; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; DUAYER, Maria de Fátima Faria. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP** vol.41 no.4 São Paulo Dec. 2007. Acesso em 27 de dezembro de 2011.

IBGE, Instituto brasileiro de geografia e estatística. Censo Demográfico 2010: **Resultados gerais da amostra.** Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_Gerais_da_Amostra/tab1.pdf> Acesso 15 jun. 2012.

LEITE, Valéria Barreto Esteves; FARO, Ana Cristina Mancussi. **O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motor.** Ver. Esc. Enferm. USP 2005; 39(1):92-6. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a12v39n1.pdf>.> Acesso 31 jan. 2012.

LOPES AB, GAZZOLA JM, LEMOS ND, RICCI NA. Independência funcional e os fatores que a influencia no âmbito da assistência domiciliária ao idoso. **Rev Bras Geriatr Gerontol** 2008; 10(3):2-11.

MACHADO, Wiliam César Alves; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de, Base fixa teto-mãos: autonomia funcional. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 jan-mar; 13 (1): 66-73.

NETTO, M.P. **O estudo da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e termos básicos.** In: FREITAS, E.V; PY, L. NERI, A.L; CANÇADO, F,A,X; GORZONI,

M.L; ROCHA, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 2, p. 10.

MACHADO, Flávia Nunes. **Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária: Um estudo com idosos dependentes.** 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica.** Editora Atlas: São Paulo, 2007.

PONTE, V. M. R. ; OLIVEIRA, Marcelle Colares ; MOURA, H. J. ; BARBOSA, João Victor Bezerra . **Análise das Metodologias e Técnicas de Pesquisas Adotadas nos Estudos Brasileiros sobre Balanced Scorecard: Um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006.** In: I Congresso ANPCONT, 2007, Gramado. I Congresso ANPCONT, 2007. v. 1. p. 67-67. Disponível em: <<http://www.anpcont.com.br/site/docs/congresso1/03/EPC079.pdf>> Acesso 30 jan. 2012.

REBOUÇAS, Cristiana Brasil de Almeida; CEZARIO, Kariane Gomes; OLIVEIRA, Paula Marciana Pinheiro de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. **Pessoa com deficiência física e sensorial: percepção de alunos da graduação em enfermagem.** Acta Paul Enferm 2011;24(1):80-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a12.pdf>> Acesso 01 fev. 2011.

RIBERTO, Marcelo; MIYAZAKI, Margarida H; JUCÁ, Sueli S H; SAKAMOTO, Hatsue; PINTO, Paulo Potiguara Novazzi; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiatra**, São Paulo, 2004; 11(2): 72-76.

SANTOS, L.F.A. **Apostila Metodologia da Pesquisa Científica II.** Faculdade Metodista de Itapeva. Itapeva: 2006. Acesso em 29 de dezembro de 2011.

SCHOELLER, SD; LEOPARDI, MT; RAMOS, FR. **Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem.** R. Enferm. UFSM 2011 Jan/Abr;1(1):88-96. Disponível em <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-.2.2/index.php/reufsm/article/view/2013/1515>> Acesso 15 jun. 2012.

SILVA, Maria Josefina; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; ARAUJO, Maria Fátima Maciel; MORAES, Gerídice Lorna Andrade. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. **Acta paul. enferm.** vol.19 no.2 São Paulo Apr./June 2006. Acesso 15 dez. 2011.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação** – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. Disponível em: <<http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%203a%20educacao.pdf>.> Acesso 30 jan. 2012.

UNITED NATIONS. **Disability and the Millennium Development Goals** A Review of the MDG Process and Strategies for Inclusion of Disability Issues in Millennium Development Goal Efforts United Nations, New York, 2011. Disponível em <http://www.un.org/disabilities/documents/review_of_disability_and_the_mdgs.pdf> acesso 19 jan. 2012.

WHO, World Health Organization. **World Report on Disability.** Geneva, 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf> Acesso 9 dez. 2011.

APÊNDICE 1: Instrumento para investigação de características de pessoas dependentes, com ênfase na independência funcional

Data ____/____/____ Participante N. _____

A1. SEXO (S): (1) [] Feminino (2) [] Masculino

A2. IDADE (I): []

A3. ESCOLARIDADE (ED):

(1) Fund. Incompleto	(2) Fund. Completo (1° grau)	(3) Médio Completo (2° grau)	(4) Médio incompleto	(5) Superior Completo	(6) Superior Incompleto
(7) Especialização	(8) Mestrado	(9) Doutorado	(10) Analfabeto		

A4. ESTADO MATRIMONIAL ATUAL (EM):

(1) Nunca foi casado	(2) Divorciado	(3) Separado
(4) Atualmente casado	(5) Viúvo	(6) Coabitação

A5. RELIGIÃO (Rel)

(1) Sim [] (0) Não []

A.5.1 QUAL RELIGIÃO (Qrel)

(1) Católica	(2) Judeu	(3) Evangélico
(4) Espírita	(5) Luterano	(6) Budista
(7) Outros		

A.6 OCUPAÇÃO/PROFISSÃO (OP):

(1) Emprego assalariado	(2) Trabalha por conta própria (autônomo)	(3) Não assalariado, voluntário/caridade	(4) Estudante
(5) Prendas domésticas/ Dona de casa	(6) Aposentado	(7) Desempregado (razão de saúde)	(8) Desempregado (outra razão)
(9) Pensionista			

A7. RENDA MÉDIA MENSAL DA FAMÍLIA (RMF):

(1) Até 2 SM - Até R\$ 1.244	(2) 2 a 4 SM - R\$ 1.244 a R\$ 2.488	(3) 4 a 10 SM - R\$ 2.488 a R\$ 6.220
(4) 10 a 20 SM - R\$ 6.220 a R\$ 12.440	(5) Acima de 20 SM - R\$ 12.440 ou mais	

A8. TIPO DE PRORPIEDADE (TP):

(1) Própria	(2) Alugada	(3) Cedida	(4) Inadida
(5) Compartilhada			

A9. OUTRO IMÓVEL (OI):

(1) Sim (0) Não

(1) Residência na praia	(2) Sítio	(3) Sala comercial
(4) Outro		

A.10 DADOS DA RESIDÊNCIA (DR):

Nº de cômodos (DRcom)	Nº de moradores (DRmor)	Nº banheiros (DRban)
Nº televisores (DRtv)	Nº micro-ondas (DRmic)	Nº fogões (DRfog)
Nº geladeiras (DRgel)	Nº máquina de lavar roupas (DRmlr)	Nº máquina lavar louças (DRmll)
Nº computadores (DRpc)	Nº telefones (DRtel)	Nº ar condicionado (DRac)
Nº dvds (DRdvd)	Nº carros (DRcar)	Nº empregadas domésticas (DRemp)

A10. PRINCIPAIS DIAGNÓSTICO MÉDICO (DGM) das principais Condições Principais de Saúde.

(1) Hipertensão	(7) Distrofia muscular	(13) Câncer
(2) Diabetes	(8) DPOC	(14) Glaucoma
(3) AVE	(9) Artrite	(15) Arritmias
(4) Deficiência física	(10) Artrose	(16) Paralisia cerebral

(5) Depressão	(11) Osteoporose	(17) Ataxia de Friederick
(6) Obesidade	(12) Mialgia	(18) Labirintite
(19) Problemas circulatório	(20) Dislipidemia	(21) Isquemia
(22) Catarata	(23) Asma	(24) Gastrite
(25) Hipotireoidismo	(26) Úlcera Varicosa	(27) Doença de Crohn
(28) Síndrome de Canavan	(29) Lesão Encefálica	(30) Apneia
(31) Hérnia de Hiato	(32) Anemia	

A11. CAUSA DA DEFICIENCIA (CAD):

(1) Queda	(2) Doenças crônicas não transmissíveis	(3) Trauma por acidente de trânsito	(4) Trauma por arma de fogo
(5) Doença congênita	(6) Outros		

A12. TIPO DE DEFICIENCIA (TD):

(1) Tetraplegia	(2) Paraplegia	(3) Hemiplegia
(4) Monoplegia	(5) Paresia	(6) Amputação MSE
(7) Amputação MSD	(8) Amputação MIE	(9) Amputação MID
(7) Paraparesia	(11) Monoparesia	(12) Tetraparesia
(13) Triplegia	(14) Triparesia	(15) Hemiparesia
(16) Ostomia	(17) Paralisia cerebral	(18) Membros com deformidade congênita ou adquirida
(19) Amputação de extremidades	(20) Diminuição visual	(21) outros

A12. COMPLICAÇÕES E/OU COMORBIDADES (CC)

(1) Neuropatia diabética	(2) Dor neuropática	(3) Dislalia
--------------------------	---------------------	--------------

(4) Disúria	(5) Poliúria	(6) Polaciúria
(7) Cegueira	(8) Diminuição do olfato	(9) Diminuição da audição
(10) Retinopatia diabética	(11) Síndrome do pé diabético	(12) Manifestações dermatológicas
(13) Hipertensão	(14) Diminuição da acuidade visual	(15) Depressão
(16) Dor crônica	(17) Dislipidemia	(18) Marcha lenta
(19) Hipotensão	(20) Paralisia	(21) Disfagia
(22) Mudez	(23) Trombose	(24) Refluxo gastroesofágico
(25) Úlcera de pressão		

A13. PLANO DE SAÚDE (OS):

(1) Sim [] (0) Não []

A14. SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS NO ÚLTIMO ANO (RDA):

(1) Centro de Saúde	(2) Clínica de Reabilitação	(3) Fisioterapia
(4) Hospitais	(5) Associações	(6) Consulta Particular
(7) Outros		

A15. FOI HOSPITALIZADO NO ÚLTIMO ANO? (HS)

(1) Sim [] (0) Não [] Se SIM, por quanto tempo? _____ (dias)(HSd)

A16. TOMA ALGUM MEDICAMENTO? (MED) (seja prescrito ou por conta própria)?

(1) Sim [] (2) Não []

Nome principio ativo Prescrito
1
2
3
4
6
7
8
9
10

Medicação não prescrita ou métodos alternativos.

A17. UTILIZA ALGUM RECURSO ASSISTIVO? (RA)

(1) Sim [] (0) Não []

(1) Adaptador de mãos	(2) Andador	(3) Aparelho auditivo	(4) Cadeira de rodas
(5) Cadeira de banho	(6) Muletas	(7) Óculos	(8) Órteses
(9) Próteses	(10) Bengala	(11) Lupa	(12) Telescópio
(13) Cepap			

A18. EXISTE ALGUMA PESSOA QUE O AJUDA? (AJU)

(1) Sim [] (0) Não []

A19. GRAU DE PARENTESCO COM O CUIDADOR PRINCIPAL (GP):

(1) Avôs	(2) Cuidador remunerado	(3) Genro	(4) Irmãos	(5) Netos
(8) Nora	(8) Pais	(9) Sobrinhos	(10) Tios	(11) Vizinho
(12) Marido	(13) Esposa	(14) Filho	(15) Terceiros	(16) Outros

A20. SEXO DO CUIDADOR (SC)

(1) [] Feminino (2) [] Masculino

A21. IDADE DO CUIDADOR (IC): []**A22. ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL DO CUIDADOR (CDE):**

(1) Alfabetizado	(2) Fund. Completo (1º grau)	(3) Fund. Incompleto	(4) Médio Completo (2º grau)	(5) Médio incompleto	(6) Superior Completo
(7) Superior Incompleto	(8) Especialização	(9) Mestrado	(10) Doutorado	(11) Não sabe ler ou escrever	

A23. FACILITADORES ARQUITETONICOS (FA):

(1) Barra de apoio no corredor	(2) Rampa de acesso	(3) Cama especial	(4) Porta alargada
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------

(5) Escadas com corrimão	(6) Elevador/plataforma	(7) Piso tátil	(8) Carro adaptado
(9) Barra de apoio no banheiro	(10) Banheira	(11) Vaso adaptado	(12) Chuveiro adaptado
(13) Torneira adaptada	(14) Tapete antiderrapante	(15) Corredor alargado	(16) Iluminação nos corredores
(17) Campainha para alarme	(18) Disposição da mobília	(19) Porta de correr	

A24. BARREIRAS ARQUITETÔNICAS (BA).

(1) Corredor estreito	(2) Escada de acesso externo	(3) Escada de acesso interno	(4) Porta estreita
(5) Piso escorregadio	(6) Tapete escorregadio	(7) Disposição da mobília	(8) Cama baixa/alta
(9) Banheiro não adaptado	(10) Vaso não adaptado	(11) Chuveiro não adaptado	(12) Torneira não adaptadas
(13) Pouca iluminação nos corredores	(14) Cômodos pequenos	(15) Outros	

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL		
NÍVEIS	7. Independência completa (com segurança, em tempo normal)	SEM AJUDA
	6. Independência modificada (ajuda técnica)	
	Dependência modificada	COM AJUDA
	5. Supervisão ou preparação	
	4. Assistência com mínimo contato (indivíduo-75%)	
	3. Assistência moderada (indivíduo >= 50%)	
	2. Assistência máxima (indivíduo >=25%)	
1. Assistência total (indivíduo >=0%)		

CATEGORIAS	SCORE						
	1	2	3	4	5	6	7
CUIDADOS PESSOAIS							

(MIF_A) A. Alimentação							
B. Higiene pessoal							
C. Banho							
D. Vestir tronco superior							
E. Vestir tronco inferior							
F. Higiene íntima							
<i>CONTROLE ESFINCTERIANO</i>							
G. Controle vesical							
H. Controle intestinal							
<i>MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIA S</i>							
I. Cama / cadeira / cadeira de rodas							
J. Banheiro							
L. Banho chuveiro / banheira							
<i>LOCOMOÇÃO</i>							
M. Andar / cadeira de rodas							
N. Escadas							
<i>ESCORE TOTAL (MIFTT)</i>							

Observação relação cuidador – pessoa com dependência

APÊNDICE 2. Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) para o estudo da pesquisa intitulada: “Aspectos da (in)dependência funcional das pessoas dependentes adscritas a um Centro de Saúde” Desenvolvida como trabalho de conclusão de curso das acadêmicas da 8º fase do curso de graduação em enfermagem da UFSC, Bruna Garcia Deitos e Fernanda Rosa de Oliveira Pires; Sob a orientação da professora Prof. Dra. Soraia Dornelles Schoeller, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (48)8842-6543ou e-mails: soraia@ccs.ufsc.br

Afirmo que aceitei participar por vontade própria, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado do **objetivo do estudo que em linhas gerais, é: Investigar aspectos da independência funcional dos usuários dependentes adscritos a um centro de saúde do distrito continente em Florianópolis.** Também fui esclarecido (a) de que o uso das informações por mim fornecidas estão submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Minha colaboração se fará de forma anônima pelo fornecimento de informações em respostas à aplicação de instrumentos a ser feita por uma das pesquisadoras citadas acima a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es).

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que poderei me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Florianópolis, _____ de _____ de 2012.

Assinaturado (a)
participante: _____

Assinatura das
pesquisadoras: _____

Impressão digital:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA: INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

Eu, abaixo assinada, aprovo o presente TCC, considerando a importância da temática, a pertinência da abordagem e o rigor metodológico aplicado, por as consequências conclusões acertadas.