

Fatores associados à independência funcional de idosos residentes em instituição de longa permanência

Factors associated with the functional independence of elderly residents in long-term institutions

Fernanda Macedo Pereira¹, Mariela Besse²

RESUMO

O objetivo do estudo foi conhecer o perfil da independência funcional de idosos em uma instituição de longa permanência, através das associações entre as variáveis sociodemográficas (idade, gênero, escolaridade, e tempo de institucionalização) e as variáveis clínicas (motivo da internação, medicação, quantidade de doenças e hipótese diagnóstica), verificando se há impacto na independência funcional de acordo com o escore da MIF (medida de independência funcional) motora, cognitiva social e total. Realizou-se um estudo clínico quantitativo, do tipo descritivo analítico com corte transversal, retrospectivo por meio de investigação de fontes indiretas de dados (prontuários), no período de julho e agosto de 2010 numa instituição de longa permanência para idosos no município de São Paulo. Constatou-se que o maior grau de dependên-

cia funcional está associado aos idosos do sexo feminino, naqueles com idade superior ou igual a 80 anos, nos que têm escolaridade inferior a 8 anos, naqueles com 37 à 47 meses de institucionalização, nos que foram institucionalizados por vontade da família, naqueles que possuem de 7 à 9 doenças, nos que utilizam um número maior ou igual a 15 medicações e naqueles que sofrem de neoplasias. Concluiu-se que mais estudos devem ser realizados, para que se possa ampliar o conhecimento e obter mais clareza sobre a associação do processo de institucionalização da população idosa com os fatores associados à independência funcional.

Palavras-chave: Idoso, Avaliação Geriátrica, Instituição de Longa Permanência para Idosos

ABSTRACT

The objective here was to study the profile of functional independence of older adults in a long term institution, through the associations between sociodemographic variables (age, gender, education, and time of institutionalization) and clinical variables (reasons for hospitalization, medication, number of diseases, and diagnoses), checking for impact on functional independence in accordance with the FIM scoring (functional independence measure) in terms of motor, cognitive, social, and total. We conducted a quantitative clinical study – a descriptive, analytical, cross-sectional, retrospective research using indirect sources of data (patient charts) in July and August of 2010 in a long-term institution for the elderly in São Paulo. The greatest degree of functional

dependence was found to be associated with older women, those 80 years and older, those with less than 8 years of education, those who have 37 to 47 months of institutionalization, and those who were institutionalized by the will of their families. Also those that have between seven and nine diseases, for which at least 15 medications are taken, and those who suffer from neoplasms. It was concluded that further studies should be conducted so as to increase knowledge and clarity about the association of the institutionalization of the elderly population with the factors concerning functional independence.

Keywords: Aged, Geriatric Assessment, Homes for the Aged

¹ Terapeuta Ocupacional, Especializanda do Curso de Gerontologia do Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

² Terapeuta Ocupacional, Mestranda em Saúde Coletiva Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Fernanda Macedo Pereira • Avenida Júlio Buono, 2360 - Vila Gustavo • São Paulo / SP • Cep 02201-000
E-mail: fernanda_macedopereira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A população nacional, que na década de 70 vivia em um “país de jovens”, começa a envelhecer e adentra no século XXI no “país de idosos”. Diversos estudos comprovam tal crescimento. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹ indica que a partir de 2025 a maioria da população será formada por adultos e idosos, o que corresponderá ao fenômeno de inversão da pirâmide populacional. Esse aumento leva a uma maior probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e, com isso, o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento.²

Para Papaléo Netto,³ o envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão modificando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível a agressões intrínsecas e extrínsecas. Apesar de o processo de envelhecimento não estar, diretamente relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônicas-degenerativas serão frequentemente detectadas nos idosos.⁴

Com o crescimento da população idosa a capacidade funcional surge como novo destaque para a estimativa de saúde. De acordo com Kawasaki & Diogo,⁵ a capacidade funcional tem sido definida como grau de preservação do indivíduo na capacidade de realizar atividades básicas de vida diária (ABVDS) como banhar, vestir, higiene, transferência, continência e alimentação e também para desenvolver atividades instrumentais de vida diária (AIVDS) como cozinhar, arrumar a casa, telefonar, lavar roupa, ir às compras, cuidar das finanças domésticas e tomar remédios.

Quando a capacidade funcional começa a se deteriorar é que os problemas começam a surgir. O conceito está intimamente ligado à manutenção da autonomia, independência até a transferência do idoso para uma instituição, caso não seja possível mobilizar recursos financeiros e familiares para o cuidado em sua própria casa, recorrendo à internação quando a sobrecarga torna-se insuportável ou supõem que o idoso não está recebendo assistência adequada.

A institucionalização do idoso está diretamente ligada a fatores como: classe social, manifestação de doença e disfunção, sendo que imobilidade, instabilidade, incontinência e perdas cognitivas são os principais. A internação do idoso em uma instituição de longa permanência (ILPI), pode se apresentar como única saída para a família, frente a não disponibilidade do suporte familiar, financeiro

e psicológico que o mesmo necessita. Nestas instituições, o indivíduo vive na forma de internato, por tempo determinado ou não.⁶

A capacidade funcional sofre influência de fatores externos, ambientais, físicos e culturais, o que interfere na independência funcional de um indivíduo. Desse modo, a independência funcional pode sofrer alterações durante o processo de institucionalização tanto de forma positiva quanto negativa, uma vez, que se trata de um evento complexo de mudanças para o idoso que passa a viver longe do seu convívio familiar.

Para avaliar a capacidade funcional de um indivíduo institucionalizado um dos instrumentos utilizados é a Medida de Independência Funcional – MIF. Esta é multidimensional e avalia o desempenho do indivíduo em 18 atividades distribuídas em dois grandes domínios: motor e cognitivo/social. Esse instrumento foi traduzido para a língua portuguesa no Brasil em 2000 e nessa época foram realizados testes de reprodutibilidade e confiabilidade, que se mostraram adequados na aplicação total, bem como nos domínios motor e cognitivo.⁷

A MIF,⁸ é um instrumento de avaliação da capacidade funcional de pacientes com restrições funcionais de origem variada. Desenvolvida na América do Norte, na década de 1980, seu objetivo primordial é avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Entre as atividades avaliadas estão as de autocuidado, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas. Cada uma dessas atividades é avaliada e recebe uma pontuação que parte de 1 (dependência total) a 7 (independência completa), assim a pontuação total varia de 18 a 126.

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo conhecer o perfil da independência funcional de idosos em uma instituição de longa permanência, através das associações entre as variáveis sociodemográficas (idade, gênero, escolaridade, e tempo de institucionalização) e as variáveis clínicas (motivo da internação, medicação, quantidade de doenças e hipótese diagnóstica), conforme a classificação de doenças do Código Internacional de Doenças – CID,⁹ verificando se há impacto na independência funcional de acordo com o escore da MIF (medida de independência funcional) na aplicação, motora, cognitiva e total.

Medida de Independência Funcional – MIF

NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL			
Níveis	Descrição		
DEPENDÊNCIA MODIFICADA	1	Ajuda Total (indivíduo >= 0%)	AJUDA
	2	Ajuda máxima (indivíduo >= 25%)	
	3	Ajuda Moderada (indivíduo >= 50%)	
	4	Ajuda Mínima (indivíduo >= 75%)	
	5	Supervisão	
	6	Independência modificada (ajuda técnica)	SEM AJUDA
	7	Independência completa (em segurança, em tempo normal)	
AUTOCUIDADO			
A – Alimentação			
B – Higiene pessoal			
C – Banho			
D – Vestir a metade superior			
E – Vestir a metade inferior			
F – Utilização do vaso sanitário			
CONTROLE DE ESFÍNCTERES			
G – Controle da Urina			
H – Controle das fezes			
MOBILIDADE – TRANSFERÊNCIAS			
I – Leito, cadeira, cadeira de rodas			
J – Vaso sanitário			
K – Banheira, chuveiro			
LOCOMOÇÃO			
L – Marcha / cadeira de rodas	Marcha=	Cadeira de Rodas=	
M – Escadas			
COMUNICAÇÃO			
N – Compreensão	Auditiva=	Visual=	
O – Expressão	Verbal=	Não Verbal=	
COGNIÇÃO SOCIAL			
P – Interação Social			
Q – Resolução de Problemas			
R – Memória			
ESCORE DA MIF	MOTORA:	COGNITIVA SOCIAL:	TOTAL:

*Adaptação do original traduzido para o Brasil.⁸

Figura 1 – Medida de Independência Funcional – MIF

MÉTODO

Trata-se de um estudo clínico quantitativo, do tipo descritivo analítico com corte transversal, retrospectivo por meio de investigação de fon-

Tabela 1 - Comparação das variáveis sócio-demográficas com a MIF motora, cognitiva e total, em uma instituição de longa permanência de São Paulo, 2010

Variáveis	Motora	Cognitiva	Total
Idade			
60 – 64 anos	90,0	30,0	120,0
65 – 69 anos	75,5	24,0	99,5
70 a 74 anos	76,0	26,0	102,0
75 – 79 anos	71,4	24,6	96,1
≥ 80 anos	70,2	24,6	94,8
Sexo			
Masculino	81,6	26,1	107,7
Feminino	68,2	24,1	92,3
Nível de escolaridade			
Analfabeto	75,5	23,0	98,5
Até 8 anos	69,0	23,7	92,7
≥ 8 anos	77,4	27,4	104,8
Tempo de institucionalização			
Até 11 meses	72,1	25,0	97,1
12 a 23 meses	69,0	24,2	93,2
24 a 35 meses	79,0	26,7	105,7
36 a 47 meses	70,2	22,4	92,6
48 a 59 meses	71,3	25,0	96,3
≥ 60 meses	70,7	25,7	95,7

tes indiretas de dados (prontuários).¹⁰ A investigação teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein e autorização prévia do responsável pelo setor com a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O cenário do estudo foi uma ILPI, localizada no município de São Paulo. A instituição é privada, foi fundada em 2005, com objetivo de oferecer acomodação, serviço e assistência, promovendo periodicamente atividade de lazer, saúde e cultura. A equipe é multidisciplinar composta de: assistente social 1, terapeuta ocupacional 1, nutricionista 1, fisioterapeutas 2 (terceirizados), farmacêutico 1, equipe de enfermagem 41 e médico geriatra 1. Até o presente momento estão com 94 idosos e tem a capacidade de atender 125. A instituição foi escolhida pelo seu público diversificado e quantidade de idosos que nela residem.

A população da amostra seguiu critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos na pesquisa prontuários que continham a avaliação por profissional da equipe, na qual constava dados sócio-demográficos, clínicos e funcionais

por meio da aplicação da Medida de Independência Funcional e tempo de permanência na instituição, de ambos os sexos e a faixa etária de 60 (sessenta) anos ou mais. Foram excluídos os idosos que tinham grau de demência avançada, com diagnóstico psiquiátrico e que apresentavam comprometimento funcional moderado já na admissão. Portanto a amostra foi constituída de 27 prontuários.

Foram coletados os dados sócio-demográficos, clínicos e funcionais por meio de um roteiro estruturado, sendo que a análise estatística foi realizada por meio do teste de Kruskal-Wallis, que é aplicado quando temos a mesma configuração de dados que a do teste de Mann-Whitney, e quando são comparadas mais de duas variáveis simultaneamente. O teste de Mann-Whitney é não paramétrico (utilizado em baixas amostragens). Todos os testes foram realizados com nível de significância fixado em 0,05, e os cálculos executados com auxílio dos softwares: SPSS V16, Minitab 15 e Excel Office 2007.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra os resultados da média da MIF motora, cognitiva e total, nas variáveis sócio-demográficas (idade, gênero, escolaridade, e tempo de institucionalização).

Os idosos que obtiveram o menor escore na MIF e conseqüentemente menor nível de independência funcional, considerando a idade, conforme Tabela 1, foram os de 80 anos ou mais com média de 70,2 na motora, 24,6 na cognitiva e um escore total de 94,8.

Quando, através do presente estudo, comparamos os resultados, considerando as características de gênero dos idosos institucionalizados, constatamos que a independência funcional masculina foi maior que a feminina.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, verificamos que quando o tempo de escolaridade é superior a oito anos os idosos apresentam uma independência funcional maior do que aqueles idosos que possuem um tempo menor de escolaridade.

Em relação ao tempo de institucionalização, os idosos que obtiveram menor escore na MIF total foram os de 36 a 47 meses de institucionalização.

Os dados da Tabela 2 apresentam os resultados da média da MIF motora, cognitiva e total, nas variáveis clínicas (motivo da institucionalização, quantidade de medicação, quantidade de doenças e hipótese diagnóstica).

Os resultados apontam que os institucionalizados por vontade própria apresentam um

maior nível de independência funcional em relação aos idosos que foram institucionalizados por vontade da família e àqueles idosos que não tem família e opção.

Comparando a MIF em relação à medicação, os resultados demonstraram que quanto maior o número de medicações menor é a independência funcional do idoso. O mesmo ocorre em relação a quantidade de doenças que acometem os idosos. Aqueles que têm de 7 a 9 ou mais de 10 doenças apresentam menor nível de independência funcional.

No que diz respeito à relação entre o escore obtido na MIF e a hipótese diagnóstica, conforme o Código Internacional de Doenças; das doenças que acometem os idosos na instituição de longa permanência objeto da pesquisa, observamos que aqueles que obtiveram a menor média são aqueles que apresentam doenças relacionadas à neoplasia, com escore motor de 65,2, cognitiva 24,2 e escore total 89,3.

DISCUSSÃO

Neste estudo os idosos que obtiveram o menor escore na MIF e conseqüentemente menor nível de independência funcional, considerando a idade, conforme Tabela 1, foram os de 80 anos ou mais. Isto confirma que com o passar dos anos fica mais evidente com a chegada da velhice, que o corpo humano sofre um declínio fisiológico comprometendo a sua capacidade funcional. Ocorre o enfraquecimento do tônus muscular e da constituição óssea, as articulações ficam mais enrijecidas, reduzindo os movimentos, alterações nos reflexos de proteção e controle de equilíbrio, declínio cognitivo entre outros.¹¹

Pesquisas anteriores evidenciaram a associação entre o sexo feminino e dependência funcional, no presente estudo, considerando as características de gênero, constatou-se que a independência funcional masculina foi maior que a feminina, conforme dados da tabela 1. Esta associação, muitas vezes, é explicada levando-se em consideração a maior longevidade das mulheres em comparação aos homens e, conseqüentemente, o risco maior para o desenvolvimento de doenças incapacitantes que pode levar a dependência funcional.^{12,13}

A educação é um fator determinante para saúde, pois influencia fatores psicossociais e de comportamento. Indivíduos idosos com nível educacional mais elevado são menos prováveis, no decorrer de sua vida terem se exposto aos fatores de risco para doenças e de se submetido a condições de trabalho inadequadas. Maior educação durante a vida favorece o aces-

Tabela 2 - Comparação das variáveis clínicas, com a MIF motora, cognitiva e total em uma instituição de longa permanência de São Paulo, 2010

Variáveis	Motora	Cognitiva	Total
Motivo da institucionalização			
Não tem família e opção	70,3	23,0	93,3
Vontade da família	67,9	23,5	91,4
Vontade própria	79,8	27,5	107,3
Quantidade de medicação			
1 a 4 medicações	77,5	23,5	101
5 a 9 medicações	75,3	24,9	100,2
10 a 14 medicações	67,0	24,6	91,6
≥ 15 medicações	63,3	24,0	87,3
Quantidade de doenças			
1 a 3 doenças	72,7	25,0	97,7
4 a 6 doenças	71,6	24,0	95,6
7 a 9 doenças	58,0	23,0	82,0
≥ 10 doenças	66,0	22,0	88,0
Hipótese diagnóstica			
Neoplasia	65,2	24,2	89,4
Aparelho Circulatório	69,2	24,4	93,6
Sistema Osteomuscular e/ou Tecido Conjuntivo	69,6	24,4	94,1
Aparelho Digestivo	79,1	26,0	105,1

so a: informações, adoção de hábitos saudáveis e procura dos serviços de saúde; o que propicia na velhice maior independência funcional.¹⁴ No presente estudo os idosos que obtiveram o maior escore na MIF e conseqüentemente maior nível de independência funcional, considerando o tempo de escolaridade, conforme Tabela 1, foram os idosos que estudaram por um período igual ou superior a 8 anos, o que confirma estudos anteriores.¹⁵

Conforme este estudo, quanto maior a quantidade de medicamentos ministrados aos idosos, menor é o seu escore na MIF e conseqüentemente menor o seu nível de independência funcional; conforme dados apresentados na Tabela 2. O uso exagerado de medicamentos pode provocar quedas, perda de memória, lentidão motora, tremor e confusão mental, uma vez que a capacidade funcional do idoso pode ser mais comprometida pelos efeitos colaterais dos medicamentos do que pelas doenças de base que levaram ao uso do medicamento.¹⁶

Os dados constantes da tabela 2, indicam que idosos que tem de 7 a 9 doenças ou mais de 10 doenças apresentam menor nível de independência funcional. Outros estudos ve-

rificaram que a soma de mais de uma doença crônica aumenta a ocorrência de dependência funcional¹⁷ e concluíram que as doenças com maior impacto na funcionalidade são a sintomatologia depressiva, o acidente vascular cerebral, a fratura de quadril, a osteoartrite de joelho e as doenças cardíacas.¹⁸ Por outro lado, Alves et al² afirmam que as diversas condições crônicas existentes não possuem impactos similares na funcionalidade. Em um idoso que apresente várias afecções crônicas, a incapacidade de realização de muitas ou de todas as atividades pode dever-se ao efeito de uma única condição de morbidade ou ao efeito independente de várias condições, cada uma delas afetando somente determinadas atividades.⁴

Em outro estudo realizado ao analisar o impacto de diferentes doenças isoladamente, considerou que algumas doenças podem ter uma influência maior do que outras sobre a capacidade funcional do idoso; os resultados indicaram que a presença de hipertensão arterial aumenta em 39% a chance de o idoso ser dependente nas AIVDs, a doença cardíaca aumenta em 82%, a artropatia em 59% e a doença pulmonar em 50%; sendo que a pre-

sença de câncer não ocasionou um impacto estatisticamente significativo na dependência funcional do idoso.¹⁸

Garman et al também não encontraram associação entre incapacidade funcional e câncer.¹⁹ Diferentemente, no presente estudo, conforme apresentado na Tabela 2, à relação entre o escore obtido na MIF e a hipótese diagnóstica, conforme o Código Internacional de Doenças; os idosos que obtiveram a menor média e conseqüentemente menor independência funcional são aqueles que apresentam doenças relacionadas à neoplasia, seguidos em ordem crescente, maior independência funcional, por idosos que apresentam doenças do Aparelho Circulatório, do Sistema Osteomuscular e/ou Tecido Conjuntivo e do Aparelho Digestivo, respectivamente.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo, com idosos residentes em Instituições de Longa Permanência permitiram concluir que o maior grau de dependência funcional está associado aos idosos do sexo feminino, naqueles com idade superior ou igual a 80 anos, nos que têm escolaridade inferior a 8 anos, naqueles com 37 à 47 meses de institucionalização, nos que foram institucionalizados por vontade da família, naqueles que possuem um número de doenças igual ou maior que 7, nos que utilizam um número maior ou igual a 15 medicações e naqueles que sofrem de neoplasias.

Percebeu-se que mais estudos devem ser realizados, para que se possa ampliar o conhecimento em relação a este universo, permitindo conhecer com mais clareza a associação do processo de institucionalização da população idosa com os fatores associados à independência funcional e suas implicações.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais 2006. Rio de Janeiro: IBGE; 2006. v. 19 [Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica].
2. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev saúde pública. 2003;37(1):40-8.
3. Carvalho Filho ET. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaleo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em uma visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 60-70.
4. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad saúde pública. 2007;23(8):1924-30.

5. Kawasaki K, Diogo MJD. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta fisiátr.* 2005;12(2):55-60.
6. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev latinoam enferm.* 2004;12(3):518-24.
7. Kawasaki K, Cruz KCT. A utilização da medida de independência funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. *Med Rehabil.* 2004;23(3):57-60.
8. Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta fisiátr.* 2001;8(1):45-52.
9. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde [base de dados na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; c2010 [citado 2010 Maio 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040203>
10. Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e saúde.* 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
11. Pelegrin AKAP, Araújo JA, Costa LC, Cyrillo RMZ, Rosset I. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Arq ciênc saúde.* 2008;15(4):182-8.
12. Santos KA, Koszuoski R, Dias da Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(11):2781-8.
13. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad saúde pública.* 2003;19(3):793-8.
14. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AM. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Cienc saude coletiva.* 2006;11(4):941-50.
15. Ross CE, Wu CL. Education, age, and the cumulative advantage in health. *J Health Soc Behav.* 1996;37(1):104-20.
16. Garcia JT. Uso de medicamentos. In: Ramos LR, Toniolo Neto J. *Guia de geriatria e gerontologia.* Barueri: Manole; 2005. p. 27-36.
17. Verbrugge LM, Lepkowski JM, Imanaka Y. Comorbidity and its impact on disability. *Milbank Q.* 1989;67(3-4):450-84.
18. Guccione AA, Felson DT, Anderson JJ, Anthony JM, Zhang Y, Wilson PW, et al. The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham Study. *Am J Public Health.* 1994;84(3):351-8.
19. Garman KS, Pieper CF, Seo P, Cohen HJ. Function in elderly cancer survivors depends on comorbidities. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003;58(12):M1119-24.