



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MANUELA BASTOS ALVES

A SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA  
APOIADA NA TEORIA DE NIGHTINGALE

SALVADOR

2014

MANUELA BASTOS ALVES

A SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA  
APOIADA NA TEORIA DE NIGHTINGALE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de pesquisa “O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano”.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria do Rosário de Menezes

**Coorientadora:** Profa. Dra. Ridalva Dias Martins Felzemburgh

SALVADOR

2014

Alves,Manuela Bastos

A474s A saúde de idosos residentes em Instituições de longa permanência apoiada na Teoria de Nightingale. / Manuela Bastos Alves.– Salvador, 2014.  
f.: il.

Orientador: Maria do Rosário de Menezes  
Coorientadora: Ridalva Dias Martins Felzemburgh

DISSERTAÇÃO (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem.

1. Enfermagem Geriátrica 2. Idosos – saúde e higiene  
I. Universidade Federal da Bahia. II. Título.

CDD: 618.97

**MANUELA BASTOS ALVES**

**A SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA  
PERMANÊNCIA APOIADA NA TEORIA DE NIGHTINGALE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa “O cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Aprovada em 30 de junho de 2014.

**BANCA EXAMINADORA**

**Maria do Rosário de Menezes**

Doutora em Interunidades Saúde do Adulto Idoso e Professora da Universidade Federal da Bahia

**Ana Paula Pessoa de Oliveira**

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal do Amazonas

**Adriana Valéria da Silva Freitas**

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

**Larissa Chaves Pedreira**

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Dedico este trabalho a todas as pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência que, ainda sofrendo por males físicos e sociais, são verdadeiros exemplos de força e coragem pela sua enorme vontade de viver.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço àqueles que, generosamente, estiveram comigo nessa jornada.

**À Deus,**

Pela vida, sabedoria e paz nos momentos de angústia.

Aos **meus pais Maria Amélia e Raimundo, minha Dinda Onélia e a Urânia,**

Pelo incentivo, amor, carinho e por acreditarem sempre em mim.

As **minhas irmãs Michelle e Ana Amélia**

Pela força, incentivo e amizade.

A **Professora Maria do Rosário**

Pela sua competente orientação, compreensão e partilha do saber.

Aos meus amigos conquistados durante essa caminhada **Valdenir Almeida, Juliana Amaral e Andréa Souza,**

Pela amizade, apoio mútuo, palavras de conforto, generosidade e troca de saberes.

A **Professora Ridalva**

Pela orientação e colaboração

A **Professora Nadirlene Pereira Gomes**

Pelo acolhimento, confiança, generosidade e incentivo.

As **Instituições de Longa Permanência para Idosos** que abriram suas portas para a realização desta pesquisa.

Ao Núcleo de Estudos para Valorização do Envelhecimento – **NEVE.**

Pelas informações compartilhadas

A **Gilvania Patrícia do Nascimento Paixão e Luana Araújo dos Reis**

Pela ajuda, apoio e colaboração.

*“Saber envelhecer é a obra-prima da sabedoria e um dos capítulos mais difíceis na grande arte  
de viver.”*

*Hermann Melville*

## RESUMO

ALVES, Manuela Bastos. **A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência apoiada na Teoria de Nightingale**. 2014. 119 f. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2014.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal, de abordagem quantitativa que teve como objetivo geral: analisar as condições de saúde de idosos que residem em instituições de Longa Permanência e caracterizar estas instituições quanto aos aspectos físico-estruturais e organizacionais. Foi desenvolvida em quatro instituições de longa permanência localizadas no Distrito Sanitário de Itapagipe, na cidade de Salvador-Bahia, de setembro a novembro de 2013. Participaram do estudo 117 idosos residentes, quatro coordenadores e sete cuidadores de idosos destas instituições. Foram utilizados dois questionários como instrumento de coleta de dados, contendo questões sócio-demográficas e de saúde dos idosos e, questões sobre a estrutura organizacional das instituições. Os dados quantitativos foram tratados por meio do software SPSS e interpretados segundo a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale. Os resultados mostraram que a maioria (85,5%) dos idosos era do sexo feminino, na faixa etária de 81 anos, (64,1%) era de cor parda, (88,0%) era da religião católica, (51,3%) era natural de Salvador - Bahia, possuíam 1-8 anos de estudo (27,4%), tinham familiares (80,3%), não recebiam visitas (65,0%), solteiros (48,7%), com renda de um salário mínimo, aposentados (90,3%), procedentes da casa própria (38,5%), levados à instituição por familiares que não os filhos (66,2%), residindo nestas residências há aproximadamente 51 meses, possuíam alteração visual (96,6%), apresentavam alterações do sono (56,4%), apresentavam úlceras por pressão em região sacra (30,8%) e em região trocateriana direita (11,1%), sofreram quedas no último ano (43,6%), a hipertensão arterial foi a doença mais prevalente (54,7%), faziam uso constante de medicamentos (82,9%), se mostraram dependentes na realização das Atividades da Vida Diária (68,4%), o risco de demência para os idosos que possuíam escolaridade foi de 14,8% e para os analfabetos ou que não se tinha registro sobre escolaridade o risco de demência foi de 45,7% e 39,5% respectivamente. A maioria dos idosos é portadora de morbidades, é dependente para realização das atividades de vida diária e com a capacidade cognitiva comprometida. As Instituições de Longa Permanência para Idosos investigadas necessitam de adequação na estrutura física e reorganização dos serviços com o propósito de responder, principalmente, a demanda crescente da população gerontogeriatrica e atender as necessidades de saúde dos idosos residentes, de forma a estimular e promover a manutenção da sua independência e autonomia.

**Palavras-chave:** Pessoa Idosa, Instituição de Longa Permanência, Saúde da Pessoa Idosa, Teoria de Nightingale.



## ABSTRACT

ALVES, Manuela Bastos. **The Health elderly people living in long-stay institutions supported by the Nightingale Theory.** 2014. 119 f. Dissertation (Master's in Nursing). School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador. 2014.

This is a descriptive quantitative approach that has the general objective is to analyze the health of elderly living in long-stay institutions and characterize these institutions for physico-structural and organizational skills. Was developed in four long-term institutions located in the Sanitary District Itapagipe in the city of Salvador - Bahia, from September to November 2013. Participants were 117 elderly residents of four coordinators seven elderly caregivers of these institutions that agreed to participate . Two questionnaires as a tool for data collection, containing sociodemographic and health issues of the elderly, and questions about the organizational structure of the institutions were used. The quantitative data was analyzed using SPSS software and interpreted according to Environmentalist Theory of Florence Nightingale. Most seniors were female (85.5%), aged 81 years, mulatto (64.1%), Catholics (88.0%), a native of Salvador, Bahia (51.3% ), had 1-8 years of study (27.4%) had family members (80.3%) received no visits (65.0%), single (48.7%), with an income of a minimum wage, retirees (90.3%), coming from home (38.5%), led to the institution by family members other than children (66.2%), living in these residences for approximately 51 months, had visual change (96.6 %) had sleep disturbances (56.4%) had pressure ulcers in the sacral region (30.8%) and right trochanteric region (11.1%), falls in the past year (43.6%) , hypertension was the most prevalent disease (54.7%), made constant use of medications (82.9%), proved to be dependent on the realization of Activities of Daily Living (68.4%), the risk of dementia for seniors who had schooling was 14.8% and for the illiterate or had not record of schooling the risk of dementia was 45.7% and 39.5% respectively. Most seniors are carriers of diseases, is dependent for performing daily life and with impaired cognitive ability activities. The Institutions for the Aged require adaptation in physical structure and re-organization of services for the purpose of responding mainly to the increasing demand of geriatric population and meet the needs of the elderly residents in order to promote the maintenance of their independence and autonomy.

**Keywords:** Elder, long-stay institution, Senior Health, Theory Nightingale.

## RESUMEN

ALVES, Manuela Bastos. **Las personas mayores de salud que viven en instituciones de larga estadía con el apoyo de la Teoría Nightingale**. 2014. 119 f. Tesis (Maestría en Ciencias de Enfermería). Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía. 2014..

Se trata de un enfoque cuantitativo descriptivo que tiene como objetivo general analizar la salud de adultos mayores que viven en instituciones de larga estancia y caracterizar estas instituciones cuanto a los aspectos físicos estructurales y organizacionales. Fue desarrollado en cuatro instituciones de larga estancia ubicadas en la Jurisdicción Sanitaria de Itapagipe en la ciudad de Salvador - Bahía, de septiembre a noviembre de 2013. Los participantes fueron 117 adultos mayores residentes, cuatro coordinadores y siete cuidadores de adultos mayores que aceptaron participar del estudio. Se utilizaron dos cuestionarios como herramienta de recolección de datos, que contiene cuestiones sociodemográficas y de salud de los adultos mayores, y preguntas acerca de la estructura organizativa de las instituciones. Los datos cuantitativos se analizaron con el programa SPSS y se interpretaron de acuerdo con la Teoría Ambientalista de Florence Nightingale. La mayoría de los adultos mayores eran mujeres (85,5%), con edades entre 81 años, mulato (64,1%), católicos (88,0%), natural de Salvador - Bahía (51,3% ), tenían 1-8 años de estudio (27,4%), tenían familia (80,3%), no recibían visitas (65,0%), solteros (48,7%), con un ingreso de un salario mínimo, jubilados (90,3%), que viene de su propio domicilio (38,5%), dirigido a la institución por otros miembros de la familia que no eran los hijos (66,2%), viviendo en estas residencias durante aproximadamente 51 meses, tenían alteraciones visuales (96,6 %), tenían alteraciones del sueño (56,4%), tenían úlceras por presión en la región sacra (30,8%) y la región del trocánter derecho (11,1%), caídas en el último año (43,6%). La hipertensión arterial fue la enfermedad más frecuente (54,7%), hacían uso continuo de medicamentos (82,9%), son dependientes de la realización de las Actividades de la Vida Diaria (68,4%), el riesgo de demencia para los adultos mayores que tenían escolaridad fue de 14,8% y para los analfabetos o no habían récord de escolarización el riesgo de demencia fue de 45,7% y 39,5%, respectivamente. La mayoría de los adultos mayores son portadores de enfermedades, son dependientes para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y en las actividades de habilidad cognitiva. Las instituciones para las personas de edad requieren una adaptación de la estructura física y la reorganización de los servicios con el fin de responder sobre todo a la creciente demanda de la población geriátrica y satisfacer las necesidades de los residentes de edad avanzada con el fin de estimular y promover el mantenimiento de su independencia y autonomía.

**Palabras clave:** Anciano, institución de larga estancia, mayor de la salud, Teoría Nightingale

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Distribuição das ILPIs e da população participante do estudo, Salvador, 2013.	46
<b>Quadro 2</b>	Distribuição diária do corpo técnico-administrativo das ILPIS, Salvador, 2013.	52
<b>Quadro 3</b>	Caracterização das ILPIs quanto ao número de vagas, número de residentes, sexo, grau de dependência e número de cuidadores, Salvador, 2013.	54

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Distribuição das frequências das características sociodemográficas dos idosos residentes em ILPIs.	59
<b>Tabela 2</b>	Distribuição das frequências relacionadas a alterações dos órgãos dos sentidos e da comunicação dos idosos residentes em ILPIs	63
<b>Tabela 3</b>	Distribuição das frequências relacionadas a alterações do sono de idosos residentes em ILPIs	67
<b>Tabela 4</b>	Distribuição das frequências relacionadas à integridade da pele de idosos residentes em ILPIs	70
<b>Tabela 5</b>	Distribuição das frequências relacionadas à queda entre idosos residentes em ILPIs,	73
<b>Tabela 6</b>	Distribuição das frequências relacionadas a doenças crônicas de idosos residentes em ILPIs,	77
<b>Tabela 7</b>	Distribuição das frequências relacionadas ao uso de medicamentos pelos idosos residentes em ILPIs	79
<b>Tabela 8</b>	Distribuição das frequências relacionadas às atividades básicas de vida diária dos idosos residentes em ILPIs	82
<b>Tabela 9</b>	Distribuição das frequências relacionadas ao escore obtido através do Mini-exame do estado mental realizado com idosos residentes em ILPIs	84

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Humana

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVD: Atividades de Vida Diária

CNDI: Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

CLT: Consolidação das Leis de Trabalho

DCNT: Doenças Crônicas não Transmissíveis

DIEESE: Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos

DM: Diabetes Mellitus

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOAS: Lei Orgânica da Assistência Social

MEEM: Mini-exame do Estado Mental

MG: Minas Gerais

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

PIB: Produto Interno Bruto

PNI: Política Nacional do Idoso

PNSI: Política Nacional de Saúde do Idoso

PSF: Programa de Saúde da Família

RDC: Resolução da Diretoria Colegiada

RJ: Rio de Janeiro

RMV: Renda Mensal Vitalícia

RT: Responsável Técnico

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SNC: Sistema Nervoso Central

SP: São Paulo

UP: Úlcera por Pressão

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução</b>	<b>15</b>
<b>2 Revisão de literatura</b>	<b>19</b>
2.1 Demografia e epidemiologia do envelhecimento	19
2.1.1 Perfil social e econômico dos idosos brasileiros	22
2.2 Processo de envelhecimento	24
2.2.1 Alterações psicobiológicas do envelhecimento	25
2.3 O impacto das doenças não transmissíveis nos idosos sobre o sistema de saúde	28
2.4 As Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI	30
2.4.1 A vida na instituição de longa permanência	34
2.4.2 O cuidado ao idoso na ILPI	36
2.5 Políticas públicas de atenção ao idoso	38
<b>3 A Teoria Ambientalista de Florence Nightingale</b>	<b>41</b>
<b>4 Metodologia</b>	<b>44</b>
4.1 Tipo de estudo	44
4.2 Local do estudo	44
4.3 População do estudo	45
4.4 Coleta e armazenamento dos dados	46
4.5 Análise dos dados	47
4.6 Aspectos éticos da pesquisa	48
<b>5 Resultados</b>	<b>50</b>
5.1 Características físicos-estruturais e organizacionais das ilpis	50
5.1.1 Recursos humanos das ILPIs	51
5.1.2 Características da clientela das ILPIs	54
5.1.3 Características físicas e arquitetônicas das ILPIs	55
5.2 Características sóciodemográficas dos idosos	59
5.3 Condições de saúde dos idosos residentes em ILPIs de Salvador	63
5.3.1 Capacidades sensoriais e comunicação	63
5.3.2 Sono e repouso	67
5.3.3 Integridade da pele	70
5.3.4 Quedas	73
5.3.5 Doenças crônicas e uso de medicamentos	77

5.3.6 Capacidade funcional	82
5.3.7 Padrão cognitivo	85
<b>6 Considerações Finais</b>	<b>89</b>
<b>Referências</b>	<b>92</b>
<b>Apêndices</b>	<b>101</b>
<b>Anexos</b>	<b>117</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como proposta contribuir para uma análise acerca da saúde dos idosos que residem nas instituições de longa permanência (ILPIs), assim como caracterizar estas instituições quanto aos aspectos físico-estruturais e de recursos humanos.

A longevidade da população é um fenômeno mundial que nos desperta para a velhice como uma questão social, onde o envelhecer consiste numa fase da vida cercada por alterações físicas, psicológicas e sociais que acomete cada indivíduo de forma singular (CARVALHO FILHO, 2006). Para Eliopoulos (2011) o envelhecimento é um processo natural e progressivo que provoca mudanças graduais e inevitáveis, desencadeando um desgaste do sistema orgânico, causando alterações nos aspectos culturais, sociais e emocionais, podendo se instalar em diferentes idades cronológicas.

A Organização Panamericana de Saúde entende o envelhecer como “um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo [...] de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2003).

O envelhecimento fisiológico provoca diversas alterações das funções orgânicas, causando um desequilíbrio homeostático sobre o organismo, culminando desta forma para um declínio gradual e progressivo das funções fisiológicas (SANTOS, 2010). Esse declínio pode ser classificado de duas maneiras: a senescência e a senilidade, onde a primeira consiste num envelhecimento de forma saudável, com diminuição progressiva da capacidade funcional, que em condições normais não costuma ocasionar problemas, enquanto a segunda provém de um envelhecimento em condição patológica decorrente de doenças, acidentes ou estresse emocional (BRASIL, 2006).

Conforme Nunes et al (2010), as pessoas que vivem mais se apresentam mais vulneráveis à aquisição de patologias crônico-degenerativas, com possibilidades, muitas vezes, de ficarem com dependência funcional, e conseqüentemente, familiar, emocional e econômica. Estudos realizados por Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) sobre as condições de saúde e o uso de serviços de saúde da população brasileira, revelam que 69% dos idosos referem ter pelo menos uma doença crônica, prevalecendo dentre estas a hipertensão e a artrite. Rabelo e Cardoso (2007) trazem que as doenças crônicas são as maiores causadoras de incapacidades, especialmente entre os mais velhos.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) podem causar alterações na

funcionalidade das pessoas idosas. Pesquisas revelam que 5% dessa população na faixa etária de 60 anos desenvolvem dependência para a realização das atividades de vida diária (AVD) e que esse índice é maior entre os idosos com 90 anos ou mais, atingindo a margem de 50% (BRASIL, 2006).

A limitação da funcionalidade da pessoa idosa e a conseqüente dependência de cuidados podem ocasionar alterações dos elementos socioeconômicos, comprometendo a permanência do idoso junto à sua família (NUNES et al, 2010). A indisponibilidade de uma pessoa da família que assuma o papel de cuidador constitui a principal causa de transferência de idosos para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, denominadas ILPIs (DARVIN et al, 2004).

A instituição asilar nada mais é do que uma antiga modalidade de atendimento para pessoas com limitações, sem moradia ou sem familiares, instituídos há bastante tempo pela política de previdência social no Brasil, hoje denominada de Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPIs. Governamentais ou não, estas instituições têm caráter residencial, sendo destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (BRASIL, 2003).

Pesquisa realizada por Gamburgo e Monteiro (2009) revelou que, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), existem cem mil idosos morando em ILPIs espalhadas por todo o território brasileiro. Menezes (2010), relata que grande parte dos idosos que residem nas ILPIs são frágeis e portadores de algum tipo de demência necessitando assim de um cuidado mais especializado, que na maioria das vezes é dispensado por cuidadores sem nenhum preparo para a função. Arelado a isso, Pavan, Meneghel e Junges (2008), destacam que a institucionalização pode levar ao declínio das capacidades funcionais físicas e cognitivas dos idosos, especialmente quando o ambiente não favorece condições adequadas para a manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa.

Florence Nightingale já falava que o ambiente é considerado um fator significativo para a recuperação e manutenção da saúde. Destaca em seus escritos que a ventilação, a higiene, a iluminação e o silêncio podem afetar a saúde das pessoas doentes e saudáveis, defendendo que a manutenção da saúde estava diretamente ligada à prevenção da doença por meio do controle ambiental (NIGHTINGALE, 2010).

Meu interesse pela temática “idoso institucionalizado” se deu no exercício da minha profissão, enquanto enfermeira vinculada a uma empresa de internação domiciliar, onde pude prestar assistência e acompanhar a reabilitação de idosos que residiam em uma ILPIs e se

encontravam sob os cuidados médicos e de enfermagem. Inquietou-me as condições em que viviam aqueles idosos, devido à falta de estrutura das instalações e insuficiência de recursos humanos e materiais, como também a solidão dos idosos residentes, secundária ao abandono familiar ou falta de parentes vivos. Essas inquietações aguçaram em mim o desejo de melhor compreender a vida dos idosos institucionalizados, me levando a ingressar, em 2011, como aluna especial na disciplina intitulada “Seminário Geral: Saúde da População Idosa”, vinculado ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA. Nesta disciplina, também tive a oportunidade de visitar Instituições de Longa Permanência para Idosos.

O desejo de me aprofundar nessa temática me motivou a ingressar no Mestrado em Enfermagem na linha de pesquisa “O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano”. Atualmente participo do NEVE<sup>1</sup> onde tenho me aproximado ainda mais das questões relacionadas ao cuidado de enfermagem à pessoa idosa. Contudo, para atender as necessidades dos idosos é preciso entender o processo de envelhecimento da população como um fenômeno mundial e que o Brasil envelhece a passos largos, compreendendo que a moradia em ILPIs constitui a única opção para idosos sem família ou que não têm mais capacidade de cuidar de si.

Nesta perspectiva, considerando que a longevidade geralmente traz consigo uma série de limitações que afetam seriamente a autonomia destas pessoas, muitas vezes afastando-os do convívio familiar, por incapacidade de se auto cuidarem ou de serem cuidados decidiu-se realizar este estudo que tem como objeto a saúde dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência e as características físico-estruturais e organizacionais destas instituições. Com base neste objeto foram construídas as seguintes questões norteadoras: qual a condição de saúde dos idosos que residem em Instituições de Longa Permanência? Quais as características físicas, estruturais e organizacionais das Instituições de Longa Permanência para Idosos?

Assim, o estudo tem como objetivo geral analisar as condições de saúde dos idosos residentes em instituições de Longa Permanência e caracterizar estas instituições quanto aos aspectos físicos-estruturais e organizacionais; como objetivos específicos descrever as características sócio-demográficas e as condições de saúde dos idosos residentes em

---

1

Núcleo de Estudos para Valorização do Envelhecimento, vinculado a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que tem como foco fomentar a produção do conhecimento nas áreas de Enfermagem Gerontológica e Geriátrica onde participo desde março de 2011.

Instituições de Longa Permanência e descrever a estrutura das Instituições de Longa Permanência quanto aos aspectos físicos e organizacionais.

Conforme Pestana e Espírito Santo (2008) ainda são poucos os estudos sobre as condições de saúde de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. Para esses autores, é necessário pensar em medidas que favoreçam a melhoria da estrutura dessas instituições em busca da garantia de um envelhecimento saudável. Assim, este estudo se justifica em razão da carência de pesquisas que abordem essa temática e pela possibilidade de contribuição de subsídios para a elaboração de programas e estratégias assistenciais para a população idosa residente nestas instituições. Do mesmo modo acredita-se que estes resultados possam também contribuir mais especificamente para os profissionais de enfermagem e demais profissionais da área gerontogeriátrica naquilo que se refere à responsabilidade profissional e social da cobertura assistencial com elevada demanda e complexidade de cuidados para esta população.

Este estudo encontra-se estruturado em seis capítulos. No primeiro, apresenta-se uma introdução acerca do objeto de estudo, sua contextualização, a problematização e os objetivos. O segundo capítulo versa sobre a revisão da literatura contemplando os temas: aspectos demográficos, epidemiológicos e sociais do envelhecimento; alterações psicobiológicas advindas do envelhecimento; doenças mais prevalentes na velhice; a vida de idosos nas Instituições de Longa Permanência, as Políticas Públicas para idosos e as Normas de funcionamento das ILPIs – Portarias e Resoluções. No terceiro capítulo, apresenta-se a abordagem teórica com considerações acerca da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale. No capítulo quatro apresentam-se as etapas do método adotado no estudo finalizando com os apêndices e anexos, contendo os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e os instrumentos de coleta de dados. O quinto capítulo aborda os resultados obtidos no estudo acerca das condições de saúde dos idosos residentes em ILPIs e sobre as características destas instituições. O capítulo seis aborda as considerações finais do estudo.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 DEMOGRAFIA E EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO**

O crescimento populacional é um fenômeno que vem acontecendo ao longo do tempo devido à melhora nas condições sociais e econômicas (BRITO, 2008). Pereira (2007) traz que em 1650 a população mundial alcançou um contingente de 500 milhões de habitantes, passando para 2 bilhões em 1930, 3 bilhões em 1960 e 5 bilhões em 1986. Esse crescimento tornou-se mais acentuado a partir da segunda metade do século XX devido à redução nas taxas de mortalidade em todas as idades seguida da queda nas taxas de fecundidade, ambas ocorrendo em um pequeno espaço de tempo (CAMARANO e KANSO, 2009; BRITO, 2008).

De acordo com Vermelho e Monteiro (2006) o aumento progressivo da população resultou de modificações ocorridas nos indicadores epidemiológicos denominados taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade, onde mortalidade expressa o quociente entre frequências absolutas de óbitos e o número de sujeitos expostos ao risco de morrer, taxa de natalidade consiste no número de nascidos vivos em relação à população total, e a taxa de fecundidade corresponde ao número de nascidos vivos ocorridos em um dado período de tempo relacionado com o número de mulheres em idade fértil, ou seja, entre a faixa etária de 15-49 anos.

As alterações ocorridas entre a mortalidade, natalidade e fecundidade, levaram à ocorrência de um evento social denominado transição demográfica onde se identifica três fases: a fase industrial ou primitiva, onde as taxas de natalidade e mortalidade estão elevadas; a fase intermediária de “divergência de coeficientes”, na qual as taxas de natalidade permanecem altas e as taxas de mortalidade decrescem, caracterizando assim, uma explosão demográfica; e a fase intermediária de “convergência de coeficientes”, fase na qual a natalidade diminui de forma mais rápida do que a mortalidade, culminando assim para um envelhecimento acelerado da população. No final deste processo ocorre um equilíbrio da população e como consequência observa-se um aumento na esperança de vida, ampliação da proporção de mulheres e um envelhecimento populacional (VERMELHO e MONTEIRO, 2006).

O Envelhecimento da população é hoje um fenômeno mundial de relevância considerável. Em 1950, o percentual de indivíduos que possuíam idade igual ou superior a 60 anos era de 8,2%, em 2000 essa faixa etária chegou a 10%. Estima-se que em 2050 o mundo terá 2 bilhões de pessoas idosas, o que corresponde a um idoso para cada grupo de cinco

peças (MACHADO et al, 2010). De acordo com a Organização das Nações unidas (ONU), a população global de idosos está crescendo mais rápido do que a população de jovens, a uma taxa de 2,6% ao ano, o que exigirá da maior parte dos países ajustes econômicos e sociais (ONU, 2009).

Existem muitas diferenças entre as regiões com relação à participação dos idosos no cenário populacional. Nas mais desenvolvidas a população com 60 anos ou mais correspondia a 12% no ano de 1950. Em 2000, essa proporção havia aumentado de forma acentuada na Europa passando para 20,3% em ritmo menos acelerado na América do Norte, com índices de 16,2% e apenas 13,4% na Oceania. Para o ano de 2050, as projeções indicam que a Europa terá em média 36,6% de sua população com 60 anos ou mais, enquanto a América do Norte terá índices em torno 27,2% e a Oceania 23,3% (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, 2010).

Com relação às regiões em desenvolvimento, em 1950 as pessoas com 60 anos ou mais representavam apenas 6% da população total. No ano de 2000 houve um acréscimo de aproximadamente 2 pontos percentuais nos indicadores, tanto da Ásia quanto da América Latina e Caribe. Já a África experimentou nesse período um decréscimo na população idosa (BRASIL, 2003).

Em 2050 estima-se que o quantitativo de pessoas com 60 anos ou mais representará cerca de 20% da população das regiões em desenvolvimento, aproximando-se assim dos padrões observados nas regiões desenvolvidas (BRASIL, 2008).

No que se refere ao grupo populacional dos muito idosos caracterizados por pessoas com 80 anos ou mais, os índices revelados no ano de 1950 apontavam que nas regiões mais desenvolvidas essa população correspondia a 9% do total de idosos. Em contrapartida os índices observados na América do Norte, registravam em 2000 um percentual de 19,8% de idosos com essa faixa etária liderando o ranking das regiões desenvolvidas. A Oceania vinha em seguida com 16,5% e a Europa registrava proporções em torno de 14,6%. Para o ano 2050 as projeções indicam que a América do Norte registrará um percentual de 28,3% mantendo o primeiro lugar com aproximação desse índice pela Europa e pela Oceania, que exibirão proporções de 27,1% e 24,2%, respectivamente (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, 2010).

A América Latina, Caribe e a Ásia apresentam desempenho parecido aos das regiões desenvolvidas. Em 1950 a proporção de pessoas com 80 anos ou mais girava em torno de 6,5% e 4,6%, respectivamente. Em 2000 estas regiões apontavam percentuais de 11,1% e 9,1% atingindo em 2050 18,1% e 18,4%. Na África onde a proporção de idosos com essa

faixa etária era similar ao da Ásia, em 1950 segundo as projeções para 2050 esse indicador será de 11% (BRASIL, 2008).

Com relação à transição demográfica no Brasil até o final do século XIX as doenças infecciosas estavam entre os principais problemas de saúde pública responsáveis por elevadas taxas de mortalidade infantil e baixa expectativa de vida. Porém, no decorrer do século XX devido à melhora nas condições de saneamento básico, a descoberta de novas tecnologias médicas e maior acesso da população aos serviços de saúde, obteve-se uma significativa diminuição da mortalidade infantil por diarreia e doenças infecciosas, diminuição nas taxas de fecundidade, aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população, culminando desta forma para transformações consideráveis na estrutura demográfica brasileira (BUCHALLA, WALDMAN e LAURENTI, 2003).

Durante as décadas de 80 e 90 o Brasil experimentou uma diminuição acelerada das taxas de natalidade em relação às taxas de mortalidade infantil e de fecundidade. Só em 2004 a taxa de fecundidade alcança o nível de reposição da população atingindo o índice de 2,1 filhos por mulher. No ano de 1980 a mortalidade infantil diminuiu de 69,10 por mil nascidos vivos para 22,5 por mil em 2009. Nesse mesmo período a esperança de vida ao nascer aumentou em 10,49 anos, passando de 62,6 anos em 1980 para 73,09 anos em 2009 (MENDES et al, 2012). As projeções referem para o ano de 2050 que a esperança de vida média dos brasileiros será de 81,3 anos, sendo 84,5 para as mulheres e 78,2 anos para os homens (IBGE, 2008).

A evolução das faixas etárias populacionais no Brasil começou aproximadamente na década de 80 e conforme projeções futuras persistirá até o ano de 2040. Desde o ano de 1990 até hoje a população manteve-se com idade entre 15 e 60 anos e essa estatística permanecerá até 2020 quando essa faixa etária atingirá 66% da população total, começando a decrescer a partir de 2030 chegando a atingir 61% até o ano de 2040 (MENDES et al, 2012).

Segundo dados do IBGE (2010) em 1990 eram mais de 50,4 milhões de crianças menores de 15 anos, correspondendo a 35% da população. No ano de 2010 esse índice diminuiu para 49,4 milhões (25,6%) e pelas projeções atingirá 32,6 milhões em 2040 representando apenas 14,9% da população total brasileira.

Nessa perspectiva, a população idosa que já apresentava um crescimento de 10% em 2010 aumentará esse percentual para 13,7% a partir de 2020, quando a população de idosos atingirá a marca de 28,3 milhões. Em 2040 o número de idosos chegará a 52 milhões, correspondendo a 23,8% quase um quarto do total de habitantes do país (MENDES et al, 2012).

Assim, pode-se perceber que a população de idosos está crescendo mais rapidamente do que a de crianças. Em 1980 existiam em média 16 idosos para cada 100 crianças. Já no ano de 2000 essa relação aumentou para 30 idosos para cada 100 crianças destacando um aumento considerável em 20 anos (MENDES et al, 2005).

Atualmente a população de idosos no Brasil é de 21.039 milhões, o que corresponde a aproximadamente 11% da população total. A região Nordeste apresenta-se com 5.441 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que totaliza um quarto da população de idosos do país. Dos estados da região, a Bahia é o que reúne o maior número de idosos, 1.497 milhão representando 10,7% do total da população o que faz dela um estado envelhecido. Salvador e Região metropolitana concentra um contingente de aproximadamente 303 mil pessoas com idade maior ou igual a 60 anos (IBGE, 2010).

Diante desses dados a estimativa é que em 2025 o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo em percentual de população idosa, com uma população de aproximadamente 30 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que corresponderá a 15% da população total (SOUZA, MORAIS e BARTH, 2006)

### 2.1.1 PERFIL SOCIAL E ECONOMICO DOS IDOSOS BRASILEIROS

A cada ano 650 mil idosos são incorporados ao cenário da população brasileira, muitos deles com doenças crônicas e limitações funcionais (VERAS, 2009). Desse modo, o aumento da população idosa é reconhecido como um problema previdenciário e de saúde pública, tornando-se assunto de discussões nas áreas de políticas de saúde e sociais (GUERRA e CALDAS, 2010).

Aproximadamente 75% dos idosos do Brasil vivem nas regiões Sudeste e Nordeste do País, onde as diferenças em termos de indicadores socioeconômicos e situação de saúde são bastante conhecidas. Devido às precárias condições de vida e insuficientes oportunidades de empregos na Região Nordeste, a migração dos jovens para outras regiões acabam enfraquecendo as relações familiares dos idosos de baixa renda (COELHO FILHO e RAMOS, 1999).

Como em outros países do mundo o Brasil também apresenta uma predominância de mulheres na faixa etária idosa, cerca de 55% da população de 60 anos ou mais. Essa diferença torna-se acentuada com o avançar da idade onde na faixa etária de 65 a 69 anos existem 118 mulheres para cada 100 homens e, essa razão se mantém elevada também na faixa etária de 80 anos ou mais, havendo 141 mulheres para cada 100 homens (GARRIDO e MENEZES, 2002).



Esse fenômeno é caracterizado como “feminização da velhice” e ocorre devido às mulheres estarem menos expostas aos riscos para mortalidade por causas externas e violentas e também por consumirem em menor proporção o álcool e o tabaco, elementos que podem desencadear doenças cardiovasculares e neoplasias. Soma-se ainda o fato das mulheres visitarem o serviço de saúde com mais frequência, o que permite o diagnóstico e cura de doenças diminuindo assim os índices de mortalidade dessa população (PEREIRA, CURIONI; VERAS, 2003).

No que se refere à situação conjugal há um predomínio maior de mulheres viúvas, solteiras e separadas em relação aos homens, sendo esse fato explicado pelo maior índice de recasamento dos homens com mulheres mais jovens. Pesquisa realizada no interior de Minas Gerais com uma amostra de 15% da população de idosos residentes no município apontou que 62% dos idosos possuíam vínculo conjugal e 37,4% viviam sem companheiro sendo solteiros, viúvos, separados ou divorciados (PEREIRA et al, 2010).

Com relação à escolaridade Pereira; Curioni e Veras (2003), mostram que a maioria dos idosos brasileiros é analfabeta, ou seja, não sabe ler ou escrever. Em 1991 existiam 44,2% de idosos analfabetos, passando para 35,2% no ano de 2000. Desse contingente a maioria dos analfabetos é composta por mulheres, fato que explica as desigualdades de acesso à educação nas primeiras décadas do século passado (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003). Confirmando estes dados, pesquisa feita por Pereira et al (2010) com idosos do sudeste do Brasil, evidenciou que do total de 211 idosos entrevistados 71,1% são analfabetos funcionais, ou seja, estudaram menos de quatro anos enquanto que apenas 28,9% são considerados alfabetizados.

Quanto à renda Pereira; Curioni e Veras (2003) indicam que a maioria dos idosos recebe renda mensal de um salário mínimo, que na maioria das vezes não lhe garante uma condição de vida satisfatória, principalmente quando o idoso é o responsável pelo domicílio e sua renda é a única fonte do sustento familiar. Soma-se ainda o fato da desigualdade de renda ainda persistir entre os idosos brasileiros de acordo com a região, sendo que no Nordeste 68% dos idosos vivem em domicílios com renda familiar menor que um salário mínimo enquanto no Sul e no Sudeste este percentual é de aproximadamente 35% (GEIB, 2012). Ocorre ainda a desigualdade de gênero, onde as idosas permanecem em desvantagem com histórico de pequena participação no mercado de trabalho elemento determinante para o fato das idosas gozarem de benefícios mínimos de aposentadoria tornando-se dependentes do sistema de saúde (GEIB, 2012).

Em relação ao local de moradia pode-se constatar que houve um crescimento na população urbana e diminuição da população rural, não significando melhoria da qualidade de

vida e sim mais competitividade em vários aspectos (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003). De acordo com Geib (2012) cerca de 61% dos idosos brasileiros residem com familiares como forma de apoio ou como alternativa à falta de recursos financeiros dos filhos que não têm como manter moradias próprias. Nesse aspecto, há um longo caminho a ser trilhado para atingir a moradia saudável que inclua as adequações arquitetônicas necessárias para atender as limitações físicas e fisiológicas advindas do envelhecimento (GEIB, 2012).

No que tange à saúde estudos realizados por Garrido e Menezes (2002) apontam que a maioria dos idosos brasileiros, cerca de 53,3%, apresentam algum problema de saúde, sendo 23,1% portadores de doenças crônicas. Com relação ao consumo de medicamentos, no Brasil, estima-se que 23% da população consomem em média 60% da produção de medicamentos, e que 64,5 milhões de pessoas em condições de pobreza não tenham acesso a esses remédios. Ainda no grupo dos idosos, as mulheres com maior renda familiar são as que mais utilizam os medicamentos prescritos (ROSENFELD, 2003).

## **2. 2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento é um processo natural e dinâmico inerente a todos os seres humanos que varia de indivíduo para indivíduo, sendo gradativo para uns e mais rápido para outros. Essas variações dependem de fatores como estilo de vida, condições socioeconômicas e presença ou não de doenças crônicas. As células do corpo humano se transformam a cada instante para um patamar posterior paralelamente às mudanças nos contextos de vida. Por ser um processo sucessivo e sutil na maioria das vezes não é percebido até que o indivíduo se depare com a velhice (BERGER, 1995).

A sociedade ainda é permeada por mitos e estereótipos a respeito do envelhecimento. Geralmente persistem ideias pejorativas associadas à feiura senilidade, improdutividade, incapacidade e ociosidade. Entretanto, é comum encontrar pessoas mais velhas com capacidades físicas e cognitivas inalteradas (MENEZES, 2010).

A trajetória para a velhice é descrita como causadora de intensas alterações na estrutura psicológica do indivíduo. Cada sujeito que entra nessa fase busca por rituais para suavizar o desespero diante da realidade do abandono da segurança de hábitos conhecidos. Esta nova realidade está atribuída às mudanças físicas, as alterações na aparência do corpo e também no modo preconceituoso como a sociedade trata a velhice (FREITAS E SCHEICHER, 2008)

O envelhecimento se constitui numa fase complexa e pluridimensional do desenvolvimento humano. É estudado pela Gerontologia (geron: velho e logia: estudo), que se caracteriza pelo estudo dos determinantes biológicos, psicológicos e sociais do processo de envelhecimento e do fenômeno velhice em contextos históricos e sócio-culturais diversos. A Gerontologia pode ser dividida em básica e social. A Gerontologia básica estuda o envelhecimento em seus aspectos biofisiológicos, genéticos, imunológicos e a nível celular e subcelular; já a Gerontologia social, preocupa-se com as leis que protegem os velhos, suas interações, seu relacionamento na sociedade, na família e entre si, através de programas de recreação, de ocupação do tempo livre e aprendizado. O envelhecimento sob o ponto de vista das doenças que acomete os velhos, seu tratamentos, reabilitação e inserção na sociedade é estudado pela Geriatria (SANTOS, 2004).

Nessa perspectiva o envelhecimento intrínseco refere-se às modificações provocadas pelo processo normal de envelhecimento e o envelhecimento extrínseco é resultado das influências externas à pessoa, como doenças, poluição do ar e luz solar (Smeltzer; Bare, 2005).

Este processo involutivo, comum da espécie, não impossibilita os idosos de desenvolverem suas atividades diárias e viverem de forma independente, pois do ponto de vista psíquico, essa fase é uma fase de sabedoria e de compreensão plena do sentido da vida. Na velhice, os indivíduos atingem um patamar superior de compreensão da vida e o sentido ético da existência permite a superação de preconceitos e maior participação na evolução das pessoas e nos grupos aos quais esteja ligado (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

### 2.2.1 ALTERAÇÕES PSICOBIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO

As alterações decorrentes do processo de envelhecimento devem ser diferenciadas daquelas que resultam de processos patológicos. No que se refere à aprendizagem, os idosos podem levar mais tempo para responder perguntas e assimilar novos conteúdos. Ocorre uma depleção da memória a curto prazo, porém a memória de longo prazo e remota é minimamente afetada (ABRAMS e BERKOW, 1994).

Em relação às alterações do corpo, há uma redução no tamanho corpóreo com diminuição da massa muscular magra e da água e há um aumento gradativo de gordura. O aparecimento de doenças cardiovasculares e a falta de atividade física afetam o funcionamento do sistema cardiovascular na pessoa idosa. As doenças cardíacas isquêmicas

(DCI) podem resultar da diminuição da função dos ventrículos ocasionando redução do débito cardíaco ligado a uma queda progressiva do volume sanguíneo (ABRAMS e BERKOW, 1994).

Com relação ao sistema nervoso central (SNC) o suprimento de sangue ao cérebro pode ser prejudicado devido à constricção aterosclerótica dos sistemas vertebrais e da carótida. A diminuição do fluxo de sangue pode levar a perda neuronal e conseqüentemente alterar a sensibilidade a fármacos de ação central (ABRAMS e BERKOW, 1994).

No que diz respeito às funções fisiológicas dos pulmões, o envelhecimento afeta não apenas a capacidade dos pulmões de se defenderem como também as ventilação e a troca gasosa que estão diretamente relacionadas a alterações simultâneas na complacência da parede torácica e dos pulmões. Com o passar da idade, em especial após os 55 anos, a força muscular respiratória diminui tanto em homens quanto em mulheres. Os idosos tendem a ser acometidos por infecções bacterianas, virais e fúngicas mais freqüentes e graves, devido aos processos patológicos que podem ocorrer nestes indivíduos. Em situações de esforço, pode aparecer insuficiência respiratória (ABRAMS e BERKOW, 1994).

As alterações gastrointestinais relacionadas com a idade caracterizam-se pela perda de dentes, diminuição das secreções salivares, alteração da sensibilidade no paladar e olfato e peristalse lenta. Como resultado dessas alterações os processos de digestão, absorção e eliminação alimentar apresentam-se diminuídos. Há redução do apetite e da absorção cálcio e ferro (ABRAMS e BERKOW, 1994).

No que se refere ao sistema renal, ocorrem muitas alterações microscópicas nos túbulos renais com o avançar da idade. Há um aparecimento de divertículos no néfron distal que podem evoluir para cistos simples e uma diminuição progressiva do fluxo sanguíneo renal. Ocorre redução do fluxo plasmático em declínio da função tubular alterando a capacidade de concentração e diluição urinária. A excreção renal fica prejudicada quando há sobrecarga de líquidos, havendo necessidade de ajustes da dosagem de medicamentos e líquidos que são administrados nos idosos (ABRAMS e BERKOW, 1994).

As limitações da mobilidade do idoso podem estar relacionadas com a perda da força muscular. A diminuição da massa muscular pode está presente em conseqüência da redução no número e tamanho das fibras musculares ou de aumento dos tecidos conjuntivos. Essas alterações implicam em diminuição da tensão muscular, da força de contração e da massa muscular magra (ABRAMS e BERKOW, 1994).

O envelhecimento altera também o sistema endócrino. O comprometimento é observado nas células glandulares, na secreção hormonal, nos receptores hormonais e nas

células-alvo. Ocorre diminuição da secreção da testosterona, hormônio do crescimento, insulina e andrógenos da suprarrenal levando a uma diminuição da capacidade para tolerar situações de estresse como a cirurgia. A termorregulação diminuída, leva ao surgimento de tremores, sudorese, temperatura basal mais baixa (ABRAMS e BERKOW, 1994).

Os tecidos conectivos apresentam-se alterados em quantidade e qualidade, no envelhecimento. As alterações no colágeno provocam rigidez dos tecidos e dificuldade de difusão dos nutrientes dos capilares para as células e, dos metabólitos das células para os capilares, ocasionando deterioração da função celular e tornando os tecidos menos elásticos devido a alterações na composição e formato das células e das fibras elásticas (ABRAMS e BERKOW, 1994).

Durante o processo de envelhecimento, o sono também pode ser alterado devido à perda de neurônios. Pode surgir dificuldade para adormecer e/ou para permanecer dormindo. Um sinal de que o padrão do sono está alterado é a presença de cochilos diurnos e adormecimento durante as atividades (ABRAMS e BERKOW, 1994).

No que tange às alterações auditivas, Abrams e Berkow, (1994), afirmam que é comum ocorrerem mudanças no formato da orelha, tornando-as mais alongadas e mais amplas e com a cartilagem menos elástica e menos flexível. Há diminuição das células ciliadas, células de sustentação neuronal, células ganglionares e fibras, gerando diminuição da audição e equilíbrio. A audição pode ficar afetada devido à redução do limiar de sensibilidade e da capacidade de compreender a fala de outros, além da dificuldade de compreender sons de alta frequência. Os ambientes ruidosos prejudicam ainda mais a capacidade de ouvir determinados sons, levando-os às vezes a responder de forma inadequada às perguntas, a isolar-se ou solicitar que repitam o que foi dito. Durante a deambulação, é necessário que se tenha cuidados especiais com os idosos, uma vez que as alterações de equilíbrio podem levar a quedas (ABRAMS e BERKOW, 1994).

As alterações visuais caracterizam-se pelas alterações estruturais e funcionais do olho que ocorrem de forma lenta e progressiva. Há uma perda da elasticidade das pálpebras levando ao ingurgitamento e ptose. A pessoa idosa pode apresentar redução da acuidade e do campo visual, com menor capacidade de adaptação ao claro / escuro. O glaucoma pode surgir em consequência do aumento da pressão intraocular. O risco de queda persiste, também, pela alteração da percepção da profundidade. O ressecamento e irritação ocular podem estar presentes em decorrência da baixa produção lacrimal (ABRAMS e BERKOW, 1994).

### **2.3 O IMPACTO DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NOS IDOSOS SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE**

Em aproximadamente 40 anos o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um panorama de doenças complexas e onerosas comum na população idosa caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que persistem por anos, exigindo assim cuidados constantes, medicações contínuas e exames periódicos (VERAS 2007).

Dentre os grupos etários, os idosos são os que mais utilizam o serviço de saúde, necessitando de tratamentos de duração mais prolongada e recuperação mais lenta, implicando assim em maiores custos para a saúde pública. O aumento dessa demanda configura-se como um dos maiores desafios para o sistema de saúde (VERAS, 2007; MENDES, et al, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) todos os países têm recebido alerta para o fato de que as doenças crônicas serão a principal causa de morte e incapacidade em todo o mundo em 2020, totalizando cerca de dois terços do contingente de doenças, acarretando enormes custos com os cuidados de saúde. Essas doenças crônicas incluem: diabetes, doenças do aparelho circulatório e respiratório, depressão, demência, AIDS, além das doenças não transmissíveis (BRASIL, 2006).

Estudos realizados por Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) sobre as condições de saúde e o uso de serviços de saúde da população brasileira revelam que 69% dos idosos referem ter pelo menos uma doença crônica, prevalecendo dentre estas a hipertensão e a artrite.

Pesquisa realizada com 98 idosos atendidos em um PSF da cidade de Porto Alegre apontou que 49 idosos (50%) tinham hipertensão e 16 idosos (16,3%) eram portadores de diabetes, sendo que 10 desses indivíduos apresentavam as duas doenças simultaneamente (SOUZA, MORAIS, BARTH, 2006). Em conformidade com esses dados, estudos realizados com idosos no sudeste do Brasil revelaram que 76,8% apresentam pelo menos uma enfermidade crônica; 76,8% utilizam algum medicamento; 39,8% têm problemas do sono; 19,4% fumam; 22,8% fazem uso de bebidas alcoólicas; 76,3% estiveram em consulta médica nos últimos seis meses e 23,7% sofreram pelo menos uma internação hospitalar no último ano (PEREIRA et al, 2010).

Outra preocupação que vem surgindo no cenário da saúde da pessoa idosa é a funcionalidade física na velhice uma vez que, são muitas as dificuldades diárias que os idosos

e suas famílias encontram em lidar com a incapacidade funcional decorrente de problemas de saúde e doenças crônicas (TAVARES e DIAS, 2012).

Segundo Alves, Leite e Machado (2008) a incapacidade funcional é frequentemente definida como a restrição da capacidade do indivíduo de desempenhar atividades normais da vida diária. Estão incluídas as atividades básicas e instrumentais de vida diária, os papéis no trabalho, os papéis não ocupacionais e os papéis de recreação ou de lazer. As doenças crônicas e as incapacidades consequentes podem afetar significativamente o bem-estar dos idosos levando-os em especial aos maiores de 80 anos, a uma diminuição potencial de experienciar o lado positivo da vida (RABELO e CARDOSO, 2007).

O Ministério da Saúde traz que as doenças do aparelho circulatório constituem a principal causa de mortalidade entre os idosos com mais de 37% do número de mortes. As mais comuns são derrame, infarto e hipertensão arterial, seguida de tumores e doenças do aparelho respiratório como pneumonia, enfisema e a bronquite crônica (BRASIL, 2006).

Em concordância, Gottlieb et al, (2011) afirmam em seus estudos que as doenças cardiovasculares e as neoplasias estão entre as primeiras causas de morte em indivíduos acima de 60 anos, e estão diretamente relacionadas ao envelhecimento. O câncer de mama, dentre as neoplasias, é apontado como primeira causa de câncer nas mulheres, enquanto que o de próstata se encontra entre os mais frequentes no sexo masculino.

Dentre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, diabetes, doenças cerebrovasculares, acidentes de trânsito e violência, está o consumo abusivo do álcool. Pesquisa realizada por Geib (2012) em Pelotas/RS constatou que o consumo pesado de álcool (>30g/dia) entre idosos com faixa etária de 60-69 anos é 2,5 vezes maior do que em jovens com idade entre 20-29 anos. O consumo do tabaco também constitui um fator de risco para a morte entre idosos, sendo responsável por 45% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das mortes por câncer (GEIB, 2012).

De acordo com Camarano, Kanso e Mello (2004) o número de mortes secundário a neoplasias apresentou um crescimento de 8,8% para 12,3% do total de óbitos, passando da quinta para a terceira causa de morte no Brasil. Essa situação está relacionada também com o processo de envelhecimento da população brasileira.

Segundo a OMS e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 62% das mortes e 39% de todas as internações hospitalares no Brasil em 2001. Gottlieb et al (2011) verificou em seus estudos, que o estilo de vida principalmente o sedentarismo e a dieta, constituem fatores ambientais

fortemente associados com o aumento da prevalência de DCNT e mortalidade na população brasileira.

No que se refere aos gastos com saúde, até 2050 o envelhecimento da população brasileira deverá acarretar um aumento do gasto que atualmente é de 8,2% para 10,7%, representando um acréscimo de aproximadamente 30% em relação ao PIB (MENDES et al, 2012).

Esses dados e projeções demonstram a necessidade da estruturação dos serviços de saúde para que possam atender de forma eficaz as demandas advindas do novo perfil epidemiológico do país. Por um lado, essas mudanças conferem um grande desafio para a gestão pública e por outro, oferecem subsídios necessários para o planejamento e implementação de políticas públicas destinadas a essa população (MENDES et al 2012).

#### **2.4 AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

Os primeiros registros da existência de estabelecimentos para cuidar de pessoas necessitadas datam da Grécia Antiga. No mundo ocidental, foi no século X na Idade média que surgiram as primeiras *almshouses*, casas de caridade e hospitalidade em geral, destinadas ao cuidado de idosos desamparados e pessoas necessitadas (CANNON, 2004 *apud* OLIVEIRA, 2012). Durante os séculos XIX e XV, na Alemanha, Holanda e Itália as instituições de caridade se multiplicaram para cuidar dos pobres que não tinham como conviver entre a burguesia emergente (BOIS, 1997 *apud* CHRISTOPHEN e CAMARANO, 2010).

Por volta do século XVI na Inglaterra após a promulgação da *Poor Laws*, o governo passou a ser responsável pelo cuidado dos pobres e mendigos e as *almshouses* se multiplicaram, passando a acolher órfãos, loucos, idosos e os excluídos em geral. A valorização negativa que essas instituições têm hoje pode ser explicada por esse histórico de como surgiu os asilos (BORN e BOECHAT, 2006).

No Brasil, a primeira referência de asilo foi à Casa dos Inválidos, criada em 1797 no Rio de Janeiro, pelo Conde de Resende, destinada aos soldados velhos, para que estes pudessem ter uma velhice amparada (FILIZZOLA, 1972 *apud* CHRISTOPHEN e CAMARANO, 2010). Com relação aos asilos voltados especificamente para a população idosa, o primeiro registro foi o do Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, criado em 1890 no Rio de Janeiro, e que funcionava como instituição filantrópica-assistencialista



(NOVAES, 2003, *apud* CHRISTOPHEN e CAMARANO, 2010). Em 1964 a Santa Casa de Misericórdia em São Paulo, passou a ser uma instituição gerontológica, devido ao aumento da quantidade de internações de pessoas idosas (BORN, 2002 *apud* POLLO e ASSIS, 2008).

Com o passar dos anos, o aumento da expectativa de vida, o número cada vez menor de filhos e a inserção da mulher no mercado de trabalho, aumentou a procura de asilos atualmente renomeados para Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI como alternativa de moradia para idosos (BRASIL, 1996).

As ILPIs segundo a sua natureza jurídica, podem ser públicas, privadas (com fins lucrativos), filantrópicas (sem fins lucrativos) e mistas. Camarano e Kanso (2010) trazem que de acordo com pesquisa feita pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, em todo o território brasileiro durante os anos de 2007 a 2009, foram localizadas 3.548 ILPIs, sendo 2.255 na Região Sudeste, 693 na Região Sul, 302 na Região Nordeste, 249 na Região Centro-Oeste e 49 na Região Sul. A pesquisa mostrou ainda que do total das ILPIs encontradas, 65,2% das instituições brasileiras são filantrópicas, incluindo as religiosas e leigas, 28,2% são privadas e apenas 6,6% são públicas ou mistas.

A maior concentração das ILPIs está na região Sudeste, especialmente no Estado de São Paulo que apresenta 34,3% dessas instituições e onde se localiza a maior parte da população idosa. Ainda no tocante a distribuição espacial das ILPIs, observa-se uma super-representação das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, onde o número de ILPIs supera o contingente populacional de idosos, enquanto que nas regiões Norte e Nordeste há uma sub-representação, esta última apresentando uma população de idosos de 24,7% e apenas 8,5% de instituições (CAMARANO e KANSO, 2010).

No Brasil, ainda não há, um consenso do que seja uma ILPI. Muitas instituições se denominam abrigos por terem surgido de forma espontânea, em caráter filantrópico, com o objetivo de atender as necessidades da comunidade sem suporte das políticas públicas (CAMARANO e KANSO, 2010). Para a Agência nacional de vigilância Sanitária – ANVISA, a ILPI constitui uma instituição governamental ou não, destinada a moradia coletiva de pessoas que tenham 60 anos ou mais com ou sem família. São instituições híbridas e por isso devem arcar com os cuidados, algum tipo de serviço de saúde e moradia.

Conforme Brasil (1996), residir em uma ILPI constitui um direito estabelecido pela Política Nacional do Idoso desde 1996, através do Decreto nº 1.948, que entende por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso que não possua vínculo familiar ou que não tenha condições de arcar com necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

Para garantir à população idosa os direitos assegurados pela Política Nacional do Idoso, prevenir e reduzir os riscos à saúde aos quais os idosos residentes em ILPI ficam expostos e considerando a necessidade de definir critérios mínimos de funcionamento dessas instituições, foi publicada, pela ANVISA, em 26 de setembro de 2005, a RDC n 283 que trata do regulamento técnico para o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Essa resolução que objetiva estabelecer o padrão mínimo para o funcionamento das ILPIs abrangendo todas as instituições, independente do seu caráter jurídico, traz em seu anexo algumas definições listadas a seguir:

1. Cuidador de Idosos - pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades da vida diária.
2. Dependência do Idoso - condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária.
3. Equipamento de Auto-Ajuda - qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.
4. Grau de Dependência do Idoso
  - a) Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;
  - b) Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;
  - c) Grau de Dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.
5. Indivíduo autônomo - é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida (BRASIL, 2005).

A RDC 283 dispõe, nas suas condições gerais, que a ILPI é responsável pela atenção ao idoso, propiciando o exercício dos direitos humanos de seus moradores, garantindo ao idoso a liberdade de credo, a liberdade de ir e vir desde que não haja restrições determinadas no Plano de atenção à Saúde. Deve também preservar a identidade e privacidade de seus residentes garantindo um ambiente digno e respeitoso, promovendo um ambiente de lazer, estimulando ações que favoreçam o autocuidado, além de incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente (BRASIL, 2005).

Com relação à organização, a ILPI deve possuir alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente e comprovar a inscrição de seu programa junto ao Conselho do Idoso. Deve estar legalmente constituída e apresentar estatuto registrado, registro de

entidade social e regimento Interno e possuir uma responsável Técnico – RT pelo serviço que possua formação de nível superior (BRASIL, 2005).

No que tange aos recursos humanos, a Instituição de Longa Permanência para Idosos deve apresentar recursos humanos, com vínculo formal de trabalho, que garantam atividades como coordenação técnica, cuidado aos residentes, atividades de lazer, serviço de limpeza, serviço de alimentação, serviço de lavanderia, educação permanente na área de gerontologia para aprimorar tecnicamente os profissionais envolvidos na prestação de serviços aos idosos residentes, além de possuir um profissional de saúde, vinculado a sua equipe de trabalho, que possua registro no seu conselho de classe (BRASIL, 2005).

No que se refere à estrutura física, a RDC 283 define que a Instituição deve atender aos requisitos de infraestrutura física disposto no Regulamento Técnico para o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos, além de atender as exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, tanto na esfera federal, como também na estadual e municipal. A ILPI “deve oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido na Lei Federal 10.098/00” (BRASIL, 2005).

A respeito da saúde dos idosos, a instituição deve dispor de um Plano de Atenção a Saúde compatível com os princípios de universalização, equidade e integralidade; indicar os recursos de saúde disponíveis para cada idoso, em todos os níveis de atenção, independentes de serem públicos ou privados; promover atenção integral à saúde do idoso voltada para os aspectos de proteção, promoção e prevenção; conter informações acerca das patologias dos residentes; dispor de rotinas e procedimentos escritos sobre os cuidados dispensados aos idosos.

Ainda no que se refere à saúde, cabe o RT da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, respeitando os regulamentos de vigilância sanitária em relação à guarda e administração, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

A RDC 283 traz no seu artigo 3º que o descumprimento das determinações descritas no corpo do Regulamento Técnico, implica em infração de natureza sanitária, podendo o infrator está sujeito a processo e penalidades previstas na Lei nº 6437, de 20 de agosto de 1977. Refere ainda, nas suas disposições transitórias, que “as instituições existentes na data da publicação desta RDC, independente da denominação ou da estrutura que possuam, devem

adequar-se aos requisitos deste Regulamento Técnico, no prazo de vinte e quatro meses a contar da data de publicação” (BRASIL, 2005).

#### 2.4.1 A VIDA NA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Estudos realizados por Nunes, Menezes e Alchieri (2010) referem que o crescimento de pessoas idosas, no Brasil, traz em seu bojo desafios para toda a sociedade, demandando transformações sociais, urbanas, industriais e familiares. Esta última com mudanças em sua constituição e outras dificuldades que comprometem e muitas vezes impedem o cuidado que dispensariam ao parente idoso.

Cuidar de um idoso consiste numa tarefa intensa, pois, geralmente o cuidado é atribuído a um familiar que desempenha outras atividades como os cuidados dos filhos, atividade profissional, dentre outras. Este acúmulo de tarefas pode levar o cuidador a um esgotamento físico e emocional ou mesmo impossibilitá-lo de continuar exercendo seu papel de cuidador da pessoa idosa (SCHOSSLER e CROSSETTI, 2008).

Em concordância, Salgueiro e Lopes, (2010) trazem que prestar cuidados em casa, à pessoa idosa dependente, constitui um trabalho árduo para familiares, podendo acarretar graves consequências para o idoso e para o cuidador. Porém, outros estudos apontam que a negligência do cuidado, o abandono familiar e a violência por parte dos familiares para com o idoso, também constitui um dos motivos para a institucionalização desses, realidade essa que não pode ser negada.

Embora o Estatuto do idoso reforce que o cuidado ao idoso é responsabilidade da família (BRASIL, 2003), é preciso considerar que muitas vezes aquela família não possui condições de garantir um cuidado o que as leva a procurar uma Instituição de Longa Permanência (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009). Soma-se ainda o fato da família acreditar ter o direito de decidir sobre as vontades e desejos de seus idosos, de modo que o processo de envelhecimento muitas vezes representa a perda de autonomia e autoridade sobre suas próprias vidas (MENEZES, 1999).

A este respeito Perlini, Leite e Furini (2007), consideram que quando a família procura uma ILPI para institucionalizar o idoso, busca um ambiente que possa oferecer além do cuidado necessário, um espaço de convivência e socialização do idoso com os outros moradores.

As ILPIs constituem uma modalidade tradicional de atendimento ao idoso e têm a função de assisti-lo, oferecendo-lhe assistência de enfermagem gerontogerátrica de acordo

com seu grau de dependência, além de, proporcionar ambiente acolhedor capaz de preservar sua identidade (CREUTZBERG; GONÇALVES; SOBOTTKA, 2008).

De acordo com Pavan, Meneghel e Junges (2008), para muitos idosos a instituição representa um “depósito de velhos” acompanhado do sentimento de humilhação e falta de prestígio social, situação esta que contribui para a diminuição do tempo de vida, além de contribuir para o declínio das capacidades físicas e cognitivas desses idosos.

Freitas e Noronha (2010), contudo, apresentam outro olhar sobre as ILPIs, considerando-as enquanto espaços marcados por impressões positivas, sendo comuns relatos de idosos que procuraram as instituições de forma espontânea, alegando se sentirem felizes e valorizados nelas e que essa nova forma de moradia lhes proporcionaram fazer novos amigos e trocar experiências de vida, se livrando do sentimento de “dar trabalho” aos filhos ou netos.

Em concordância, Bessa e Silva, (2008) afirmam que muitos idosos procuram as ILPIs por conta própria, mesmo tendo todas as capacidades físicas e mentais de cuidar de si, na tentativa de fugir da solidão, ao se depararem sozinhas, ou para estabelecerem vínculos sociais com outros residentes, na procura de reconstruírem suas vidas fora do ciclo familiar ou parental.

Os mesmos autores trazem ainda que residir em uma ILPI leva a um restabelecimento da vida do idoso em sua integralidade. Este se ver obrigado a conviver com outros idosos que até então lhes eram totalmente desconhecidos, buscando novas formas de viver seu cotidiano. Afirmam ainda que após a longa trajetória de vida, os laços de amizade e consangüinidade que idosos mantinham são deixados para trás, devido a sua nova rotina e moradia (BESSA e SILVA, 2008).

Em sua pesquisa Pavam, Meneghel e Junges (2008) afirmam que morar em Instituição de Longa Permanência é uma rotina exaustiva. Muitos idosos precisam adaptar-se as “regras da casa”, obedecendo a horários e rotinas estabelecidas pelos dirigentes da instituição, mostrando indignação com os métodos utilizados para administrar a vida diária do ambiente. Nesta perspectiva, o idoso institucionalizado constitui quase sempre um grupo de pessoas privadas dos seus projetos pessoais, do convívio com seus familiares, amigos e vizinhos de relações construídas ao longo da sua vida (FREIRE JUNIOR; TAVARES, 2005). Em conformidade, Silva et al (2007) afirmam que o processo de institucionalização, em si, leva a um distanciamento progressivo dos familiares chegando até ao abandono, levando muitas vezes os idosos a esquecerem do mundo em que viviam e de suas histórias de vida, entregando-se as rotinas da instituição.

Apesar do estreitamento dos laços familiares entre os idosos e seus familiares, a

institucionalização para muitos constitui uma decisão própria e de preferência. Muitos idosos vão em busca da independência, da segurança, de se sentirem produtivos além de conviver com outros moradores da mesma faixa etária, mesmo que muitas vezes ocorram relações conflituosas entre eles (BESSA; SILVA, 2008).

Vale ressaltar que a institucionalização de idosos tende a crescer com o aumento da população e com as transformações das estruturas familiares (POLLO; ASSIS, 2008).

#### 2.4.2 O CUIDADO AO IDOSO NA ILPI

A palavra cuidado provém do latim, *cogitatu*, que significa pensamento, reflexão atenciosa, desvelo, cautela e zelo. Já a palavra cuidar advém igualmente do latim *cogitare*, significando, imaginar, pensar, ter cuidado consigo mesmo, com a sua aparência ou apresentação (FERREIRA, 1999).

A literatura traz que o cuidado, em sua natureza, sempre acompanhou a humanidade ao longo das grandes passagens da vida, desde o nascimento até a morte, caracterizando-se assim como uma prática milenar. Através dos cuidados, o ser humano desperta para a vida, se insere no meio social e cultural, concretizando o seu existir (COLLIÈRE, 2003).

No que se refere às passagens da vida como ocasiões de cuidado, Collière (2003) afirma que o ser humano depende de cuidados desde o seu nascimento até a sua morte. Dentre as naturezas dessas passagens, destacam-se aquelas ocasionais como a doença ou acidentes que levam à dependência temporária ou permanente.

Ao se referir ao cuidado, definindo-o como um ato que pode ser auto praticado de forma autônoma ou praticado de forma recíproca, Collière (1999) traz a variação das necessidades de cuidado em função da necessidade de ajuda sentida pelo outro. No que tange às etapas da vida, observa-se uma maior dependência de cuidados em fases extremas como o nascimento e a velhice. Assim, considerando-se as situações de perda de autonomia para exercer o cuidado sobre si mesmo, este representa um recurso de engenho e criatividade que ultrapassa os limites da vida mantendo a sua continuidade (COLLIÈRE, 2003).

Para Collière (1999), “cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação (COLLIÈRE, 1999, p. 28-29). A autora ressalta ainda que “velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que tem por fim e por função, manter a vida dos seres vivos como objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo. Foi este e será o

fundamento de todos os cuidados” (COLLIÈRE, 1999, P. 29).

Em pesquisa realizada numa ILPI em Salvador, Freitas (2009), descreve três formas de cuidado aos idosos residentes nesta instituição: o cuidado caridade, o cuidado informal, realizado por pessoas contratadas pelos familiares dos idosos e o cuidado profissional. Traz ainda que dessa maneira, a prática do cuidado torna-se fragmentada e os idosos são divididos em carentes, dependentes, independentes, doentes e outros.

Com relação ao cuidado caridade, Freitas (2009), constatou, em sua pesquisa, que essa prática era realizada por religiosas, pela igreja católica e por voluntário, onde o cuidado prestado, que tem um cunho espiritual, gerava em que estava praticando, um sentimento de estar proporcionando o bem ao outro.

No que se refere ao cuidado informal, Freitas (2009) observou que esse papel, era desempenhado por voluntários, diferentemente do cuidado profissional, que era prestado por profissionais de saúde como: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem dentre outros.

A dependência de um cuidador profissional faz com que o idoso lamente sua velhice e sua morada na ILPI, especialmente quando a família não esta presente. Pires *apud* Freitas (2009) refere-se à prática do cuidado como uma relação permeada pelo poder. Em concordância, Freitas (2009), traz ainda que na prática de cuidar ou ser cuidado, estabelecida entre humanos, a relação de poder também se faz presente e que o cuidador geralmente se comporta como o possuidor do poder, por entender que a decisão do cuidado está em suas mãos. Porém, o ser cuidado também exerce o poder quando rejeita o cuidado ou não colabora com o cuidador no desenvolvimento dessa prática (FREITAS, 2009).

O cuidado prestado aos idosos nas ILPIs é realizado através de tarefas simples que vão desde a higiene (banho de idosos dependentes, auxílio ou ajuda a idosos parcialmente dependentes, troca de fraldas), alimentação, auxílio nas atividades de lazer, até a prescrição e administração de medicações (FREITAS, 2009).

A concepção do cuidado, por parte dos profissionais de saúde, compara-se a uma ação técnica e mecânica. Por isso, percebe-se o despreparo para cuidar do idoso (FREITAS, 2009) Vale ainda resaltar que em uma visão mais ampla do cuidado, o papel do cuidador vai além de tarefas simples como o acompanhamento em atividades diárias, porém, não compete ao cuidador realizar técnicas ou procedimentos específicos de profissões legais como no caso da enfermagem (FREITAS e NORONHA, 2010).

## 2.5. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO

O envelhecimento populacional é uma das principais conquistas do século XX e traz em seu bojo grandes desafios para as políticas públicas que objetivam inserir o idoso em um contexto social que lhe garanta cidadania e qualidade de vida.

No cenário internacional, a discussão sobre as políticas públicas voltadas para a população idosa realizou-se em duas assembleias das Nações Unidas. A primeira aconteceu em Viena, em 1982 e a segunda, em Madri, em 2002 (CAMARANO; PASINATO, 2004).

No Brasil, o início do sistema de proteção social data desde a época do período colonial, onde a Santa Casa de Misericórdia de Santos representava uma instituição de caráter assistencial. As primeiras iniciativas do governo federal, na prestação de assistência voltada para a população idosa, ocorreram na década 70 através de ações preventivas realizadas nos centros sociais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e também com a criação da renda mensal vitalícia (RMV) para os idosos carentes tanto da zona urbana quanto da zona rural. Nesse período observa-se que nas políticas predominou uma visão de vulnerabilidade e dependência do segmento, garantindo apenas renda para a população idosa que trabalhou e assistência social para os necessitados e dependentes. Nos anos de 1980 essa visão começou a modificar, gradativamente, por influência dos debates internacionais (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Um grande avanço nas políticas de proteção social aos idosos foi representado pela Constituição de 1988, onde o conceito de seguridade social passou a adquirir conotação de cidadania, na medida em que havia uma desvinculação do contexto social-trabalhista e assistencialista. O Estado avançou também no papel de responsável pela proteção ao idoso, embora a família permaneça como a principal responsável pelos cuidados a este grupo populacional, podendo até ser responsabilizada criminalmente caso não o faça (BRASIL, 1988).

Durante a década de 1990 foram aprovados diversos dispositivos constitucionais referente às políticas de proteção à pessoa idosa. Em 1991 aprovou-se o Plano de Custeio e de Benefícios da Previdência Social que trouxe em suas linhas o estabelecimento das regras para a manutenção do valor real dos benefícios; o estabelecimento de valores mínimos e máximos dos benefícios concedidos para as clientelas urbana e rural, além da concessão de pensão também ao homem em caso de morte da esposa segurada, dentre outros. Em 1993, houve a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social - Loas (Lei 8.742, de dezembro de 1993), que estabeleceu programas e projetos de atenção ao idoso, em corresponsabilidade com as



esferas federal, estadual e municipal (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Ainda dando continuidade às diretrizes lançadas com a constituição de 1988, foi aprovada em 1994 (Lei 8.842) a Política Nacional do Idoso (PNI) que consiste em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos, e que estes devem ser atendidos em suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas de forma diferenciada. Foi criado também o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) que foi implementado em 2002 (BRASIL, 1994).

No que tange a PNI, suas diretrizes norteadoras são baseadas em: incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional; atuar junto às organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos com vistas a formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos; priorizar o atendimento dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias em detrimento ao atendimento asilar; promover a capacitação e a reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; priorizar o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e fomentar a discussão e o desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento (BRASIL, 1994).

No que se refere à saúde, apenas em 1999, o Ministério da Saúde, lançou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), sendo reformulada em 2006. Essa política tem como eixos norteadores as medidas preventivas com especial destaque para a promoção da saúde e atendimento multidisciplinar específico para esse contingente. A PNSI oferece ainda subsídios ao setor saúde para que promova atenção integral à pessoa idosa e àquelas em processo de envelhecimento (BRASIL, 2006).

O Estatuto do Idoso foi aprovado pelo Congresso Nacional em 2003 e dispõe dos mais variados aspectos da vida da pessoa idosa (BRASIL, 2003). Reúne em um único texto legal mais de 118 artigos sobre direitos fundamentais da pessoa idosa até o estabelecimento de penas para os crimes mais comuns cometidos contra essas pessoas, reforçando, assim, as diretrizes contidas na PNI. O referido Estatuto delinea os princípios relacionados aos direitos fundamentais da pessoa idosa como: direito à vida; à liberdade; ao respeito e à dignidade; dos alimentos; do direito à saúde, da educação; cultura, esporte e lazer; da profissionalização, e do trabalho; da previdência social; da assistência social; da habitação; do transporte; das medidas de proteção; das medidas específicas de proteção; da política de atendimento ao idoso; do acesso à justiça; e das penalidades aos crimes realizados contra idosos (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso (Lei n. 10741/2003) traz nas suas disposições preliminares a capacitação de recursos humanos na área da geriatria e gerontologia, como um pré-requisito

para a garantia da prioridade ao atendimento ao idoso. Com relação ao direito a saúde, é abordado no artigo 15, do capítulo IV, a promoção, prevenção e proteção à saúde das pessoas idosas, ratificando a Lei no 8.080/1990.

Ainda no que se refere à vida da pessoa idosa, foi adotada, em 2007, a Declaração de Brasília resultado da II Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e no Caribe, quando os países participantes reafirmaram o compromisso de:

1. Não pouparem esforços para promover e proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais de todas as pessoas de idade trabalhar na erradicação de todas as formas de discriminação e violência;
2. Criar redes de proteção das pessoas de Idade para fazer efetivos os direitos das pessoas Idosas;
3. Propor a realização de intervenções na prevenção e atenção voltada para melhorar o acesso aos serviços de tratamento, cuidado, reabilitação e apoio das pessoas idosas em situação de incapacidade;
4. Promover o trabalho digno, em conformidade com os critérios da Organização Internacional do Trabalho, para todas as pessoas idosas, mobilizando e proporcionando apoios creditícios, capacitação e programas de comercialização que promovam uma velhice digna e produtiva;
5. Reconhecer a necessidade de incentivar o acesso equitativo aos serviços de saúde integrais, oportunos e de qualidade, de acordo com as políticas públicas de cada país, e fomentar o acesso aos medicamentos básicos de uso continuado para as pessoas idosas;
6. Promover a implementação de iniciativas no sentido de melhorar a acessibilidade do espaço público, adequar as moradias às necessidades das famílias multigeracionais e unipessoais integradas por pessoas idosas e facilitar o seu envelhecimento em casa com medidas de apoio às famílias, e em especial às mulheres, nas tarefas de prestação de cuidados (BRASIL, 2007)

### **3 ABORDAGEM TEÓRICA - A TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE**

As Teorias de Enfermagem ganharam corpo e se destacaram a partir do século XX, devido à necessidade de se desenvolver um conhecimento de enfermagem que servisse como referencial teórico para a prática. A eficácia dos cuidados dispensados pela enfermagem aos doentes em épocas anteriores não era documentada assim como os conhecimentos acerca desta profissão (ALLIGOOD; TOMEY, 2002).

Diante da necessidade de se estabelecer uma base sólida e própria da ciência enfermagem, enfatizou-se as teorias com o propósito de fortalecer o conhecimento da profissão e “dedicar cuidados aos doentes como profissionais” (Alligood; Tomey, 2002, p. 03). As teorias na enfermagem surgiram em decorrência da investigação científica, resultando no avanço do aprendizado e do entendimento, de que é necessário agregar investigação e teoria com o objetivo de não se produzir conhecimento isolado (ALLIGOOD; TOMEY, 2002).

Alligood e Tomey (2002) trazem que a enfermagem se encontra no período do paradigma, tendo já ultrapassado a fase pré-paradigmática de surgimento de diversas teorias. No paradigma são fornecidos diversos modelos e perspectivas para a prática, a administração, o ensino, a investigação e para o desenvolvimento de novas teorias de enfermagem. Assim, teoria é definida como um grupo de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática (ALLIGOOD; TOMEY, 2002).

No que diz respeito às razões para o desenvolvimento de estudos das teorias de enfermagem, Alligood e Tomey (2002) afirmam que estas conferem significado ao conhecimento melhorando a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenômenos, possibilitando assim, o entendimento do que se está fazendo e do por que, conduzindo ainda à autonomia profissional na medida em que orienta a prática, o ensino e a investigação dentro da profissão (ALLIGOOD; TOMEY, 2002).

Florence Nightingale, a matriarca da enfermagem moderna, como é intitulada, nasceu em 1820, na cidade de Florença, na Itália e pertencia a uma família rica e aristocrata. Teve uma educação rígida e completa, durante a infância, que incluía aulas particulares de matemática, filosofia, línguas e religião, disciplinas estas que mais tarde influenciariam no curso de seu trabalho. Embora participasse dos eventos sociais, típicos das famílias aristocratas da época, Florence percebeu que sua vida poderia se tornar mais útil (PFETTSCHER, 2002). Em 1851 foi aceita para estagiar em Kaiserwoth, na Alemanha, em

uma comunidade religiosa com instalações hospitalares e ao final de três meses foi declarada preparada para ser enfermeira, pelos seus professores. Ao retornar para a Inglaterra, Florence começou a inspecionar instalações hospitalares e instituições de caridade, tornando-se em 1853, superintendente do Hospital for Invalid Gentlewomen, em Londres (PFETTSCHER, 2002).

Durante a Guerra da Criméia, em 1854, foi chamada por Sidney Herbert, ministro da guerra, para treinar enfermeiras para cuidarem de soldados feridos em Scutary, na Turquia. Ao chegar lá, encontrou um ambiente sem condições mínimas de saneamento básico, com água, lençol e cobertores contaminados. O trabalho realizado por Florence, com o intuito de melhorar essas condições, a tornou popular entre os soldados que a apelidaram de “A Dama da Lâmpada”, devido a ela costumar fazer rondas noturnas. Durante toda a sua vida, teve diversos trabalhos reconhecidos e premiados em seu país e em outros países. Trabalhou até os 80 anos e morreu, durante o sono, em agosto de 1910 com 90 anos (PFETTSCHER, 2002).

A Teoria de Florence centrava-se no ambiente e trazia cinco componentes essenciais da saúde ambiental, sendo eles ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz, sendo mais tarde incorporados mais três componentes como o calor, barulho e dieta. Nightingale defendia que um ambiente saudável era necessário para se prestar cuidados de enfermagem adequados e sua preocupação não se referia apenas aos cenários hospitalares, mas também, aos asilos e as condições físicas de vida dos pobres (PFETTSCHER, 2002).

A ventilação apropriada ao doente pareceu ser uma grande preocupação para Nightingale que instruiu suas enfermeiras a manter o ar que respira o mais puro possível, reconhecendo esse componente como sendo fonte de doença e recuperação (PFETTSCHER, 2002).

Com relação à luz, ela identificou que a luz direta do sol era essencial aos doentes, que possuíam reais efeitos sobre o corpo humano e então orientou as enfermeiras e deslocar os doentes a modo de expô-los a luz diretamente (PFETTSCHER, 2002).

Sobre a limpeza, Florence trazia que um ambiente sujo era fonte de infecção através da matéria orgânica que continha. Mesmo que o ambiente fosse ventilado, a presença de matéria orgânica sujava o ambiente e, portanto suas enfermeiras eram educadas a manipular e despejar de forma adequada as excreções corporais, dar banho diariamente nos doentes e também tomar banho todos os dias, assim como lavar as mãos com frequência. Nightingale também ensinou como medir a temperatura corporal do doente através da palpação das extremidades verificando assim a perda de calor (PFETTSCHER, 2002).

No que se refere ao barulho, Florence referiu que o barulho desnecessário originado

por atividades físicas do ambiente deveriam ser evitados pela enfermeira para que não viessem a prejudicar o doente. A respeito da dieta, instruiu as enfermeiras para que não só avaliassem a ingestão dos alimentos, como também controlassem o horário e os efeitos sobre o doente (PFETTSCHER, 2002).

Nightingale em sua obra *Notas sobre Enfermagem*, publicada em 1859, apresenta quatro pressupostos sobre o cuidado em enfermagem. São eles;

1. Acreditava que cada mulher, numa dada altura de sua vida, seria enfermeira no sentido de que a enfermagem é ter responsabilidade pela saúde de alguém.
2. As enfermeiras executavam suas tarefas para e pelo doente e controlava o ambiente do doente para apressar sua recuperação.
3. Definiu saúde como sentir-se bem e utilizar ao máximo todas as capacidades da pessoa. Defendia a manutenção da saúde através da prevenção da doença pelo controle ambiental.
4. O ambiente era definido como aqueles elementos externos que afetam a saúde das pessoas doentes e saudáveis incluindo desde a comida e as flores do doente até as interações verbais e não verbais do doente (PFETTSCHER, 2002, p 79).

A Teoria de Florence é pautada em três relações principais, sendo ambiente/doente, enfermeira/ambiente e enfermeira/doente. A primeira relação define que o ambiente era o fator principal de criação de doença na pessoa e que era necessário se ter bons ambientes como forma de prevenir doenças. A segunda traz que a enfermeira deveria manipular e controlar o ambiente de diversas formas para melhorar a recuperação do doente, e isso deveria ser feito através da eliminação de contaminação, exposição ao ar fresco, à luz, ao calor e ao sossego. Apesar da relação enfermeira/paciente ser a menos descrita nos escritos de Florence, em seus debates ela enfatizava a necessidade da enfermeira em saber sobre as preferências alimentares do doente, o conforto que a visita de um animal de estimação poderia trazer a este, a proteção do doente quantos as perturbações emocionais, além de permitir que o doente realizasse o autocuidado (PFETTSCHER, 2002).

A Teoria ambiental de Florence Nightingale será utilizada como base teórica para o entendimento do fenômeno estudado. Segundo a autora citada Nightingale definiu a ciência e a arte de enfermagem e forneceu regras gerais com explicações que iriam resultar em cuidados de enfermagem de qualidade para os doentes. Os princípios básicos de Florence sobre a manipulação ambiental e o cuidado psicológico do doente podem ser aplicados na enfermagem contemporânea e os seus escritos continuam estimulando o pensamento produtivo para a profissão de enfermagem.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter descritiva, de corte transversal, numa abordagem quantitativa.

Lakatos; Marconi (2001 p.44) definem a pesquisa de campo como:

Aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Salvador Bahia em quatro Instituições de Longa Permanência para Idosos, localizadas na Cidade Baixa que atualmente tem em média 180mil habitantes (IBGE, 2010). As quatro instituições escolhidas para o estudo são entidades sem fins lucrativos, três do tipo filantrópico e uma pública municipal. Todas cadastradas no Distrito Sanitário de Itapagipe e recebem do Distrito um atendimento de saúde para os seus residentes no que se refere à cobertura vacinal.

Inicialmente foi feito contato com os cinco coordenadores das ILPIs escolhidas para o estudo e todos concordaram em participar da pesquisa emitindo a carta de autorização da instituição. Contudo, quando realizado novo contato com as instituições informando sobre a aprovação do projeto no Comitê de Ética e solicitando autorização para a coleta de dados, uma instituição desistiu de participar deste estudo, permanecendo apenas quatro.

A escolha da região da Cidade Baixa para realizar o estudo, se deu considerando a concentração do maior número de ILPIs legalizadas da cidade de Salvador. O Distrito Sanitário de Itapagipe, que fica localizado na região citada é formado por 14 bairros sendo eles: Calçada, Mares, Jardim Cruzeiro, Massaranduba, Uruguai, Roma, Dendezeiros, Bonfim, Mont Serrat, Boa Viagem, Luiz Tarquínio, Caminho de areia, Ribeira e Baixa do Fiscal e pelo bairro do Lobato, que faz parte do subúrbio ferroviário. Nessa região há um predomínio de população afro descendente de nível econômico desfavorecido (ANDRADE e BRANDÃO, 2009).

A Cidade Baixa surgiu com o desenvolvimento da cidade de Salvador em 1549.

Devido às limitações impostas pelo espaço que compreendia a área entre praia e o interior da planície, além da fragilidade em relação a ataques de índios e estrangeiros, essa parte da cidade abrigou o porto e a atividade comercial e portuária (ANDRADE e BRANDÃO, 2009).

Ao longo dos anos a população da cidade foi aumentando e os que pertenciam às classes econômicas e sociais mais altas foram migrando para o miolo da cidade e para as áreas mais arborizadas e próximas ao mar, onde foram erguidos casarões com arquitetura européia, surgindo assim, a Cidade Alta. A Península Itapagipana, em especial a área que compreendia a Cidade Baixa, era então ocupada por uma pseudoclasse média e baixa, formada por escravos alforriados, comerciantes e portuários, que viviam em moradias insalubres e sem infraestrutura (ANDRADE e BRANDÃO, 2009).

Nos dias de hoje, ainda existe essa segregação social na cidade de Salvador quando se fala em cidade Alta e cidade Baixa, sendo esta última ocupada por uma população de classe econômica e social baixa, em sua maioria (ANDRADE e BRANDÃO, 2009).

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para o primeiro objetivo: a população do estudo foi representada por 117 idosos do sexo masculino e feminino, residentes nas quatro Instituições de Longa Permanência localizadas na Cidade Baixa no Município de Salvador-Bahia e por sete cuidadores de idosos destas instituições.

Para os idosos, os critérios de inclusão adotados foram: ter 60 anos ou mais, residir na Instituição de Longa Permanência, concordar em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A) e ter obtido, no Mini-exame do estado mental (ANEXO 1) escores acima de 18 pontos para os não alfabetizados e 24 pontos para os que possuíam escolaridade. O teste do Mini-mento foi aplicado para avaliar se esses idosos se encontravam com a função cognitiva preservada, demonstrando capacidade para responder de forma lúcida ao instrumento de produção dos dados. O idoso, cujo exame apresentou pontuação inferior à citada anteriormente, participou da pesquisa, mediante autorização do responsável legal da instituição, pois, escores abaixo de 18 ou 24 pontos podem ser sugestivos de quadros demenciais, comprometendo assim a fidedignidade dos dados caso o instrumento de coleta fosse aplicado a esses idosos. Nesses casos, o instrumento de produção de dados foi respondido pelos cuidadores da Instituição.

Para os cuidadores participarem da pesquisa, foi adotado como critérios de inclusão: assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B), e possuir tempo

de serviço na Instituição igual ou superior a seis meses. Adotou-se esse critério considerando que os cuidadores com tempo de serviço inferior a seis meses, na instituição, ainda estavam em processo de ambientação com o trabalho e poderiam não conhecer plenamente as condições de saúde dos idosos podendo comprometer a veracidade das informações prestadas.

Para o segundo objetivo: a população foi composta pelos quatro coordenadores das Instituições de Longa Permanência selecionadas para o estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE C).

Durante a fase de coleta de dados houve recusa de alguns idosos residentes nas ILPIs para participar do estudo. Assim, fizeram parte desta pesquisa 128 colaboradores conforme quadro 1.

**Quadro 1** – Distribuição das ILPIs e da população participante do estudo, Salvador, Bahia.

Instituições de Longa Permanência para Idosos	Total de idosos residentes	Total de idosos participantes	Cuidadores das ILPIs	Coordenadores das ILPIs
A	14	14	1	1
B	17	17	2	1
C	69	55	2	1
D	60	31	2	1
Total	160	117	7	4

Fonte: Dados fornecidos pelas ILPIs de Salvador (2013).

#### 4.4 COLETA E ARMAZENAMENTO DOS DADOS

Para a coleta de dados utilizou-se dois questionários formulados pela pesquisadora, ambos contendo perguntas estruturadas, semi-estruturadas e de múltipla escolha referentes aos dados de caracterização da amostra e ao objeto de estudo. Além desses instrumentos utilizou-se também, o Index de Katz, que trata sobre a avaliação das Atividades da Vida Diária (AVD) e o Mini-exame do Estado Mental que permite avaliar o padrão cognitivo do idoso.

O primeiro instrumento, aplicado aos coordenadores das instituições, foi elaborado com base nas Normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que estabeleceu parâmetros para o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (BRASIL, 2005). O instrumento contemplou dados sobre a identificação das instituições por iniciais, situação do imóvel (se alugado ou próprio), registro no Conselho do Idoso, natureza jurídica, manutenção financeira da instituição, alvará de licenciamento, grau de escolaridade do responsável pela instituição, recursos humanos, característica da clientela,



atendimento de saúde dos residentes e características físicas e arquitetônicas.

O segundo instrumento, composto de duas partes, foi aplicado aos idosos ou cuidadores das Instituições. A Parte I, intitulada “Caracterização sociodemográfica” contemplou informações sobre: identificação do participante (iniciais do nome), idade, cor da pele, sexo, religião, naturalidade, escolaridade, ocupação, número de filhos, se possuía familiares, situação conjugal, tempo de moradia na instituição, benefício recebido, renda, procedência, quem o levou para a instituição e quem o mantém na instituição.

A Parte II, intitulada “Avaliação das condições de Saúde”, levantou dados sobre capacidades sensoriais e cognitivas, sono, histórico de doenças, uso de medicações, quedas. Foi utilizado ainda o Índice de Katz, para avaliação das Atividades da Vida Diária (AVD) e o Mini-exame do Estado Mental para avaliação do padrão cognitivo do idoso.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2013 e se deu em três etapas. A primeira etapa ocorreu durante a primeira quinzena do mês de agosto e consistiu na aproximação da pesquisadora com o contexto da pesquisa, com a finalidade de conhecer o ambiente em que se encontravam os idosos, bem como buscar uma aproximação com os coordenadores das instituições e os cuidadores dos idosos.

Na segunda etapa realizou-se o contato com os coordenadores da instituição, os idosos e os cuidadores, a fim de explicar como se daria a coleta de dados, os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato, participação voluntária, recusa a qualquer momento, se assim fosse desejado. Nesse momento também foi realizado um teste piloto com alguns participantes do estudo com a finalidade de testar a operacionalização do instrumento e fazer os ajustes necessários.

Na terceira etapa ocorreu a coleta de dados propriamente dita. Para a caracterização das Instituições de Longa Permanência quanto aos aspectos físicos-estruturais e de recursos humanos, aplicou-se aos coordenadores das instituições o instrumento de coleta de dados I (APÊNDICE D). O Instrumento de coleta II (APÊNDICE E) que tratou sobre as condições de saúde dos idosos, foi aplicado aos idosos ou cuidadores das Instituições participantes da pesquisa de acordo com os critérios de inclusão. O questionário foi aplicado em local reservado, conforme disponibilidade dos participantes e em período recomendado pela instituição.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram armazenados utilizando-se o programa Epi Info Windows

com plataforma *Microsoft Access CDC Centers for disease control and prevention- Atlanta*. As análises foram realizadas com estatística descritiva, com medidas de tendência central e de dispersão: variáveis contínuas foram apresentadas sob a forma de média (desvio padrão) ou mediana (intervalo interquartis) dependendo da distribuição. As variáveis categóricas foram apresentadas sob a forma de números (percentuais).

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Foram esclarecidos aos coordenadores e aos cuidadores das instituições, e aos idosos os objetivos e relevância do estudo. Para a realização da pesquisa, foi solicitada a liberação do campo e o projeto foi encaminhado a um comitê de Ética para aprovação. Foi preservado o sigilo das informações e a privacidade dos colaboradores, atendendo assim os critérios da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Também foram informados aos colaboradores sobre o seu direito de participar ou recusar bem como de desistir em qualquer fase da pesquisa. Utilizou-se letras do alfabeto escolhidas pela pesquisadora no intuito de não identificar nominalmente as instituições investigadas.

Esses e outros aspectos éticos da pesquisa estão de acordo com as exigências dispostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos pautados nos referenciais básicos da bioética beneficência, não maleficência, autonomia, justiça (BRASIL, 2012).

Como o estudo foi desenvolvido com colaboradores idosos compondo amostra trago algumas considerações sobre a ética na pesquisa com pessoas idosas. Rowles *apud* Menezes (1999) enfatiza que “nos últimos anos, tem-se observado uma preocupação cada vez maior sobre a ética na pesquisa com os sujeitos idosos”.

Para a autora muitas pessoas idosas, por serem confiantes e vulneráveis, podem estar sujeitas a exploração, principalmente quando há uma relação de afinidade estabelecida entre o pesquisador e o participante a ponto deste expor a sua vida. Uma forma de exploração característica nas pesquisas é quando o pesquisador faz o entrevistado acreditar que a pesquisa trará soluções para os seus problemas (ROWLES *apud* MENEZES, 1999).

A autora traz ainda que:

As finalidades da pesquisa, mesmo que sejam apenas vagamente articuladas devem ser comunicadas aos participantes em uma linguagem que eles compreendam. A forma como são utilizadas algumas expressões pode ser captada como ameaçadora ou pode ainda resultar em insucessos de viver um papel de cientista social que tudo sabe; isto pode se traduzir em dificuldades para os participantes na pesquisa.

Entretanto ser honesto vai além disto, envolve relações complexas e autênticas que a dependência mútua pode desenvolver. Em tais relações, as emoções reciprocamente expressadas, variando de amor a desdém, de solidariedade a zanga e podem manifestar-se em várias ocasiões (ROWLES apud MENEZES, 1999, p. 115)

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse tópico serão descritas as características estruturais das Instituições de Longa Permanência participantes da pesquisa, assim como os resultados referentes às variáveis sociodemográficas e condições de saúde dos idosos residentes nestas instituições, considerando as capacidades sensoriais e comunicação, sono e repouso, integridade da pele, doenças crônicas e uso de medicamentos, quedas, capacidade funcional e padrão cognitivo.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, ESTRUTURAIS E ORGANIZACIONAIS DAS ILPIs

As ILPIs participantes do estudo foram identificadas pelas letras A, B, C e D. De acordo com os dados obtidos, as instituições possuem objetivo semelhante que é prestar atendimento aos idosos com situação socioeconômica precária e/ou não podem ser cuidados pela família.

Quanto ao caráter da instituição, todas as quatro instituições funcionam em imóvel próprio. As instituições A, B e C são filantrópicas, não recebem nenhum tipo de subvenção do governo, utilizam os benefícios dos residentes como fonte de recurso para manterem-se e recebem doações de roupas, móveis, medicamentos e alimentos. A instituição D é pública municipal, se mantém com recursos do município e assim como as outras também recebem doações de terceiros. Todas as instituições possuem alvará de funcionamento expedido pela vigilância sanitária. Os responsáveis técnicos das instituições A, B e C referiram possuir nível médio de escolaridade e da instituição D possuir nível superior.

A RDC 283 dispõe, com relação à organização, que a ILPI deve possuir alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente, comprovar a inscrição de seu programa junto ao Conselho do Idoso e deve possuir um responsável Técnico – RT pelo serviço que possua formação de nível superior (BRASIL, 2005). Nesse último quesito, três das quatro ILPIs pesquisadas iam de encontro às disposições exigidas pela ANVISA.

No que se refere à atenção a saúde, os idosos residentes nas quatro instituições eram encaminhados ao serviço público de saúde. Nas instituições A e B, quando os residentes precisavam de qualquer atendimento médico o responsável técnico acionava a família para que providenciasse o atendimento na própria instituição ou que levasse a pessoa idosa até o serviço de saúde. Para os idosos que não possuíam família, o serviço de atendimento móvel

de urgência – SAMU era chamado para atender as intercorrências.

Na instituição C, os idosos que tinham uma melhor condição financeira, possuíam convenio com um serviço móvel de atendimento de urgência e o responsável técnico da instituição providenciava o pagamento mensal ao serviço utilizando o benefício do idoso. Os idosos que não tinham condições de pagar pelo serviço, quando precisavam de qualquer atendimento de urgência, eram encaminhados a um hospital de referencia em geriatria que sempre prestava atendimento a esta instituição. Os idosos da instituição D recebiam o primeiro atendimento na instituição, quando o médico se encontrava presente e se necessário também eram encaminhados ao centro geriátrico citado acima. Nesta instituição, o encaminhamento dos idosos era realizado pelas enfermeiras e pela assistente social.

Os responsáveis técnicos das ILPIs informaram que as instituições não possuíam parcerias com as Estratégias de Saúde da Família do Distrito Sanitário e recebiam atendimento destas instituições apenas no que se refere à cobertura vacinal em períodos de campanha.

A RDC 283 traz em suas disposições que as ILPIs devem ter um Plano de Atenção a Saúde do Idoso que atendam aos princípios da equidade, universalidade e integralidade e ainda que uma das responsabilidades do responsável técnico da instituição é providenciar o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência em caso de intercorrência médica, e comunicar a sua família ou representante legal, sendo esse encaminhamento realizado por um serviço de remoção, disponível pela instituição, destinado a transportar o idoso, segundo o estabelecido no Plano de Atenção à Saúde (BRASIL, 2005). No entanto, as instituições não conseguem atender essas exigências, uma vez que, não há uma rede de suporte à saúde para a pessoa idosa institucionalizada e estas instituições convivem com a escassez de recursos, não conseguindo prestar uma assistência à saúde de qualidade.

### **5.1.1 Recursos Humanos das ILPIs**

Segundo o regulamento técnico da ANVISA que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos os recursos humanos mínimos necessários ao funcionamento e suas respectivas cargas horárias são: responsável técnico com carga horária mínima de 20 horas semanais; para as atividades de lazer, um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana; para a limpeza, um profissional por turno diariamente; para o serviço de alimentação, um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas; para o

serviço de lavanderia, um profissional para cada 30 idosos diariamente (BRASIL, 2005).

Ainda no que diz respeito aos recursos humanos, a RDC 283 traz que para os cuidados aos residentes, as ILPIs devem dispor de um cuidador com carga horária de 8h/dia para cada 20 idosos com grau de dependência I, um cuidador por turno para cada 10 idosos com grau de dependência II, um cuidador por turno para cada 6 idosos com grau de dependência III. Todos os trabalhadores devem possuir vínculo formal de trabalho (BRASIL, 2005). Segundo dados obtidos, as instituições investigadas possuem somente os recursos humanos apresentados no quadro abaixo.

**Quadro 2** – Distribuição diária do corpo técnico-administrativo das ILPIs, Salvador, Bahia. 2013.

Instituições de Longa Permanência para idosos								
Profissional	A		B		C		D	
	Nº	CH/sem <sup>2</sup>	Nº	CH/sem <sup>2</sup>	Nº	CH/sem <sup>2</sup>	Nº	CH/sem <sup>2</sup>
Responsável Técnico	1	20	1	30	1	40	1	40
Limpeza	1	55	1	40	2	40	4	40
Lavanderia	0	--	0	--	2	30	--	--
Cozinha	1	45	1	40	2	40	2	40
Cuidador com vínculo	1	40	2	36	3	36	4	36
Enfermeira	0	--	0	--	0	--	2	30
Técnico de Enfermagem	0	--	1	36	1	40	2	36
Médico	0	--	0	--	0	--	1	4
Nutricionista	0	--	0	--	0	--	1	30
Assistente Social	0	--	0	--	0	--	1	30

Fonte: Resultado da pesquisa A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria de Nightingale. <sup>1</sup>No, número de profissionais. <sup>2</sup>CH/sem, carga horária semanal de trabalho.

Todas as ILPIs possuíam responsável técnico com carga horária mínima exigida pela legislação. Nas instituições A, B e C o responsável técnico era o próprio fundador da instituição e na D, por ser pública, o responsável técnico era contratado por vínculo formal sob regime da Consolidação das Leis de Trabalho – CLT.

Sobre a limpeza as instituições A e B não atendiam a legislação prevista na RDC 283, pois, possuíam apenas um profissional que atendia aos dois turnos (manhã e tarde) excedendo a carga horária, sendo que no período da noite não havia profissional para limpeza do ambiente. Nas instituições C e D o quantitativo de profissionais estava de acordo com exigências legais respeitando a carga horária semanal a área física da instituição.

No que se refere ao pessoal de serviço de lavanderia, as instituições A e B não possuíam profissional para lavar as roupas dos idosos. Nestas instituições as roupas eram lavadas pelo profissional da limpeza nos finais de semana. A instituição C possuía três profissionais, atendendo as disposições vigentes na legislação, uma vez que a instituição tinha 69 idosos. Na instituição D, o serviço de lavanderia era terceirizado, o que é permitido pela ANVISA.

Quanto ao serviço de alimentação, apenas as instituições A e B possuíam a quantidade de profissionais suficientes para a demanda de residentes. Nas instituições C e D, a quantidade de profissionais estava insuficiente, considerando as especificações da RDC 283.

Nas quatro instituições investigadas o número de cuidadores com vínculo formal era insuficiente considerando o grau de dependência dos idosos institucionalizados. No quadro a seguir, sobre as características dos residentes, esse assunto será melhor discutido.

Outros profissionais foram citados pelos coordenadores das ILPIs. A instituição D possuía no quadro de funcionários um médico que atendia uma vez na semana, nutricionista e assistente social que estavam presentes durante o dia de segunda a sexta-feira. As instituições B e C possuíam um técnico de enfermagem, com vínculo formal de trabalho, que prestava assistência diurna aos idosos realizando procedimentos de enfermagem como curativo, além de administração de medicações e auxílio na alimentação. Na instituição D, o cuidado aos idosos, no turno da noite, era realizado apenas por técnicos de enfermagem.

Embora a RDC 283 não traga em suas disposições legais a necessidade de profissionais de área da saúde no quadro de funcionários das ILPIs, o aumento da demanda de idosos fragilizados e incapacitados residentes nestas instituições, com necessidades de curativos, uso de diversas medicações e outras demandas de saúde acabam forçando os coordenadores a recorrer aos serviços de profissionais da saúde como técnicos de enfermagem.

A Resolução 347 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, de 2009, traz, em seu artigo 1º, que “toda instituição onde exista unidade de serviço que desenvolva ações de Enfermagem deverá ter Enfermeiro durante todo o período de funcionamento da unidade” (COFEN, 2009). Entretanto, as instituições B e C não dispunham de enfermeira no quadro de funcionários e na instituição D a enfermeira estava presente nos turnos da manhã e tarde e os técnicos de enfermagem, que só trabalhavam a noite, não tinham supervisão da enfermeira. Desse modo, as três instituições iam de encontro à resolução do COFEN.

Cabe destacar que nas instituições B e C, o cuidado aos idosos também era realizado por técnicos de enfermagem recém-formados que em busca de uma primeira experiência

profissional adentravam nas ILPIs e como contrapartida recebiam dos coordenadores destas instituições uma carta de experiência. Dessa forma, as instituições contam com uma mão de obra sem custos, ainda que esses trabalhadores não tenham nenhuma capacitação na área da gerontologia e geriatria.

### 5.1.2. Características dos residentes das ILPIs

**Quadro 3** – Caracterização das ILPIs quanto ao número de vagas, número de residentes, sexo, grau de dependência e número de cuidadores, Salvador, Bahia. 2013.

ILPIs	A		B		C		D	
	H <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	H <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	H <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	H <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>
Capacidade instalada (quantidade planejada de residentes)	--	14	--	21	12	57	30	60
Quantidade de residentes no dia da avaliação <sup>3</sup>	--	14	--	17	12	57	11	49
Grau de dependência I	--	0	--	2	3	16	5	11
Grau de dependência II	--	0	--	0	--	19	1	6
Grau de dependência III	--	14	--	15	--	17	--	8
Quantidade de cuidadores por plantão de 12h	1		2		3		4	

Fonte: Fonte: Resultado da pesquisa A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria de Nightingale. <sup>1</sup>H, homens. <sup>2</sup>M, mulheres. <sup>3</sup>Residentes que participaram da pesquisa.

Quanto ao número de vagas oferecido pelas ILPIs e quantidade de residentes, as instituições A e B recebem apenas mulheres idosas enquanto a C e D são mistas. Embora o maior quantitativo de vagas seja destinado às mulheres, constatou-se que há uma predominância de mulheres idosas, mesmo nas instituições que também recebem homens. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos, ainda que tenha havido uma preponderância de ILPIs destinadas ao acolhimento apenas de idosas (YAMAMOTO e DIOGO, 2002; PELEGRINI et al., 2008).

Com relação às características dos residentes, a RDC 283 especifica o grau de dependência dos idosos em I, II e III. O grau de dependência I diz respeito aos idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; grau de dependência II refere-se aos idosos com dependência em até três atividades de vida diária (alimentação, mobilidade, higiene) sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada, e o grau de dependência III está relacionado aos idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de vida diária e ou com comprometimento cognitivo (BRASIL, 2005).



Em todas as instituições houve predomínio de indivíduos com grau de dependência II e III. Vale destacar que na instituição **A** todos os residentes apresentaram dependência total e na **B** apenas dois residentes apresentaram-se independentes. Essa realidade demonstra que as ILPIs precisam de profissionais qualificados para a assistência, com o objetivo de atender as necessidades de saúde das pessoas idosas, em particular das mais fragilizadas.

Embora a ANVISA denomine as ILPIs como instituições de caráter domiciliar destinada a moradia coletiva de pessoas com 60 anos ou mais, vale ressaltar que estas instituições são híbridas e por isso devem arcar com os cuidados aos idosos e algum tipo de serviço de saúde. Nesta perspectiva, se faz necessário a inserção da enfermeira no contexto das ILPIs, uma vez que a longevidade da população contribui cada vez mais para o aumento do número de pessoas mais vulneráveis, frágeis e dependentes de cuidados.

Apesar da Constituição Brasileira e do Estatuto do Idoso expressarem que o cuidado ao idoso é responsabilidade da família, é preciso considerar que nem sempre aquela família possui condições de garantir ou manter o cuidado ao idoso, o que as leva a procurar uma Instituição de longa Permanência no sentido de proporcionar melhores condições de vida, de cuidado e de conforto ao parente idoso. Assim, o cuidado integral ao idoso deve ser pautado na autonomia e manutenção da capacidade funcional, numa perspectiva interdisciplinar, com o objetivo de promover o envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2003).

Nas instituições participantes desta pesquisa o quantitativo de cuidadores era inferior ao determinado pela RDC 283 e a carga horária de trabalho inadequada. Nas instituições **A** e **B** o cuidador também ficava responsável pelo cozimento dos alimentos no final de semana e também pela higienização do ambiente no turno da noite, caso houvesse necessidade, já que o profissional da limpeza estava presente somente no turno da manhã e tarde. Essa realidade, além de caracterizar um desvio de função pode levar ao comprometimento do cuidado, uma vez que, a distribuição das funções não se dá de forma equitativa e nem de acordo com a competência do profissional, gerando um prejuízo considerável para o cuidado e uma sobrecarga de trabalho.

Estudos mostram que na maioria das ILPIs existentes no país, os cuidadores, que formam o quadro de recursos humanos, possuem baixo nível de escolaridade, não fizeram nenhum curso específico para cuidar de idosos. De acordo com os responsáveis técnicos das ILPIs investigadas, todos os cuidadores possuíam curso na área.

### **5.1.3. Características físicas e arquitetônicas das ILPIs**

No que se refere à estrutura física, a RDC 283 destaca que as ILPIs devem atender aos requisitos mínimos de infraestrutura física além de atender as exigências estabelecidas em códigos e leis da esfera federal, estadual e municipal (BRASIL, 2005).

Sobre os dormitórios, as instituições **C** e **D** possuíam dormitórios separados por sexo e as instituições **A** e **B** só aceitavam mulheres, porém nenhuma das ILPIs atendia as exigências da ANVISA de ter apenas quatro residentes por quarto. A instituição **A**, possuía quatro dormitórios onde eram distribuídas as 14 idosas residentes. Um dos dormitórios possuía seis camas que ficavam muito juntas uma das outras, não havendo espaço para as idosas caminharem pelo quarto. Apesar dos dormitórios possuírem janelas, estas não eram abertas e o ambiente permanecia escuro por todo o dia, não havendo penetração da luz solar em nenhum momento como também não havia circulação de ar. O ambiente permanecia abafado e notava-se nas janelas a presença de bastante poeira e insetos.

As camas eram altas demais para a estatura de determinadas idosas residentes, não possuíam grades de proteção, os colchões estavam desgastados, rasgados e irregulares e os travesseiros não eram revestidos por material impermeável. Nos quartos não existia luz de vigília e nem campainha próximo das camas. Ao caminhar pela instituição, era possível sentir o cheiro forte de urina que emanava dos quartos. As idosas acamadas permaneciam todo o tempo deitadas nas camas e não saíam do quarto em nenhum momento.

A instituição **B** possuía quatro dormitórios com 21 camas, porém no momento da investigação havia apenas 17 idosas na instituição. Os dormitórios possuíam condições melhores que as relatadas na instituição **A**, embora não estivesse de acordo com disposições da RDC 283 sobre a distância entre as camas. Nos dormitórios as janelas permaneciam abertas durante o dia e o ambiente era arejado. Os colchões e travesseiros eram revestidos por material impermeável e de fácil limpeza, apesar de que em algumas camas notava-se que o colchão estava desgastado e irregular. Não havia luz de vigília nos quartos e nem campainha para os residentes chamarem os cuidadores quando necessitassem.

A instituição **C** possuía quatro dormitórios sendo um masculino e três femininos onde estavam distribuídos os 69 idosos residentes. Nos quartos havia janelas que eram abertas diariamente permitindo a penetração da luz solar e podia-se perceber a circulação de ar que garantia uma boa ventilação. As camas eram todas iguais, muito baixas e alguns idosos relataram a dificuldade de levantar devido à altura da cama. Nas camas havia grade de proteção que eram colocadas apenas no período da noite para os idosos que tinham limitações funcionais. Os travesseiros e colchões estavam em bom estado de conservação e eram

revestidos por material impermeável. Não havia luz de vigília nos quartos e nem campainha para chamada em caso do idoso precisar da ajuda do cuidador.

Na instituição **D** não havia ambiente com estrutura física de dormitório. A ILPI era constituída por duas grandes casas de dois andares e em cada andar um grande salão onde estavam dispostas as camas dos idosos separadas uma da outra por divisórias. O espaço era bem pequeno, cabendo apenas uma cama de solteiro e uma cômoda onde eram guardados os pertences do residente. No ambiente existiam apenas duas grandes janelas que ficavam abertas durante o dia, porém o ambiente era abafado e quente e não havia circulação de ar. As camas não possuíam grande proteção, os colchões e travesseiros eram revestidos por material impermeável, mas podia-se notar que estavam bastante desgastados.

Florence Nightingale traz em sua Teoria Ambientalista como devem ser as condições sanitárias de uma moradia para que seus residentes tenham uma vida saudável. Ressalta que ambientes escuros e sem circulação de ar tornam-se insalubres e certamente são foco de doenças (NIGHTINGALE, 2010). Destaca ainda que o quarto deve ser tão arejado quanto o ar exterior, que as janelas devem ser abertas para permitir a penetração da luz solar, assim como as camas não devem ser muito altas e de preferência devem ser posicionadas próximo a uma janela para que a pessoa possa olhar pela janela, ver a paisagem e saber quando é dia ou noite (NIGHTINGALE, 2010).

A preocupação com a avaliação do ambiente das ILPIs está relacionada a situações que podem levar o idoso a ficar doente. Valentin et al (2009) destaca que locais mal iluminados, com presença de muitos mobiliários e camas altas, constitui-se em ambientes inadequados que podem expor o idoso ao risco de quedas. A consequência das quedas nessa faixa etária podem gerar lesões graves, afetar a capacidade funcional dos idosos deixando-os dependentes para a realização das atividades de vida diária e até levar a morte.

Além do risco de quedas, ambientes insalubres também podem levar a pessoa idosa a outros comprometimentos. Rattey (2002) destaca que idosos, principalmente os acamados, que permanecem em ambientes mal iluminados, sem saber se é dia ou noite tem maior chance de apresentar declínio cognitivo devido ao confinamento.

Nightingale destaca ainda que não há ventilação que possa arejar um ambiente quando não se observa nele a limpeza mais escrupulosa (NIGHTINGALE, 2005). Ambientes com acúmulo de poeira tornam-se prejudiciais a saúde, especialmente por desenvolver doenças respiratórias e alérgicas.

A RDC 283 afirma que os dormitórios devem ser separados por sexo, com capacidade para até quatro pessoas, possuir luz de vigília, campainha, distância de 0,80m entre as camas,

os colchões e travesseiros devem ser revestidos com material impermeável e de fácil limpeza, além de banheiro sem qualquer tipo de desnível para conter a água (ANVISA, 2005). Vale salientar que nenhuma das quatro instituições participantes deste estudo atendia no total as disposições da ANVISA.

Sobre a estrutura física dos banheiros apenas as instituições **C** e **D** atendiam as exigências propostas pela RDC 283 de forma parcial. Nestas instituições os banheiros eram separados por sexo, possuíam barras de segurança lateral e os pisos eram antiderrapantes, porém, não havia tapetes antiderrapantes e o espaço do chuveiro não era grande o suficiente para a entrada de cadeira de rodas.

Nas outras duas ILPIs quais?, os banheiros possuíam espaço suficiente para a entrada de cadeira de rodas. No entanto não possuíam barra de segurança lateral, o piso não era antiderrapante, havia um batente entre o espaço do chuveiro e do vaso sanitário e não havia tapetes antiderrapantes, contrariando quase que totalmente a resolução da ANVISA. Na instituição **A**, a higiene do banheiro era bastante precária, o ambiente era mal ventilado, mal iluminado e possuía cheiro forte de urina.

Florence Nightingale destaca que o caminho que o indivíduo percorrerá do leito para o banheiro deverá ser o mais curto possível e livre de obstáculos. Que os chuveiros e banheiras devem ter grades ou barras de segurança que facilite o deslocamento no interior do ambiente além de serem apropriadas para a condição física e altura da pessoa. Florence ressalta também que limpeza e ar puro constitui um cuidado sensato e humano, sendo uma das formas de prevenir infecção (NIGHTINGALE, 2010).

Sobre a estrutura física das áreas de circulação das ILPIs apenas as instituições **C** e **D** possuíam espaço externo com área de convivência. Ambas possuíam jardins e em datas comemorativas eram realizadas atividades de recreação. Na instituição **B** não havia área externa para circulação dos idosos e na **A**, a única área que havia nos fundos da instituição era destinada a lavanderia.

Com relação às rampas, escadas e pisos, duas instituições **B** e **D**, possuíam escadas porque eram de dois pavimentos. As escadas possuíam corrimão, mas os degraus eram estreitos e altos. As instituições **A** e **C** funcionavam em casas de andar único e não possuíam escadas. Quanto aos pisos, nenhuma das instituições possuía piso antiderrapante.

Com relação a estrutura física das áreas de circulação das ILPIs, a RDC 283 destaca que as instituições devem dispor de área externa coberta para desenvolvimentos de atividades ao ar livre, pelos idosos. Os pisos externos e internos, inclusive os das rampas e escadas, devem conter mecanismos antiderrapantes e ser de fácil limpeza.

Vale ressaltar que nenhuma das quatro instituições investigadas neste estudo atendia as resoluções propostas pela ANVISA através da RDC 283, no entanto todas elas possuíam alvará de funcionamento dentro da validade expedido após fiscalização dos órgãos competentes.

## 5.2 CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS

A tabela 1, a seguir, apresenta as características sócio-demográficas dos idosos institucionalizados.

**Tabela 1** – Distribuição das frequências das características sociodemográficas dos idosos residentes em ILPIs, Salvador, Bahia. 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>N° (%)<sup>1</sup></b>	<b>Média (DP) Mediana (IQR)<sup>2</sup></b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	100 (85,5)	
<b>Idade</b>		81 (73,9)
<b>Cor da pele</b>		
Preta	24 (20,5)	
Parda	75 (64,1)	
Branca	18 (15,4)	
<b>Religião</b>		
Católica	44 (88,0)	
Espírita	1 (2,0)	
Evangélica	5 (10,0)	
<b>Naturalidade</b>		
Salvador	60 (51,3)	
Região Metropolitana	2 (1,7)	
Interior da Bahia	48 (41,0)	
Outra região	7 (6,0)	
<b>Escolaridade</b>		
0 anos	29 (24,8)	
1-8 anos	32 (27,4)	
9-11 anos	20 (17,1)	
> 11 anos	2 (1,7)	
Sem informação	34 (29,1)	
<b>Filhos</b>		
Não	57 (52,3)	
Sim	52 (47,7)	2 (1,3)
<b>Familiares</b>		
Não	23 (19,7)	

Sim	94 (80,3)	
<b>Visita dos Familiares</b>		
Não	76 (65,0)	
Sim	41(35,0)	
<b>Situação Conjugal</b>		
Solteiro	57 (48,7)	
Viúvo	50 (42,7)	
Separado	10 (8,5)	
<b>Tempo de Moradia (meses)</b>		51,0 (62,7)
<b>Renda<sup>3</sup> (em reais)</b>		678 (678,3)
<b>Benefício</b>		
Aposentadoria	102 (90,3)	
Pensão	11 (9,7)	
<b>Procedência</b>		
Casa própria	45 (38,5)	
Casa dos filhos	21 (17,9)	
Casa de outros familiares	36 (30,8)	
Hospital	7 (6,0)	
Via pública	8 (6,8)	
<b>Quem levou para a instituição</b>		
O idoso foi sozinho	15 (12,8)	
Filho	28 (23,9)	
Outros	74 (63,2)	
Outros familiares	49 (66,2)	
Decisão judicial	13 (17,6)	
Vizinho	12 (16,2)	

Fonte: Resultado da pesquisa A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria de Nightingale, 2013. <sup>1</sup>No, número; %, percentual. <sup>2</sup>DP, desvio padrão; IQR, intervalo interquartis. <sup>3</sup>Referência: Salário Mínimo: R\$ 678,00 (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS ECONÔMICOS – DIEESE, 2013).

Dos 117 idosos selecionados para o estudo, 85,5% eram do sexo feminino, evidenciando que, com o processo de envelhecimento há um predomínio das mulheres em relação aos homens. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada por Oliveira (2012) em ILPIs de Uberaba, apontando que 70,9% do total de 86 idosos avaliados, eram do sexo feminino.

O fenômeno da feminização da velhice está atrelado à diminuição da mortalidade de mulheres, em relação aos homens, nos últimos anos. Esta realidade é decorrente das mulheres cuidarem da saúde com mais frequência, além de estarem menos expostas a acidentes de trânsito e de trabalho e ao uso de álcool e outras drogas (CAMARANO, 2006; (CHAIMOWICZ, 2006). Essa diferença nos hábitos de vida entre homens e mulheres,

contribuiu para uma desigualdade de gênero na expectativa de vida, que segundo dados do IBGE (2010), fazem com que as mulheres vivam sete anos a mais.

Embora nesse estudo tenha sido observado que duas, das quatro ILPIs investigadas só aceitem mulheres como residentes, nas outras instituições mistas o número de idosas também predomina. Esta realidade pode ser explicada pelo fato de muitas mulheres que se encontram institucionalizadas serem solteiras (48,7%) ou viúvas (42,7%), como mostra a tabela 1, além de não ter contraído outro matrimônio após a viuvez.

Com o aumento da expectativa de vida, a população tem alcançado a longevidade. Em países desenvolvidos, as mulheres que chegam até os 65 anos têm a possibilidade de viver em média mais 18 anos (SALGADO, 2002). Nesta perspectiva, faixas etárias mais elevadas estão se formando, como mostra este estudo. Entre as pessoas idosas avaliadas, a média de idade foi de 81 anos. Dados semelhantes foram encontrados nas pesquisas realizadas com idosos por Oliveira (2012) no município de Uberaba – Minas Gerais e por Pelegrini et al (2008) em Ribeirão Preto – São Paulo. Essas informações estão em conformidade com as projeções feitas pelo IBGE no Brasil, que indicam que em 2050 os idosos longevos (80 anos ou mais) corresponderão a 13,8 milhões de pessoas (IBGE, 2008).

O aumento da expectativa de vida é uma conquista social e almeja-se que esses anos a mais sejam vividos com qualidade. Contudo, a longevidade traz implicações epidemiológicas relacionadas à maior prevalência de doenças e incapacidades entre esses grupos etários (PEREIRA, et al, 2010). Esse fato reafirma a necessidade de profissionais enfermeiros nas ILPIs com o objetivo de adotar e desenvolver estratégias de promoção à saúde, que possam prevenir e/ou controlar o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis responsáveis por gerar complicações, limitações funcionais e incapacidades.

A limitação da funcionalidade do idoso pode acarretar alterações dos elementos socioeconômicos, especialmente quando há necessidade de um cuidador, comprometendo a permanência do idoso junto à sua família e se configurando como a principal causa de transferência de idosos para as ILPIs (NUNES et al, 2010; DARVIN et al, 2004 ).

Com a modernização da sociedade, as famílias diminuíram de tamanho, o número de filhos reduziu e a inserção, cada vez maior, de membros familiares no mercado de trabalho dificultando a conciliação dos papéis com o cuidado do familiar idoso (CAMARANO e KANSO, 2010). Essas afirmativas vão ao encontro dos dados encontrados nesta pesquisa, onde o percentual de idosos sem filhos foi de 52,3%. Os idosos que tiveram filhos representaram um percentual de 47,7%, com uma mediana de dois filhos para cada pessoa. Essa realidade pode ser explicada pelas transformações demográficas que aconteceram na

segunda metade do século XX, caracterizado pela diminuição das taxas de fecundidade (CAMARANO e KANSO, 2009; BRITO, 2008).

Em relação à procedência, 51,3% dos idosos residiam na cidade de Salvador, desses 38,5% saíram da casa própria para serem levados para as instituições de Longa Permanência (Tabela 1). A maioria dos idosos foi institucionalizada pelos filhos (23,9%) ou outros familiares (66,2%). Embora o Estatuto do Idoso assegure que é responsabilidade da família cuidar do parente idoso, é preciso considerar que muitas vezes os familiares não possuem condições financeiras de garantir um cuidado adequado. Soma-se ainda o fato de que muitas vezes não há um cuidador familiar que disponha de tempo livre para realizar o cuidado desse idoso. Nesta pesquisa, observou-se que 80,3% dos idosos possuíam familiares, porém apenas 35,0% recebiam visitas destes (Tabela1).

O abandono dos idosos nas ILPIs é uma realidade presente. Presume-se que o descaso dos familiares e a representação negativa que estes têm da velhice, leva os idosos a serem “esquecidos” nas ILPIs. Esse sentimento de abandono referido pelo idoso o leva a enfrentar situações de fragilidade emocional, que por consequência podem gerar angústia, ansiedade e até incapacidades de realizar simples tarefas, contribuindo assim para a diminuição do tempo de vida (PAVAN, MENEGHEL e JUNGES, 2008).

Com relação à cor da pele, a maioria dos idosos se declarou ser de cor parda (64,1%) e preta (20,5%), (Tabela 1). Esses dados divergem da pesquisa realizada com idosos da cidade de Uberaba, onde a maioria possuía pele branca (73,3%) (OLIVEIRA, 2012). Diverge porque a Bahia é considerada o centro da cultura Afro brasileira com boa parte da população de etnia africana, com 63,4% de pardos; 20,3% de brancos; 15,7% de negros e 0,6% de amarelos ou indígenas (IBGE, 2010).

Segundo dados do IBGE (2010), a maior proporção de pessoas que se declaram pardas estão nas Regiões Norte e Nordeste. Já o maior percentual de indivíduos que se declaram pretos está na Região Nordeste, com destaque para a Bahia, onde 17,1% da população se declarou de cor ou raça preta, correspondendo a 2,4 milhões de pessoas (IBGE, 2010).

No que se refere à escolaridade, constatou-se que 24,8% dos idosos não eram alfabetizados e 27,4% possuíam 1-8 anos de estudo, (Tabela 1). Estes dados apresentam conformidade com o último censo realizado no Brasil, que evidenciou um aumento no percentual de analfabetismo entre os idosos brasileiros passando de 34,4% para 42,6% (IBGE, 2010). Uma pesquisa realizada com idosos institucionalizados em Caratinga-MG também demonstrou o predomínio da baixa escolaridade entre os idosos (PEREIRA et al, 2009).



No que diz respeito à religião, 88,0% dos idosos que responderam à entrevista referiram ser católicos (Tabela 1), percentual superior ao encontrado em estudo com idosos residentes em ILPI na cidade Uberaba-MG que apontou apenas 58,1% dos idosos como sendo da religião católica (OLIVEIRA, 2012). Estes dados revelam a influência que a religião católica exerce sobre a população brasileira. Durante muitos anos o Brasil foi considerado o maior país católico do mundo, porém, essa realidade começou a se modificar a partir dos anos 90 com o surgimento de novas crenças e religiões vindas do exterior (JACOB et al., 2004).

Sobre a renda, observou-se que 100,0% dos idosos ganhavam um salário mínimo (R\$ 678,00), sendo a maioria proveniente da aposentadoria (90,3%), (Tabela 1). Outro estudo realizado com idosos institucionalizados também constatou que 100,0% residentes recebiam renda de um salário mínimo, oriundo da aposentadoria (PELEGRINI et al, 2008).

### 5.3. CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS RESIDENTES EM ILPIs DE SALVADOR

#### 5.3.1. Capacidades Sensoriais e Comunicação

**Tabela 2** – Distribuição das frequências relacionadas a alterações dos órgãos dos sentidos e da comunicação dos idosos residentes em ILPIs, Salvador, Bahia. 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>N°(%)<sup>1</sup></b>
<b>Visão</b>	
Alterada	113 (96,6)
<b>Alteração da Visão</b>	
Não sabe informar	75 (66,4)
Catarata	23 (20,4)
Glaucoma	11 (9,7)
Cegueira	4 (3,5)
<b>Órtese</b>	
Sim	85 (72,6)
<b>Tipo de órtese</b>	
Óculos	85 (100,0)
<b>Audição</b>	
Diminuída	62 (53,0)
<b>Capacidade de entender</b>	
Entende	71 (60,7)

Fonte: Pesquisa A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria de Nightingale, 2013. <sup>1</sup>No, número; %, percentual.

No que se refere à acuidade visual, 96,6% dos idosos possuíam diminuição da visão. Destes, 100,0% corrigia o déficit com órtese tipo óculos (Tabela 2). Estudos realizados por Menezes e Bachion (2012), com idosos residentes em ILPIs de Goiânia, evidenciaram também um percentual alto, onde 81,4% dos idosos referiram corrigir os déficits visuais com óculos.

No envelhecimento fisiológico, um dos primeiros sistemas a sofrer impacto é o sensorial, mais especificamente o visual. A partir dos 40 e 50 anos, inicia-se um processo de redução lenta e contínua da capacidade de acomodar e focalizar objetos próximos, chamada de presbiopia, impossibilitando assim a leitura sem a ajuda de óculos (MACEDO et al, 2008; CHAVES, 2010). Nesse período, muitos indivíduos desenvolvem uma oftalmopatia denominada de glaucoma, doença que causa sérias lesões no nervo óptico, podendo levar à cegueira. Estima-se que aproximadamente 2% da população desenvolve glaucoma entre a quarta e quinta década de vida (CHAVES, 2010).

A partir dos 60 anos, as primeiras estruturas oculares que se formaram ainda na vida embrionária também apresentam sinais de envelhecimento. Nesta fase, doenças do cristalino e da retina podem se desenvolver. Com a perda gradual da transparência da lente natural do olho instala-se a catarata, doença ocular de maior prevalência entre os idosos, caracterizada pela diminuição da acuidade visual na sensibilidade ao contraste e na percepção da cor. A catarata pode afetar a mobilidade do idoso e contribuir para o risco de quedas, limitando assim suas atividades funcionais (MACEDO et al, 2008).

Dados desse estudo revelaram que 20,4% dos idosos tinham catarata, 9,7% glaucoma e 3,5% estavam cegos (Tabela 2). Apesar desses diagnósticos não terem sido encontrados nos prontuários dos residentes e ou nos livros de registros das instituições, foram relatados pelos idosos ou por cuidadores durante as entrevistas. A catarata e o glaucoma estão entre as doenças oculares mais prevalentes entre os idosos, sendo as principais causadoras de comprometimentos visuais nesta população (MENESES e BACHION, 2012). Pesquisa realizada por Romani (2005) com 200 idosos residentes na cidade de Veranópolis, apontou que do total de indivíduos investigados 160 (85,5%) eram portadores de catarata.

A visão é uma capacidade sensorial importante não apenas para obtenção de informações sobre o ambiente em geral, mas também para conduzir o movimento do corpo (MACEDO et al, 2008). Os déficits visuais levam a menor comunicação visual, dependência e restrição da mobilidade contribuindo assim para a maior probabilidade de traumas (MENESES e BACHION, 2012), especialmente quando o ambiente tem pouca iluminação, o que favorece a ocorrência de escorregões em superfícies irregulares do chão como tapetes,

batentes de portas, degraus.

Fazendo um contraponto com a Teoria Ambientalista, Nightingale traz que o ambiente doméstico em que o indivíduo viverá deve ser o mais seguro possível e conter apenas o mobiliário necessário. Nos locais onde habitam pessoas cuja visão esteja a falhar, o uso de luz e cores contrastantes deve ser utilizado de modo que possa ajudar essas pessoas a se moverem entre os obstáculos (NIGHTINGALE, 2010).

A baixa acuidade visual pode ocasionar déficit de controle postural em idosos e conseqüentemente aumentar o risco destes indivíduos sofrerem quedas. Além de desencadear maior dependência física, os distúrbios visuais podem gerar também comprometimentos emocionais (MACEDO et al, 2008).

Idosos residentes em ILPIs que apresentam algum tipo de déficit visual necessitam de maior assistência para desenvolverem as atividades básicas de vida diária como alimentar-se, tomar banho, vestir-se, sentar ou levantar. Dessa forma, os cuidadores devem assegurar as condições necessárias para que esses idosos possam realizar tais tarefas.

Nightingale ressalta que o cuidador precisa em todos os casos garantir algumas condições que favoreçam auxílio no desenvolvimento das atividades de vida diária respeitando os limites de cada um e ao mesmo tempo estimulando a independência dessas pessoas, orientando-as a assumir a máxima responsabilidade com as atividades de higiene, alimentação, arrumação dentre outras. Porém, com o decorrer do tempo essa situação mudará e cabe ao cuidador assistir a transição entre a redução ou aumento dos níveis de assistência (NIGHTINGALE, 2005).

Embora a maior parte dos comprometimentos visuais, advindos do envelhecimento, sejam inevitáveis é preciso considerar que um diagnóstico precoce dessas alterações da visão ou a correção das mesmas, podem beneficiar os idosos de forma significativa e evitar prejuízos funcionais futuros. Para isso, é necessário que os cuidadores observem o comportamento dos idosos, identificando possíveis alterações visuais que possam surgir. Dificuldades para ler, para focalizar objetos, para distinguir cores ou mesmo esbarrar em superfícies, podem ser indícios de diminuição da acuidade visual.

Florence Nightingale aborda em sua teoria que a observação é uma condição vital e que o acúmulo de informações diversas ou fatos novos podem melhorar a saúde e o conforto dos indivíduos. Pontua que não há lugar melhor que o de cuidador para observar pequenas variações na condição física da pessoa (NIGHTINGALE, 2005). Dessa forma, a identificação precoce das alterações visuais pode proporcionar maior qualidade de vida para esses idosos, especialmente porque a maiorias dos problemas relacionados à baixa visão são passíveis de

tratamento e correção através de órteses ou mesmo por meio da extração da catarata, melhorando assim a função visual.

Com relação à acuidade auditiva, 53,0% dos idosos possuíam diminuição da audição (tabela, 2). Embora um diagnóstico exato não estivesse presente nos registros das instituições, as alterações foram autorrelatadas pelos próprios residentes, por seus cuidadores além de serem observadas pela pesquisadora. Dados semelhantes foram encontrados em estudos realizados por Oliveira (2012) que identificou que 62,8% dos idosos entrevistados também possuía diminuição da audição.

A deficiência auditiva está entre as alterações sensoriais que acompanham o processo de envelhecimento. Com o passar dos anos a perda da sensibilidade auditiva pode ocorrer por predisposição genética, uso de medicamentos, exposição a ruídos intensos e até mesmo por presença de algumas comorbidades.

Frequentemente, indivíduos com 60 anos ou mais apresentam dificuldade de se comunicar ao telefone ou necessitam que aumentem o volume de aparelhos como televisão ou rádio para que eles possam escutá-los. Estes são sintomas relacionados à presbiacusia, que se caracteriza como a perda auditiva bilateral para tons de alta frequência, em consequência de mudanças degenerativas e fisiológicas do aparelho auditivo, devido ao aumento da idade (COSTA, SAMPAIO e OLIVEIRA, 2007; MARQUES, KOZLOWSKI, MARQUES, 2004).

Para Busse (1992), a presbiacusia pode ser dividida em três tipos: a sensorial onde ocorre uma diminuição de percepção de altas frequências sem a perda de discriminação da fala, a presbiacusia neuronal em que ocorre o entendimento da fala e por fim a presbiacusia estriatal em que todas as frequências demonstram uma perda uniforme.

Idosos com diminuição da acuidade auditiva geralmente apresentam redução da capacidade de entender a fala de outros, além da dificuldade de compreender sons do ambiente, prejudicando assim sua comunicação (ELIOPOULOS, 2011). Ambientes ruidosos dificultam ainda mais a audição de determinados sons, levando o idoso a responder de forma inadequada às perguntas, ou ainda isolar-se, atrapalhando sua interação social (KANO, MEZZENA, GUIDA, 2011).

Embora a literatura aborde que idosos com déficit de audição geralmente têm dificuldade de entender o que outras pessoas falam esta afirmação não se constatou nesta pesquisa. Nas ILPIs investigadas neste estudo, a maioria dos residentes, cerca de 60,7% entendiam o que lhes era perguntado, apesar de muitos idosos possuírem diminuição da audição (Tabela 2). Essa situação pode ser explicada pelo fato de que os idosos selecionados

para o estudo poderiam ter perda auditiva de grau leve ou moderada, não prejudicando gravemente a comunicação com outras pessoas (KANO, MEZZENA, GUIDA, 2011).

Diante dos dados apresentados acima e considerando o ambiente das ILPIs, se faz necessário a presença da enfermeira nestas instituições, identificando junto com os cuidadores possíveis alterações de comportamento do idoso, que venha a sugerir comprometimento das capacidades sensoriais, e assim desenvolver estratégias que facilitem a interação social destes residentes, mantendo-os participativos dentro do contexto institucional.

### 5.3.2. Sono e Repouso

**Tabela 3** – Distribuição das frequências relacionadas a alterações do sono de idosos residentes em ILPIs, Salvador, Bahia. 2013.

Variáveis	Nº(%) <sup>1</sup>
<b>Sono</b>	
Dorme bem	51 (43,6)
Alterações do sono	66 (56,4)
Dorme pouco	20 (30,3)
Insônia	12 (18,2)
Só dorme com medicação	34 (51,5)

Fonte: Pesquisa A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria de Nightingale, 2013. <sup>1</sup>No, número; %, percentual.

Quanto ao sono e repouso, 43,6% dos idosos dormem bem e 56,4% apresentam alterações do sono (Tabela 3). Queixas com relação ao padrão do sono tornam-se frequente entre os idosos, com o passar dos anos. Alterações do sono associadas ao envelhecimento tais como o aumento da latência, dos despertares após o seu início e da dificuldade em adormecer novamente, a tendência em acordar e levantar mais cedo, a necessidade de cochilos durante o dia, assim como aumento do uso de medicações hipnóticas tendem a ser mais severos em idosos que residem em ILPIs (ARAÚJO e CEOLIM, 2010).

De acordo com Lessi et al (2005), idosos institucionalizados encontram-se em deterioração da qualidade do sono devido, muitas vezes, ao ambiente e as rotinas das instituições. As ILPIs parecem agravar as alterações naturais do sono advindas do envelhecimento, proporcionando alterações severas na quantidade e qualidade desse sono o que impacta negativamente na qualidade de vida dos seus residentes.

Ambientes que oferecem pouco estímulo durante o dia assim como a presença

insuficiente de informações sobre o dia e a noite podem levar os idosos a apresentarem alterações do ciclo de vigília/sono e diminuição da qualidade de sono, agravando desta forma distúrbios já existentes. Locais como o descrito anteriormente costumam ser comuns nas ILPIs, caracterizadas pelas rotinas monótonas que estimulam a inatividade diurna, na mesma proporção em que as noites costumam ser perturbadas pelos idosos que apresentam distúrbios de comportamento ou psiquiátricos, assim como pelas luzes que são acesas inoportunamente nos dormitórios pelos funcionários da instituição e pelos ruídos associados a estas situações (ARAÚJO e CEOLIM, 2010).

A Teoria Ambientalista proposta por Florence Nightingale ressalta que qualquer ruído que desperte o indivíduo, estando ele doente ou sadio, do seu sono de forma repentina, ocasionará nele um estado de excitação maior podendo trazer sérios danos à saúde (NIGHTINGALE, 2010).

Nas Instituições de Longa Permanência que participaram desta pesquisa, a rotina de cuidados começa antes das 6h da manhã com o banho e/ou administração de medicações. Por possuírem quantidade de cuidadores insuficientes e muitos idosos com dependência parcial ou total para as atividades de vida diária, as instituições começam a realizar o cuidado diário ainda na madrugada. Dessa forma muitos idosos são despertados do seu sono para receber esses cuidados e os que não participam desta rotina, também tem seu sono interrompido pelos ruídos do dormitório.

Para Nightingale o ruído desnecessário de conversas, andar arrastado ou o agitar de objetos é de fato a mais cruel falta de cuidado que se pode impor a uma pessoa doente ou sadia. O indivíduo que for despertado abruptamente do seu sono dificilmente voltará a dormir (NIGHTINGALE, 2010).

Um sono de má qualidade ou insuficiente pode gerar reflexos no comportamento e bem-estar durante as atividades da vida diária, assim como causar prejuízos na saúde dos idosos. Dificuldade em manter a atenção, prejuízos da memória, da concentração e do desempenho podem ser o resultado do sono insatisfatório. O sono de má qualidade também está intimamente associado à redução da sobrevivência. A mortalidade devido a causas comuns em idosos como doença cardiovascular, acidente vascular encefálico e câncer, tem duas vezes mais chances de ocorrer em pessoas com distúrbios do sono do que naqueles com sono de boa qualidade (ARAÚJO e CEOLIM, 2010; CORREA e CEOLIM, 2008).

Neste estudo, dos 66 idosos que apresentaram alterações do sono, 30,3% dormem pouco e 18,2% apresentam insônia (Tabela 3), demonstrando que essas pessoas têm uma má qualidade de sono. Pesquisa realizada com 38 idosos residentes em ILPIs do interior de São

Paulo demonstrou que 63,1% dos idosos estudados apresentou sono de má qualidade (ARAÚJO e CEOLIM, 2010).

Alterações do sono estão associadas à piora da saúde física, cognitiva e emocional e podem causar prejuízo no desenvolvimento de funções sociais, aumento da incidência de dor, capacidade reduzida para realizar tarefas diárias, além de depressão e diminuição da qualidade de vida, contribuindo assim para o aumento de morbidades e conseqüentemente maior utilização dos serviços de saúde (OLIVEIRA et al, 2010).

Dentre os transtornos do sono mais prevalentes na velhice destaca-se a insônia que se caracteriza pela dificuldade em adormecer, dificuldade em permanecer adormecido assim como acordar precocemente pela manhã. Os sintomas mais comuns apresentados por indivíduos que sofrem de insônia incluem: cansaço fácil, ardência nos olhos, ansiedade, fobias, dificuldade de concentração, déficit de atenção assim como mal-estar e sonolência sendo estes dois últimos contribuintes para aumento do risco de quedas entre os idosos (CORREA e CEOLIN, 2008; OLIVEIRA et al, 2010).

Além do mal-estar e sonolência diurnos causados pela insônia, outro fator que contribui de forma direta para a ocorrência de quedas é o uso de medicações hipnóticas e/ou ansiolíticas para indução do sono. Neste estudo 51,5% dos idosos participantes só dormem com uso de medicações (tabela 3). Pesquisa realizada com 70 idosos moradores da cidade de Tatuí-SP mostrou percentuais mais elevados, onde 92,8% dos entrevistados utilizavam benzodiazepínico 10mg/dia com justificativa para tratar insônia e ansiedade (CRUZ et al, 2007).

Idosos são particularmente mais vulneráveis ao uso de medicamentos sendo justamente os indivíduos que mais os consomem. Nos últimos anos houve um grande aumento do uso de medicações psicotrópicas por idosos, em especial, de tranquilizantes. Estudos trazem que a prevalência do uso de psicotrópicos por idosos residentes em ILPIs é maior quando comparado a idosos residentes na comunidade. Tal situação está associada ao fato dos idosos institucionalizados, em geral, possuírem idade mais avançada ou serem portadores de transtornos cognitivos ou outras doenças que produzam alterações do comportamento (CRUZ et al, 2007; NOIA et al, 2012).

Em decorrência dessas alterações do sono, a procura de por medicamentos que aliviem esses sintomas torna-se grande. A prescrição de fármacos como tranquilizantes constituem uma estratégia rápida e resolutiva para esse problema (NOIA et al, 2012). Dessa forma, muitas destas medicações são ainda administradas inadequadamente como contenção química expondo esses os idosos a efeitos adversos desnecessários e interações medicamentosas

perigosas.

A experiência de um sono insuficiente ou de má qualidade tem grande relevância entre os idosos, pois, além de ocorrerem com frequência e serem bastante desagradáveis podem causar prejuízos ao cotidiano e a saúde influenciando diretamente no baixo desempenho das atividades de vida diária.

Diante disso vale destacar a importância da presença da enfermeira nas ILPIs para que junto com os cuidadores possam programar ações que minimizem ao máximo a perturbação do sono dos idosos assim como elaborar e implementar estratégias que diminuam a circulação dos profissionais nos quartos durante a noite. Essa medida pode reduzir os ruídos e aumentar a privacidade dos residentes, uma vez que a estrutura física não permite dormitórios individuais para todos.

### 5.3.3. Integridade da Pele

**Tabela 4** – Distribuição das frequências relacionadas à integridade da pele de idosos residentes em ILPIs, Salvador, Bahia. 2013.

Variáveis	N°(%) <sup>1</sup>
<b>Condições da Pele</b>	
<b>Região Sacra</b>	36 (30,8)
Pele íntegra com eritema	17 (47,2)
Rompimento da pele, bolha	6 (16,7)
Exposição do tecido subcutâneo	12 (33,3)
Exposição do músculo, osso, tendões	1 (2,8)
<b>Região Trocanter direito</b>	13 (11,1)
Pele íntegra com eritema	11 (84,6)
Rompimento da pele, bolha	1 (7,7)
Exposição do tecido subcutâneo	1 (7,7)

Fonte: Pesquisa A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria de Nightingale, 2013. <sup>1</sup>No, número; %, percentual.

A úlcera por pressão (UP) foi observada em 42,0% dos idosos, e estava localizada na região sacra (30,8%) e trocanter direito (11,1%) (Tabela 4). Esse percentual foi superior aos estudos realizados por Freitas et al, 2011 e Oliveira, 2012 onde o percentual de idosos institucionalizados que apresentavam úlceras por pressão foi de 18,8% e 3,5% respectivamente.



A úlcera por pressão é definida como áreas de necrose tissular, que tendem a se desenvolver quando há compressão do tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície externa durante um período de tempo prolongado (CHAYAMITI e CALIRI, 2010). De acordo com a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), as UPs possuem quatro estágios de classificação, quanto ao seu grau de profundidade, que são: estágio I – eritema em pele intacta; estágio II – perda parcial da pele envolvendo epiderme e/ou derme, com formação de flictenas ou regiões abrasivas; estágio III – perda total da pele podendo haver áreas de necrose em tecido subcutâneo não atingindo a fáscia subjacente; estágio IV – destruição intensa das camadas da pele com necrose de tecidos e/ou lesão de músculo e até exposição óssea (LOURO, FERREIRA, PÓVOA, 2007).

Nesse estudo a maior percentagem encontrada foi de UPs em estágio I. Esses dados são semelhantes aos encontrados por Souza (2006) em estudos realizados com idosos residentes em ILPIs de Minas Gerais onde a maioria dos participantes da pesquisa também apresentaram UPs em estágio I. Embora nessa pesquisa apenas um idoso tenha apresentado úlcera por pressão grau IV, vale destacar que as essas enfermidades elevam o risco de mortalidade dos idosos acometidos.

A ocorrência das UPs está associada a dois determinantes etiológicos: intensidade e duração da pressão. Há também os fatores extrínsecos e intrínsecos que contribuem para o aparecimento dessas lesões. Os fatores extrínsecos são: fricção, cisalhamentos, umidade e imobilidade. Os intrínsecos estão caracterizados por: idade avançada, alterações da pele relacionada à idade, deficiências nutricionais, processos patológicos, presença de edemas e/ou diminuição da perfusão tecidual (FREITAS et al, 2011).

No decorrer do envelhecimento a pele sofre alterações na formação das células epiteliais, causando desgaste de 20,0 a 30,0% na espessura da epiderme, diminuição do tamanho e do número de glândulas sudoríparas, assim como escassez do tecido de sustentação. Há também uma desidratação da derme que perde sua elasticidade e rigidez. A soma desses fatores torna a pele menos elástica e mais friável, aumentando dessa forma as chances de lesões dermatológicas, especialmente, nos pacientes que se encontram acamados.

Ainda que a idade seja considerada por diversos autores como um dos fatores mais relevantes para o desenvolvimento da fisiopatogenese das UPs, a presença de desnutrição, umidade e imobilidade aumentam consideravelmente as chances de idosos serem acometidos por essas lesões (SAKASHITA e NASCIMENTO, 2011).

O estado nutricional, na população idosa, pode ser alterado pela ocorrência de diversos fatores que incluem: diminuição do apetite e alterações da função cognitiva e motora levando

o idoso à dependência de auxílio para se alimentar; doenças agudas ou crônicas do trato gastrointestinal e uso constante de medicamentos. A associação desses determinantes pode submeter o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais gerando repercussões nas condições de saúde e nutrição dessa população aumentando assim, o risco de desenvolvimento de UPs (FREITAS et al., 2011).

O excesso de umidade em contato com a pele torna-a fragilizada e mais suscetível ao atrito e a maceração, sendo considerado desta forma um grande fator de risco para o desenvolvimento de lesões. A incontinência urinária e fecal assim como o excesso de transpiração e restos alimentares deixados na cama, pode enfraquecer as camadas externas da pele e aumentar as chances de desenvolvimento das úlceras (FREITAS et al., 2011).

A imobilidade também se apresenta como um importante contribuinte para o desenvolvimento de UPs. Idosos que não deambulam, que passam a maior parte do tempo sentados ou restritos ao leito têm maior predisposição a desenvolver lesões devido a pressão que é exercida no tecido (SOUZA e SANTOS, 2007).

As úlceras por pressão constituem condição clínica ruim que podem ocasionar alteração na qualidade de vida do idoso acometido, uma vez que restringe essa pessoa ao leito impedindo-a de realizar as atividades de vida diária tornando-a dependente de cuidados, além de causar grande impacto na sua autoestima, levando esse idoso, muitas vezes a quadros depressivos (SOUZA e SANTOS, 2007).

O manejo das UPs demanda planejamento e ações de reabilitação e recuperação do idoso acometido. Embora a Resolução da Diretoria Colegiada de 2005 (RDC 283) não traga especificamente em suas diretrizes a obrigatoriedade da presença de enfermeira nas ILPIs, se sabe que essa profissional é responsável pela produção do cuidado e que, se inserido nestas instituições, poderiam desenvolver, junto com os cuidadores, um plano de ação capaz de assegurar o tratamento dos idosos com UPs, bem como identificar possíveis fatores de risco que possam resultar em lesões, garantindo assim a manutenção da integridade da pele do idoso institucionalizado. Por isso torna-se necessário à inserção da enfermeira no contexto das ILPIs.

É papel da enfermeira é orientar os cuidadores para que estes desenvolvam ações de prevenção para UPs, como: realizar higiene dos residentes sempre que necessário, em especial para os idosos que sofrem com incontinência fecal e/ou urinária, mantendo-os com a pele sempre seca; trocar lençóis úmidos; orientar sobre dieta alimentar adequada; estimular a mobilidade e a locomoção; realizar mudança de decúbito a cada duas horas, realizar curativos;

administrar medicamentos, dentre outros.

Vale salientar que para se prestar uma assistência de enfermagem adequada é importante que as ILPIs disponham de recursos humanos e materiais suficientes, condição que, na maioria das vezes, não são atendidas nas ILPIs. Das quatro instituições participantes desta pesquisa, três eram de caráter filantrópico, e contavam apenas com apoio de entidades religiosas, de grupos da comunidade e com o apoio dos próprios residentes que destinam uma parte ou o total de sua aposentadoria para custear as despesas. Diante disso, estas instituições não dispõem de recursos para oferecer uma estrutura física adequada nem para contratar e/ou capacitar profissionais que possam oferecer um cuidado especializado de acordo com as necessidades de cada idoso.

#### 5.3.4. Quedas

**Tabela 5** – Distribuição das frequências relacionadas a queda entre idosos residentes em ILPIs, Salvador, Bahia. 2013.

Variáveis	N°(%) <sup>1</sup>
<b>Queda no último ano</b>	
Não	66 (56,4)
Sim	51 (43,6)
<b>Fratura decorrente da queda</b>	
Não	42 (82,4)
Sim	9 (17,6)

Fonte: Pesquisa A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria de Nightingale, 2013. <sup>1</sup>No, número; %, percentual.

Neste estudo, o percentual de idosos que sofreram quedas no último ano foi de 43,6%. Pesquisa realizada por Santos (2012) com idosos moradores em ILPIs da cidade de Corvilhã – Portugal evidenciou um índice superior em que 63,0% dos idosos investigados já haviam sofrido quedas. Em outro estudo realizado por Valcarenghi et al (2011) em uma ILPI do Rio grande do Sul, apontou que 13 dos 30 idosos residentes na instituição haviam caído no último ano.

Uma queda ou lesão relacionada a este evento caracterizam-se como uma grande ameaça para a perda da independência funcional de idosos. Estima-se que 30,0% dos idosos residentes em países ocidentais sofrem quedas pelos menos uma vez por ano (WEATHERALL, 2004). O autor destaca ainda que em média 40,0% a 60,0% das quedas

resultam em algum tipo de lesão sendo que aproximadamente 50,0% são lesões de menor gravidade enquanto 10,0% a 15,0% das quedas originam lesões de maior gravidade.

Com o envelhecimento ocorrem alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que geram uma redução na capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional, tornando o idoso mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas. Dentre as perdas apresentadas pela pessoa idosa pode-se destacar a instabilidade postural, que leva a uma maior possibilidade de queda devido às alterações nos sistemas sensoriais e motor (BRITO E COSTA, 2001).

A queda em pessoas idosas caracteriza-se como uma situação grave que pode gerar lesões permanentes, incapacidade e até a morte. Pessoas idosas apresentam lesões mais graves decorrentes de uma queda do que as pessoas jovens. Para lesões de mesma gravidade, os idosos têm maior risco de experimentarem internações mais longas, maior período de reabilitação e de dependência para as atividades de vida diária. Além disso, idosos que já sofreram quedas, especialmente os mais velhos, podem sofrer impacto psicológico negativo por medo de novos eventos (VALENTIN et al, 2009)

As causas que levam as pessoas idosas a sofrerem quedas podem ser múltiplas e estarem associadas (BRITO E COSTA, 2001). Os fatores responsáveis por gerar esse evento podem ser caracterizados como intrínsecos ou extrínsecos. Os intrínsecos referem-se às alterações fisiológicas do envelhecimento como: limitação da visão, diminuição da marcha e outras alterações do aparelho locomotor, sedentarismo e até mesmo efeitos causados pelo uso de medicações. Já os extrínsecos guardam relação com aspectos ambientais como: iluminação insuficiente, presença de móveis instáveis, escadas, tapetes avulsos, tacos soltos, pisos escorregadios, prateleiras de difícil alcance, calçados inadequados e soltos nos pés, camas altas, inexistência de barras de apoio, fios elétricos soltos e qualquer outra questão relacionada ao ambiente que possa causar instabilidade postural no idoso (BRITO E COSTA, 2001). Vale ressaltar que os fatores extrínsecos ocasionam mais quedas entre os idosos quando comparados aos intrínsecos.

As diretrizes de prevenção de quedas chamam a atenção para o fato de que os fatores intrínsecos e extrínsecos podem ocasionar esses eventos de forma isolada ou associada. Brito e Costa (2001) destacam que a maioria das quedas está relacionada a questões ambientais e também ao uso de medicamentos entre os idosos.

Ribeiro et al (2013) trazem que medicações sedativas e anti depressivos podem causar sonolência excessiva e prejudicar os reflexos motores dos idosos e que os anti-hipertensivos e analgésicos podem induzir a hipotensão e levá-los a confusão aumentando assim os riscos de

quedas nessa população. Nas ILPIs que participaram desta pesquisa a prevalência do uso de medicações entre os idosos foi alta. Do total de 117 idosos residentes nas quatro instituições apenas dez não faziam uso de medicações e dentre as substâncias prescritas a maioria era anti-hipertensivos e psicotrópicos.

Sobre as condições do ambiente Valentin et al (2009), apontam que o ambiente doméstico pode trazer sérios riscos aos idosos, principalmente para os que apresentam alguma deficiência de controle postural. Assim, as ILPIs devem se preocupar em manter um ambiente seguro para os seus residentes, adequando seu espaço físico de acordo com as normas instituídas pela RDC 283. Devem considerar que situações que levem a pessoa idosa a escorregar, pisar em falso ou tropeçar podem gerar quedas e conseqüentemente lesões graves e até a morte.

Florence Nightingale afirma em seus escritos que o uso do lar como espaço para o cuidado requer preparo. As adaptações e inclusões que são feitas no ambiente ajudam no trabalho do cuidador à medida que torna as moradias mais seguras para os residentes, especialmente se estes possuírem debilidades ou incapacidades (NIGHTINGALE, 2010).

A moradia em que reside o idoso além de oferecer ambiente seguro para a realização de suas atividades diárias deve considerá-lo como sujeito ativo (SANTOS et al, 2011). Nesse sentido o ambiente físico das ILPIs deve oferecer: manutenção de pisos e assoalhos livres de substâncias escorregadias e umidade, pisos antiderrapantes e sem desníveis, rampas ao invés de escadas, iluminação que possibilite ampla visibilidade, mobiliário estável, cadeiras e estofados firmes e com apoio para braços e em altura que permita o apoio dos pés no chão, camas não muito altas e que permitam ao idoso apoiar o pé no chão quando sentado para que facilite o levantar, proteção lateral nas camas dos idosos, barras de sustentação nos banheiros, corredores e rampas com corrimão, sinalização adequada em caso de possuir escadas.

Das quatro instituições participantes deste estudo apenas uma atendia parcialmente as exigências da ANVISA com relação ao ambiente. As outras três instituições não ofereciam um ambiente salubre para seus residentes e continham vários fatores de risco para quedas. Dentre eles podemos destacar: iluminação insuficiente, presença de degraus para passar de um cômodo ao outro, ausência de barras de apoio no banheiro, piso do banheiro molhado sem placa de sinalização para umidade, presença de tapetes na sala de convivência e excesso de mobiliário nos cômodos coletivos, ausência de corrimão nos corredores, ausência de grades nas camas tanto dos residentes acamados quanto dos que tinham dependência parcial, presença de batentes dentro do banheiro. Duas instituições funcionavam em casa de dois andares exigindo dos idosos descer e subir escadas várias vezes no dia.

Uma ILPI que atende as exigências legais e tem profissionais habilitados apresentam-se mais confiável e segura oportunizando a manutenção da autonomia e capacidade funcional dos seus residentes (SANTOS, 2012). Embora a Política nacional do Idoso assegure que residir em uma ILPI constitui um direito garantido ao idoso que não tem família ou que não tenha condições de arcar com moradia, alimentação e saúde vale salientar que as instituições filantrópicas, responsáveis por abrigar a maioria dos idosos institucionalizados, não dispõem de recursos financeiros suficientes para promover adequações na estrutura física que possam garantir um ambiente seguro aos seus residentes. Estas instituições contam apenas com doações de entidades religiosas e grupos de apoio, parte da aposentadoria dos próprios residentes e não recebem nenhuma subvenção do governo.

Os idosos institucionalizados apresentam-se mais vulneráveis às influências do ambiente tornando-se mais frágeis. Diante disso, o cuidado nestas instituições deve ser realizado por profissionais qualificados na área do envelhecimento para que se possa proporcionar e/ou manter a qualidade de vida desses idosos. Nesse contexto torna-se essencial a inserção da enfermeira nas ILPIs com o objetivo de desenvolver ações de planejamento, organização e coordenação e execução do cuidado tentando manter ao máximo a autonomia e independência da pessoa idosa.

É importante salientar que a queda pode ser considerada um marcador importante do início de um declínio da função ou o sintoma de uma patologia nova e por isso os cuidadores devem estar sempre atentos a qualquer alteração que os idosos venham a apresentar (FRANCHI e MONTENEGRO JÚNIOR, 2005). O enfermeiro quando atua junto ao idoso institucionalizado pode tornar o cuidado mais humanizado, acolhedor, avaliativo e integral podendo contribuir para a melhoria da qualidade de vida desse idoso instituindo medidas de prevenção que vão desde orientação para adequação da estrutura física das instituições até a necessidade da prática de atividade física pelos idosos.

De acordo com Franchi e Montenegro Júnior (2005), a prática de exercícios físicos pelos idosos ajudam na melhoria da capacidade funcional, equilíbrio, força e coordenação contribuindo para uma maior segurança e prevenção de quedas entre essa população. Ainda que as ILPIs não disponham de uma profissional de educação física para realizar essas atividades, os responsáveis técnicos podem tentar articulação com as instituições de ensino superior na tentativa de inserir essas atividades no contexto das instituições de longa permanência.

Vale ressaltar que em 2006 foi instituído o Pacto pela Vida onde a saúde do idoso foi tratada como questão prioritária e a queda considerada como um evento sentinela. A partir daí

a prevenção de quedas passou a ser questão importante para o SUS e ganhou destaque novamente entre os objetivos instituídos pelo Pacto pela Vida de 2008, que através do Pacto pela Saúde estabeleceu metas como: redução em 2,0% das taxas de internação hospitalar de idosos por fratura de fêmur e inspeção de 100,0% das ILPIs cadastradas na ANVISA (BRASIL, 2008).

### 5.3.5. Doenças crônicas e uso de medicamentos

**Tabela 6**– Distribuição das frequências relacionadas a doenças crônicas de idosos residentes em ILPIs, Salvador, Bahia. 2013.

Variáveis	Nº(%) <sup>1</sup>
<b>Diabetes Mellitus</b>	
Sim	21 (17,9)
Não	96 (82,1)
<b>Hipertensão Arterial</b>	
Sim	64 (54,7)
Não	53 (45,3)
<b>Doenças Cardíacas</b>	
Sim	9 (7,7)
Não	108 (92,3)

Fonte: Pesquisa A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria de Nightingale, 2013. <sup>1</sup>No, número; %, percentual.

A doença crônica mais prevalente entre os idosos participantes do estudo foi a hipertensão arterial (54,7%) (Tabela 6). Estudo realizado por Oliveira (2012) em ILPIs de Uberaba-MG constatou o mesmo percentual de 54,7% de idosos portadores de hipertensão. Outra pesquisa realizada por Passos e Ferreira (2010) com idosos residentes em uma ILPI de Campos dos Goytacazes-RJ, apontou um percentual superior, onde 77,8% de idosos tinham hipertensão arterial.

As doenças crônicas são atualmente responsáveis por mais de 60% dos óbitos ocorridos em todo o mundo (BRASIL, 2008). De acordo com o relatório do Banco Mundial, em 2008, ocorreram 36 milhões de mortes por doenças crônicas, o que corresponde a 63,0% do total global de mortes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares, dentre elas a hipertensão arterial; as neoplasias; as doenças respiratórias crônicas e a Diabetes Mellitus. Essas doenças se caracterizam por terem etiologias múltiplas,

muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais. Dentre todas as doenças crônicas a hipertensão arterial é a de maior prevalência entre os idosos (BRASIL, 2010). É considerada um fator de risco para o aumento da morbimortalidade entre essa população, principalmente por levar a complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas (BRASIL, 2006)

A hipertensão arterial apresenta diversos fatores de risco que podem ser classificados em “não modificáveis” (raça, idade e fator hereditário) e “comportamentais ou ligados ao estilo de vida” (tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, alimentação, inatividade física). Esses fatores comportamentais podem ser potencializados pelas condições socioeconômicas, culturais e ambientais. O tratamento para essa condição crônica consiste em terapia farmacológica e não farmacológica e vai depender do grau da doença e de como cada indivíduo responde ao tratamento (BRASIL, 2006).

A terapia farmacológica é indicada para hipertensos moderados a graves e que possuem fator de risco para doenças cardiovasculares. Entretanto a maioria dos idosos com hipertensão arterial usa mais de uma medicação, pois não conseguem controlar a pressão com apenas um agente farmacológico. Embora essa terapia seja eficaz na redução dos níveis pressóricos, tem alto custo e efeitos colaterais indesejáveis, que podem contribuir para o abandono do tratamento (ZAITUNE, et al, 2006).

Terapias não farmacológicas relacionadas a mudanças no estilo de vida estão sendo apontadas na literatura por sua eficácia no controle da pressão, além de serem de baixo custo. Elas incluem orientações para redução do peso, manutenção de uma dieta equilibrada, abandono do estilismo e tabagismo e prática de atividades físicas (ZAITUNE, et al, 2006).

De acordo com Passos e Ferreira (2010), a prevalência de idosos com diagnóstico de hipertensão arterial pode estar relacionada, dentre outros aspectos, com o estilo de vida decorrente de alimentação inadequada e do sedentarismo. Embora a RDC 283 não traga em suas diretrizes que é necessário a presença de nutricionista para cuidar da alimentação dos residentes em ILPIs, sabe-se que esse profissional é o mais indicado para elaborar uma dieta adequada de acordo com as necessidades dos idosos. Além do nutricionista, o médico e a enfermeira também possuem competências técnicas para prescrever e orientar sobre alimentação saudável.

Das quatro instituições participantes desta pesquisa apenas uma possuía nutricionista, enfermeira e/ou médico. As outras três instituições, por serem filantrópicas, não contavam com nenhum profissional da saúde que pudesse orientar sobre a alimentação mais adequada



para os idosos. Além disso, o cardápio era elaborado pela cozinheira e feito na maioria das vezes de acordo com os alimentos que chegavam por doação, portanto nem sempre os idosos dispunham de uma alimentação de acordo com suas necessidades. A funcionária responsável pela escolha dos alimentos não recebia orientação de nenhum profissional referido acima.

No que se refere ao sedentarismo, vale ressaltar que a inatividade física, assim como a alimentação desequilibrada contribui para o aumento de peso e surgimento de doenças crônicas como a hipertensão. Em nenhuma das instituições participantes da pesquisa os idosos realizavam atividades físicas. Apenas duas das quatro ILPIs pesquisadas tinham área de lazer que pudesse proporcionar aos seus residentes a prática dessas atividades. Assim, estas instituições vão de encontro às normas estabelecidas pelo Ministério de Saúde que recomenda a prática regular de atividade física.

Um dos fatores da presença do sedentarismo entre os idosos pode estar associado ao fato das ILPIs não terem, no seu quadro de funcionários, um educador físico ou de uma enfermeira que pudesse está desenvolvendo ações educacionais que aconselhasse a prática de atividades físicas como a caminhada. A prática regular de atividades físicas exerce papel fundamental na prevenção e controle de doenças crônicas, além de contribuir para a prevenção e recuperação de perdas motoras (MION JR et al, 2007)

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os programas para prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares devem contar com a prática de atividades aeróbicas leves com frequência de três a seis vezes por semana. Pacientes hipertensos devem desenvolver atividades físicas de forma regular, pois, além de controlar a pressão arterial ainda previne consideravelmente, o risco de complicações como doenças coronarianas, acidentes vasculares dentre outras (MION JR et al, 2007)

Fazendo um contraponto com a Teoria Ambientalista Florence traz que a enfermagem preventiva é importante e objetiva garantir que o cuidado que está sendo prestado contribua para melhorar a condição de saúde do paciente (NIGHTINGALE, 2010). Assim, faz-se necessário a presença da equipe multidisciplinar de saúde nas ILPIs para que seja traçado um plano de cuidados que englobe a realização do controle dos níveis pressóricos diários dos residentes, bem como orientações quanto à alimentação saudável e prática de atividade física. Sugere-se também que as unidades de saúde do distrito sanitário, como a Estratégia de Saúde da Família - ESF, possam dar suporte as ILPIs no sentido de desenvolver ações de educação continuada com cuidadores e cozinheiros sobre as necessidades nutricionais dos residentes, assim como a realização de atividades físicas apropriadas para os idosos.

**Tabela 7** – Distribuição das frequências relacionadas ao uso de medicamentos pelos idosos residentes em ILPIs, Salvador, Bahia. 2013.

Variáveis	N°(%) <sup>1</sup>
<b>Medicações</b>	
Sim	97 (82,9)
Não	20 (17,1)
<b>Medicações anti hipertensivas</b>	56 (57,7)
<b>Medicações psicotrópicas</b>	56 (57,7)
<b>Medicações hipoglicemiantes</b>	14 (14,4)

Fonte: Pesquisa A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria de Nightingale, 2013. <sup>1</sup>No, número; %, percentual.

Dos 117 idosos participantes do estudo 97 (82,9%) faziam uso de medicamentos diariamente. Os tipos de medicamentos mais consumidos pelos idosos foram os anti-hipertensivos e os psicotrópicos, ambos com percentuais de 57,7%. Pesquisa realizada por Passos e Ferreira (2010) constatou que os anti-hipertensivos também foram os medicamentos mais utilizados pelos idosos residentes nas ILPIs de Campos dos Goytacazes-RJ. Nessa mesma pesquisa, as autoras evidenciaram também que 52,9% dos idosos investigados faziam uso de medicações psicotrópicas com destaque maior para os tranquilizantes e/ou ansiolíticos.

Com a prevalência das doenças crônicas há uma tendência maior para o uso de medicações a partir da quarta década de vida. Esse consumo aumenta entre os idosos, tornando-os o grupo etário mais medicalizado da sociedade. Atualmente, os idosos brasileiros representam 50,0% dos multiusuários de fármacos e em razão disso estudos trazem uma crescente relação entre o consumo de medicamentos e o aparecimento de problemas relacionados a medicações (PRM) (JÚNIOR et al, 2006; NOIA et al, 2012).

O aumento do número de medicamentos nas prescrições médicas seja pela presença de múltiplas doenças ou pelo modelo biomédico de medicalização, podem ocasionar duas situações que exigem atenção especial: a polifarmácia e a iatrogenia. A polifarmácia está relacionada ao uso de cinco medicações ou mais e em muitos casos há prescrição desnecessária de fármacos podendo gerar reações adversas, erros de medicação e aumento do risco de internação. Já a iatrogenia se apresenta como um efeito patogênico de um medicamento ou da interação de vários deles (PASSOS e FERREIRA, 2010).

Além do acometimento de doenças crônicas, os idosos ao longo do envelhecimento, vão apresentando importantes modificações fisiológicas que alteram os padrões farmacocinéticos e farmacodinâmicos em consequência das transformações dos sistemas

corporais. Essa situação faz com que esse grupo etário fique mais vulnerável às reações adversas causadas pelos medicamentos (RIBEIRO et al, 2013).

A reação adversa é uma resposta a um medicamento que acontece de forma não intencional e que ocorre quando doses são normalmente prescritas e utilizadas no ser humano. De acordo com Noia et al (2012), as reações adversas à medicamentos na população idosa é mais frequentemente causada pelo consumo de medicações psicotrópicas. Essas drogas podem ter seus níveis séricos aumentados, quando associados a outras medicações, ocasionando assim um aumento da toxicidade (RIBEIRO et al, 2013). O aumento do número de reações adversas tem como consequência aumento das internações hospitalares de pessoas idosas diminuindo a sobrevida destas e onerando os custos dos serviços de saúde (GALVÃO e FERREIRA, 2006).

Ribeiro et al, (2013) traz em seus estudos que a prevalência do uso de medicações psicotrópicas por idosos residentes em ILPIs é maior do que idosos que vivem na comunidade. Em geral, os idosos institucionalizados possuem idade mais avançada, são portadores de algum transtorno cognitivo e/ou doenças crônicas que os levam a apresentar alterações no comportamento e dependência para realizar as atividades de vida diária. Dessa forma, a frequente prescrição de substâncias psicotrópicas ainda é utilizada de forma inadequada, como contenção química (NOIA et al, 2012; RIBEIRO et al, 2013).

Em uma das instituições participantes deste estudo a prescrição de medicações psicotrópicas era frequente entre os residentes. Dos 69 idosos moradores da instituição 47 faziam uso de mais de duas medicações psicotrópicas sendo que os benzodiazepínicos estavam presentes em todas as 47 prescrições. Por apresentarem meia vida prolongada, os benzodiazepínicos podem causar sedação prolongada por vários dias e aumentar o risco de síncope e quedas entre os idosos podendo levar a complicações graves como fraturas (NOIA et al, 2012). Na instituição mencionada acima, mais da metade dos idosos já haviam caído pelo menos uma vez.

Estudos têm evidenciado que a ocorrência desses problemas pode ser minimizada quando o trabalho de uma equipe multidisciplinar é inserido no contexto do cuidado ao idoso seja no âmbito hospitalar, institucional ou domiciliar (LYRA et al, 2006). Em países desenvolvidos, como nos Estados Unidos, já é notório que a redução do número de medicamentos prescritos, de internações decorrentes de reações adversas a medicamentos, assim como a melhora do estado geral do paciente idoso que utiliza vários fármacos é consequência do trabalho do profissional farmacêutico em conjunto com os demais profissionais da área da saúde (HAYES, KLEIN-SCHWARTZ, BARRUETO JR, 2007).

Embora as ILPIs sejam caracterizadas como moradias e não como instituições de saúde o aumento de idosos com doenças crônicas, incapacidades funcionais e que fazem uso de diversas medicações diárias torna evidente a necessidade de profissionais da saúde para que se possa prestar um cuidado integral.

Ainda que a RDC 283 não exija que as instituições longa permanência tenham em seu quadro de recursos humanos a presença de um farmacêutico, médico ou enfermeira vale destacar que esses profissionais podem orientar os cuidadores sobre as interações medicamentosas e as reações que as medicações podem causar nos idosos. Freitas e Noronha (2013) destacam ainda que as medicações utilizadas pelos idosos nas ILPIs devem ser monitoradas, o aprazamento das prescrições deve ser visto como uma prática de grande responsabilidade e a enfermagem se constitui como a equipe apta para prestar esse cuidado.

Das ILPIs visitadas nesta pesquisa nenhuma contava com a orientação de um farmacêutico sobre a utilização das medicações pelos idosos. Apenas uma instituição pesquisada possuía médico e enfermeira vinculados ao seu quadro de funcionários, sendo que a visita médica era feita semanalmente, as prescrições ajustadas quando necessário e a enfermeira estava presente nos turnos matutino e vespertino. Nas outras três instituições o atendimento médico ao idoso era providenciado pela família e não obedeciam a uma regularidade de consultas. Em alguns casos as prescrições médicas datavam de seis meses atrás. Nenhuma das instituições possuía prontuário dos residentes ou livro de registros para anotações a respeito das reações que os idosos viessem a apresentar.

### 5.3.6. Capacidade Funcional

**Tabela 8** – Distribuição das frequências relacionadas às atividades básicas de vida diária dos idosos residentes em ILPIs, Salvador, Bahia. 2013.

Variáveis	N°(%) <sup>1</sup>
<b>Independente</b>	37 (31,6)
<b>Dependência moderada</b>	47 (40,2)
<b>Muito dependente</b>	33 (28,2)

Fonte: Pesquisa A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria de Nightingale, 2013. <sup>1</sup>No, número; %, percentual.

Para avaliação das atividades de vida diária utilizou-se o Index de Katz que é composto por seis atividades relacionadas ao autocuidado sendo elas: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se e manter controle sobre suas eliminações.

Dos 117 idosos que participaram desta pesquisa, apenas 31,6% se mostraram independentes para a realização das atividades de vida diária. A maioria dos residentes (40,2%) apresentou dependência moderada e 28,2% revelaram-se muitos dependentes. Estudo realizado por Aires, Paz e Perosa (2009) em uma ILPI no norte do Rio Grande do Sul, evidenciou dados semelhantes no que diz respeito à independência dos idosos para a AVDs. Estes autores concluíram que 32,5% dos idosos foram considerados independentes, 51,6% mostraram-se parcialmente dependentes e 16,1% totalmente dependentes para realizar as AVDs.

O envelhecimento traz consigo uma série de mudanças nos aspectos sociais, psicológicos e fisiológicos, os quais levam a uma diminuição progressiva das reservas funcionais do organismo, causando desta forma alterações em todos os aparelhos e sistemas. Uma dessas alterações é a diminuição da capacidade funcional de forma global (AIRES, PAZ e PEROSA, 2009).

A capacidade funcional pode ser entendida como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais essenciais para que se tenha uma vida independente e autônoma. Muitas são as alterações que levam à diminuição progressiva da capacidade funcional. Dentre elas podemos citar: a diminuição ou até mesmo perda da acuidade visual, a diminuição da capacidade auditiva e a diminuição da força muscular, que contribuem para o aumento do risco de quedas, limitando assim os idosos na realização das atividades de vida diária (AVDs) (SOUZA et al, 2013).

A dependência funcional é mais prevalente entre os idosos longevos. Estudo realizado por Nogueira et al, (2010) traz que o aumento da idade é um fator de risco para a redução da capacidade funcional, especialmente, quando há presença de comorbidades. Os autores referidos verificaram que 96% dos idosos entrevistados auto referiram ter uma doença crônica que prejudicavam em diferentes graus os níveis de saúde e desempenhos para as AVDs (NOGUEIRA et al., 2010).

Com o avançar da idade aumenta-se as chances de doenças crônicas e consequentemente do uso de medicações. Peres et al., (2005) encontraram em seus estudos de coorte, realizados com idosos, uma associação positiva entre o uso de medicamentos e a incapacidade funcional. O alto consumo de medicamentos entre a população idosa pode refletir o estado de saúde do indivíduo, como também informar sobre comorbidade existentes,

a gravidade destas comorbidade e até a probabilidade de iatrogenia (NOGUEIRA et al., 2010).

Alguns medicamentos específicos podem piorar o desempenho funcional de idosos. Dentre eles destacam-se os fármacos anticolinérgicos e os benzodiazepínicos, por estarem associados ao maior risco de quedas nestes indivíduos. Assim, vale ressaltar que os medicamentos desempenham importante papel que na manutenção da saúde e da capacidade funcional dos idosos, tornando-se essencial o desenvolvimento de ações que promovam sua adequada prescrição na atenção à saúde dessa população (NOGUEIRA et al., 2010).

Estudo realizado na cidade de Porto Alegre verificou que o nível de dependência dos idosos institucionalizados é maior do que o de idosos que residem em domicílio próprio ou com familiares. As atividades que exigiam maior movimentação, como, tomar banho, se vestir e usar o vaso sanitário foram as que indicaram maior dependência entre os idosos avaliados (SOUZA et al, 2013). Converso e Lartelli (2007) trazem que a institucionalização pode levar o idoso a ficar dependente para realizar as atividades de vida diária, uma vez que, o autocuidado não é estimulado e na maioria das vezes não se permite que os idosos desempenhem atividades simples como vestir-se ou banhar-se.

Embora a Política Nacional do Idoso, assegure em suas diretrizes que para garantir a promoção do envelhecimento saudável é necessário também melhorar e manter a capacidade funcional dos idosos, assim como promover a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida essa não é uma prática realizada nas ILPIs.

As Instituições de Longa Permanência, em especial as filantrópicas, convivem com a escassez de recursos não dispondo de meios para contratar um maior quantitativo de profissionais assim como profissionais qualificados para atender aos idosos de forma integral. A insuficiência de cuidadores para o número de idosos residentes assim como a rotina rígida de cuidados contribuem para o predomínio da dependência entre os idosos.

Muitas instituições primam pelo rápido andamento do serviço e assim os cuidadores acabam desempenhando atividades de cuidado que os idosos poderiam fazer sozinhos desde que tivesse seu tempo e suas limitações respeitadas. Essa dinâmica institucional retira dos idosos a autonomia para o autocuidado e vão tornando estes indivíduos cada vez mais acomodados e inativos, tornando-os dependentes do cuidado do profissional para realizar atividades básicas do dia a dia.

Diante disso, torna-se necessário à inserção da enfermeira nas ILPIs para que possam desenvolver com os cuidadores, ações de educação continuada com o objetivo de capacitar a equipe para lidar com as limitações dos idosos e incentivá-los à prática do autocuidado

favorecendo a manutenção da capacidade funcional. Além disso, a enfermeira deve também verificar a adequação do quantitativo de cuidadores, solicitando dos administradores da instituição a ampliação do quadro de funcionários, se necessário, de modo a proporcionar um melhor cuidado.

### 5.3.7. Padrão Cognitivo

**Tabela 9** – Distribuição das frequências relacionadas ao escore obtido por meio do Mini-exame do estado mental realizado com idosos residentes em ILPIs, Salvador, Bahia. 2013.

Variáveis	N°(%) <sup>1</sup>
<b>Não conseguiram responder ao MEEM</b>	36 (30,8)
<b>Conseguiram responder ao MEEM</b>	81 (69,2)
<b>Analfabetos</b>	
Risco de demência <sup>2</sup>	12 (14,8)
<b>Alfabetizados</b>	
Risco de demência <sup>2</sup>	37 (45,7)
<b>Sem informação sobre escolaridade</b>	
Risco de demência <sup>2</sup>	32 (39,5)

Fonte: Fonte: Pesquisa A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria de Nightingale, 2013. 1No, número; %, percentual. 2Pontos de corte para risco de demência: abaixo de 18 pontos para analfabetos e para aqueles sem informação sobre escolaridade, abaixo de 24 para alfabetizados.

Dos 117 idosos participantes da pesquisa, 36 não conseguiram responder ao mini exame do estado mental. Dos 81 idosos que responderam ao MEEM, a prevalência para o risco de demência entre os analfabetos foi de 14,8% e para os idosos que não possuíam informação sobre escolaridade, em sua ficha de admissão na instituição, foi de 39,5%. Para os idosos alfabetizados, o risco de demência foi de 45,7%. Pesquisa realizada por Oliveira (2012) com idosos institucionalizados em Uberaba-MG evidenciou índice superior (72,7%) para risco de demência, em idosos com baixa ou nenhuma escolaridade. Diniz et al., (2011) ressalta que há uma aumento na prevalência de menores escores na realização do MEEM entre os indivíduos com níveis educacionais mais baixos, e sugere influência da escolaridade sobre o estado cognitivo dos idosos.

Vale destacar que para avaliação da capacidade cognitiva dos idosos deve-se adotar a estratificação dos pontos de acordo com nível de escolaridade dos indivíduos, para que não haja uma classificação errônea de idosos que apresentam um padrão cognitivo compatível com sua escolaridade como sugestivos de déficit cognitivo (DINIZ; VOLPE; TAVARES,

2007). Deve-se considerar também, na realização da avaliação cognitiva, que a própria institucionalização, quando recente, pode desencadear alterações temporárias e leves da função cognitiva dos residentes, que muitas vezes passam despercebidas pelos cuidadores (OLIVEIRA et al., 2008).

Dentre as perdas que ocorrem durante o envelhecimento, as cognitivas são as que mais impactam a vida da pessoa idosa de forma negativa. Essas mudanças envolvem diversos aspectos na vida do idoso e de sua família, e na maioria das vezes não são passíveis de tratamento e nem reversão dos déficits já instalados (LENARDT et al, 2009).

O sistema nervoso central é o mais atingido durante o envelhecimento, afetando de forma significativa as funções mais nobres do organismo como aquelas que capacitam os indivíduos para a vida social. Nessa etapa da vida, pode haver diminuição da capacidade intelectual, com alterações da memória, raciocínio, orientação no tempo e espaço, na fala, na comunicação, na afetividade, na personalidade e na conduta. No entanto estes sinais de deficiências neurológicas presentes na senilidade (envelhecimento patológico) podem não ocorrer na senescência (envelhecimento sadio) e caso ocorram, podem se apresentar com menor intensidade (CARVALHO FILHO e PAPALÉU NETTO, 2000).

O declínio das funções cognitivas relacionada com a idade refere-se à deterioração no desempenho da memória e na velocidade do processo cognitivo, sendo este o processo de envelhecimento normal. Entretanto quando o declínio dessas funções interfere na independência da pessoa idosa, impactando negativamente na vida social, pode-se considerar uma situação patológica (CONVERSO e LARTELLI, 2007).

O diagnóstico de comprometimento cognitivo ainda se constitui em uma tarefa complexa e não sistematizada na população geriátrica. Muitas vezes os quadros leves de comprometimento cognitivo não são percebidos pelos cuidadores e quando notados, muitas vezes, torna-se difícil distinguir as manifestações iniciais de alguma doença, como das manifestações decorrentes do próprio envelhecimento.

Uma importante doença que atinge a população idosa e que vem sendo muito estudada ultimamente é a demência, que se caracteriza pela diminuição da função cognitiva com estado preservado de consciência, inicialmente (CARVALHO FILHO e PAPALÉO NETO, 2000). As demências podem resultar de diversas condições degenerativas, vasculares, infecciosas, metabólicas e psiquiátricas, que estarão localizadas em diferentes partes do cérebro, afetando as funções cognitivas. Estima-se que cerca de 10,0 a 15,0% dos indivíduos acima de 65 anos são acometidos pelas demências nos seus mais variados graus. Deste grupo, a demência que mais se destaca é a doença de Alzheimer, atingindo 50,0% a 60,0% destes indivíduos



(GARRIDO e MENEZES, 2002).

A doença de Alzheimer caracteriza-se inicialmente por um leve declínio das capacidades intelectuais com prejuízo da memória recente, dificuldade de orientação espacial e dificuldade de executar tarefas sociais e econômicas. Com a progressão da doença, a pessoa idosa acometida começa a se descuidar da aparência, apresenta distúrbios de movimentos e postura devido à rigidez dos músculos, começa também a apresentar dificuldade para entender o que está escrito e repetição das frases (ecolalia). Na fase terminal da doença, o idoso apresenta total deterioração intelectual e motora passando a ter uma existência vegetativa (CARVALHO FILHO e PAPALÉO NETO, 2000).

Nesse processo de degeneração progressiva e irreversível, torna-se impossível viver sem apoio de terceiros, uma tarefa difícil diante da dependência física e dificuldade de diálogo. Essa demanda de cuidados causa grande desgaste da família que passa a vivenciar uma nova dinâmica domiciliar, muitas vezes não dando conta de oferecer o cuidado necessário, levando na maioria das vezes à pessoa idosa à institucionalização.

Embora o declínio cognitivo esteja entre uma das causas apontadas por familiares por institucionalizar seu parente idoso, outros autores afirmam que muitos idosos se tornam suscetíveis a desenvolver demências quando são institucionalizados (CONVERSO e LARTELLI, 2007; LENARDT et al., 2009). Muitas instituições seguem rígidas rotinas de cuidado, com horários pré-estabelecidos para execução de atividades repetitivas, sem atividades de lazer ou que estimulem o intelecto, favorecendo um ambiente que estabelece e decide a ocasião para o comportamento deficitário e dependente.

Ratney (2002) traz que o estímulo intelectual propicia um cérebro mais flexível. Estudo realizado por Converso e Lartelli (2007), evidenciou que 50,43% dos idosos que apresentaram declínio cognitivo eram analfabetos ou tinham poucos anos de escolaridade. Esta pesquisa apresenta dados semelhantes aos dos autores descritos acima, onde 54,3% (Tabela 9) dos idosos que responderam ao MEEM também apresentaram declínio cognitivo, aumentando o risco de desenvolverem demência.

Das quatro ILPIs que participaram desta pesquisa apenas duas ofereciam atividades de lazer aos idosos, ainda assim, de forma esporádica e em datas festivas. Somente estas possuíam espaços de convívio social com sala de televisão e de leitura. As outras instituições, além de não dispor de espaço físico para desenvolvimento dessas atividades, os idosos residentes não participavam de atividades na comunidade e nem eram encorajados a realizar nenhuma atividade de lazer ou de estímulo intelectual. Em uma dessas instituições nenhum idoso conseguiu responder ao MEEM e na outra, apenas dois idosos responderam ao

instrumento apresentando escore compatível com declínio cognitivo.

Souza et al, (2013) afirmam que o declínio cognitivo afeta de forma significativa a realização das atividades de vida diária tornando o idoso dependente de cuidados. Nesta perspectiva, considerando a necessidade de estabelecer estratégias que auxiliem na prevenção do déficit cognitivo em idosos institucionalizados, se faz necessário a presença da enfermeira no contexto das ILPIs com o objetivo desenvolver plano de cuidado para aqueles que já apresentam declínio cognitivo e consequente dificuldade na realização das atividades da vida diária e nas relações sociais.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da longevidade da população, que vem acompanhada pelo alto índice de doenças crônicas não transmissíveis e à escassez de uma rede de suporte social para atender as necessidades da população idosa, é cada vez maior a demanda de cuidadores no domicílio para suprir as necessidades dos idosos com limitações funcionais. Nesse sentido, as famílias que não possuem condições de promover um cuidado optam por manter seus idosos em Instituições de Longa Permanência.

As ILPIs, enquanto modalidade de atenção aos idosos emerge também como uma alternativa de suporte social para as pessoas idosas em situação de abandono, pobreza, violência doméstica, acometimento por comorbidades e que se encontram em situação de dependência não dispendo de condições para permanecer em domicílio próprio.

Os idosos participantes desta pesquisa apresentaram características socioeconômicas e de saúde compatível com outros estudos. A maioria das pessoas idosas era do sexo feminino, na faixa etária de 81 anos, cor parda, religião católica, natural de Salvador – Bahia, possuíam 1-8 anos de estudo, eram solteiros, com renda de um salário mínimo proveniente da aposentadoria, chegaram nas instituições procedentes da casa própria levados por familiares que não os filhos, por vizinhos ou por meio de decisão judicial. Embora tivessem parentes vivos não recebiam visitas, e estavam residindo nas ILPIs há aproximadamente 51 meses. Com relação aos filhos 52,3% dos idosos não possuíam filhos e 47,7% possuíam, percentuais que se mostraram quase equiparados.

Na avaliação da capacidade sensorial e comunicação verificou-se que 96,6% dos idosos tinham alteração da visão, sendo que destes 64,4% não sabiam informar qual alteração possuíam e dentre as alterações referidas a mais prevalente foi a catarata representada por uma percentual de 20,4%. A órtese tipo óculos era utilizada por 100% dos idosos. Sobre a audição, 53,0% dos idosos tinham diminuição da acuidade e 60,7% entendiam o que lhes era perguntado durante a entrevista.

Com relação ao sono e repouso, 56,4% dos idosos apresentavam alterações do sono, sendo o uso de medicações para dormir utilizadas por 51,5% dos residentes.

No que se refere à integridade da pele, do total, 30,8% dos idosos apresentavam úlceras por pressão em região sacra, sendo a de grau I (pele íntegra com eritema) a de maior incidência acometendo 47,2% destes idosos e 11,1% tinham lesão em trocanter direito, sendo a de grau I a de maior incidência com um percentual de 84,6%.

Os idosos que sofreram quedas no último ano representaram um percentual de 43,6%.

A doença mais prevalente entre os idosos foi a hipertensão arterial (54,7%). O uso de medicamentos era constante entre os residentes (82,9%), sendo os psicotrópicos e os anti-hipertensivos os mais utilizados.

No que se refere a capacidade funcional, 31,6% dos idosos se mostraram independentes na realização das seis funções avaliadas através da escala de atividades básicas de vida diária e 28,2% dos residentes apresentou-se dependente nas seis funções da escala.

Na avaliação do padrão cognitivo, 45,7% dos idosos alfabetizados apresentaram risco de desenvolver demências. Para os idosos não alfabetizados ou que não possuíam informações sobre escolaridade, o risco de demência foi de 14,8,% e 39,5% respectivamente.

Vale destacar que as instituições pesquisadas, conforme suas características, não estão de acordo com as diretrizes da Resolução da Diretoria Colegiada 283, tanto no que se refere à questão estrutural quanto à organização dos recursos humanos, o que pode resultar em cuidado ineficaz aos idosos residentes.

Nesse sentido, a visão defendida por Florence Nightingale de que o ambiente poderia contribuir de forma significativa para o desenvolvimento de doença na pessoa é de grande valia, uma vez que os ambientes inadequados das ILPIs possuem diversos fatores de risco que podem tanto ocasionar doenças como interferir na recuperação dos idosos já enfermos. Assim, se faz necessário uma reorganização destas instituições tanto em caráter estrutural quanto de recursos humanos e materiais com o objetivo de atender da melhor forma possível as demandas de saúde dessa população com características especiais.

É importante destacar que nas instituições filantrópicas, que sobrevivem com doações e contrapartida financeira dos próprios residentes, a escassez de recursos não permite a formação de um quadro de recursos humanos com profissionais qualificados para atender as necessidades dos idosos promovendo um cuidado integral como determina a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Além disso, estas instituições encontram-se sozinhas frente às demandas de cuidado dos idosos, fazendo-se necessário a construção de parcerias entre as instituições de longa permanência, as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), as instituições de ensino e a comunidade.

No tocante à enfermagem, a inserção da enfermeira no cenário das ILPIs tem o objetivo de definir uma rotina de cuidados que respeite a necessidades de saúde de cada idoso por meio da construção de um plano de cuidado individualizado que permita a definição de estratégias de promoção, de prevenção e de manutenção da saúde dos idosos. Além disso, cabe à enfermeira também, desenvolver ações de educação continuada com os cuidadores e técnicos de enfermagem abordando as principais necessidades de cuidados dos idosos.

Considerando que para os próximos anos as projeções demográficas demonstram um aumento expressivo da população idosa, enfatiza-se a necessidade de uma atenção urgente a essa população, em especial a que reside nas Instituições de Longa Permanência, buscando alternativas de integração social e, sobretudo do envolvimento dos órgãos públicos, unidades de saúde e da comunidade em geral, no enfrentamento dessa realidade.

## REFERÊNCIAS

ABRAMS, W. B; BERKOW, R. **Manual Merk de Geriatria**. São Paulo; Roca, 1994.

AIRES, M.; PAZ, A.A.; PEROSA, P.T.; Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2009, vol.30, n.3, pp. 492-499. ISSN 0102-6933 E-ISSN 1983-1447

ALLIGOOD, M.R; TOMEY, A.M. Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. Cap. 1. In: In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile. Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5. ed. Loures, Portugal: Lusociência, 2002.

ALVES, L. C; LEITE, I. C; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.4, pp. 1199-1207. ISSN 1413-8123.

ANDRADE, A.B; BRANDÃO, P.R.B. Geografia de Salvador. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2009.160 p.

ARAÚJO, M.O.P.H.; CEOLIM, M.F. Avaliação do grau de dependência de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2007, vol. 41, no. 3, p.378-85

ARAÚJO, C.L.O.; CEOLIM, M.F. Qualidade do sono de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2010, vol. 44, no. 3. p. 619-23.

BERGER, L. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: BERGER, L; MAILLOUX-POIRIER, D.M. **Pessoas Idosas: uma abordagem global**. Lisboa; Lusodidata, 1995.

BESSA, M.E.P.; SILVA, M.J. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. 2008, vol.17, n.2, pp. 258-265. ISSN 0104-0707.

BRASIL. Lei número 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n.1.948, de 3 de julho de 1996**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/decreto/D1948.htm>>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, vol.4, 1996, pp. 15-25.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União de 3 de outubro de 2003**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde; **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-)

saude/atencao-ao-idoso/RES\_283.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. **Declaração de Brasília**, 6 de dezembro de 2007. Disponível em <  
http://www2.pol.org.br/envelhecimento/docs/Laura%20Machado%20-%20O%20direito%20humano%20ao%20envelhecimento%20e%20o%20impacto%20nas%20políticas%20publicas.pdf>

BRASIL. Ministério da Previdência social. Secretaria de Políticas da Previdência Social. **Envelhecimento e Dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília, 2008. 160 p. (Coleção Previdência Social; v. 28). 2008

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populares** [online]. 2008, vol.25, n.1, pp. 5-26. ISSN 0102-3098.

BRITO, F.C.; COSTA, S.M.N. Quedas. In: PAPALETTO NETTO, M.; BRITO, F.C. **Urgências em geriatria**. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 323- 35.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1.131-1.141.

BUCHALLA, C. M; WALDMAN, E. A; LAURENTI, R. A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2003, vol.6, n.4, pp. 335-344. ISSN 1415-790X.

BUSSE, Edwald W. **O mito, história e ciência do envelhecimento**. In: BUSSE, Edwald W; BLAZER, Dan G. **Psiquiatria Geriátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALETTO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

CAMARANO, A. A; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA. 2004.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudo de População**. 2010, vol.27, n.1, pp. 232-235. ISSN 0102-3098.

CAMARANO, A. A; KANSO, S; MELLO, J.L. Como vive o idoso brasileiro. In: **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?**. CAMARANO, A.A. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. ISBN 85-86170-58-5

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: quando as projeções populacionais conseguirão acertar?** Rio de Janeiro. Editora Mimeo, 2009.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELAD). Notas de Población n 94 Cepal. Disponível em:  
<<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/48174/notasdepoblacion94.pdf>>

CIOSAK, S. I; BRAZ, E; COSTA, M.F.B.N.A; NAKANO, N.G.R; ALENCAR, R.A; ROCHA, A.C.A.L. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2011, vol.45, n. 2, pp. 1763-1768. ISSN 0080-6234.

CHAVES, C. Senescência ocular e o século XXI. **Revista Brasileira de Oftalmologia**. 2010. Vol. 69, no. 4, p. 215-6.

CHAYAMITI, E.M.P.C.; CALIRI, M.H.L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2010, vol.23. no. 1, p.29-34.

CHRISTOPHE, M; CAMARANO, A.A. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: CAMARANO, A.A. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

COELHO FILHO, J.M; RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**. 1999, v. 33, n.35, p. 445-453.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COLLIÈRE, M.F. **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2.ed. Lusociência: Loures, Portugal, 2003.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. El envejecimiento de la población mundial. Disponível em: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje01.pdf>. Acesso em: 04/12/2012.

CONVERSO, M.E.R.; LARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2007, vol. 56, no. 4, p. 267-272

CORREA, K.; CEOLIM, M.F. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2008, vol. 42, no.1. p.12-8

COSTA, M.P.; SAMPAIO, A.L.L.; OLIVEIRA, C.C.P. Percepção da desvantagem auditiva ou “Handicap” em idosos não institucionalizados. **Arquivos Internos de Otorrinolaringologia**. 2007. vol.11, no.2, p.159-168.

CREUTZBERG, M.; GONCALVES, L.H.T.; SOBOTTKA, E.A. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. 2008, vol.17, n.2, pp. 273-279. ISSN 0104-0707.

CRUZ, A.V.; FULONE, I.; ALCALÁ, M.; FERNANDES, A.A.; MONTEBELO, M.I.;



LOPES, L.C. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. **Revista Ciências de Farmácia Básica Aplicada**. 2007, vol. 27, no.3, p.259-267.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G.V.; DANTAS, S.M.M; LIMA, V.M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2004, vol.12, n.3, pp. 518-524. ISSN 0104-1169.

DINIZ, B.S.O.; VOLPE, F.M.; TAVARES, A.R. Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2007, vol.34, no. 1, p. 13-17.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011

FRANCHI, K.M.B.; MONTENEGRO, R.M. Atividade física: uma necessidade para boa saúde na terceira idade. **Rev Bras Promoção Saúde**. 2005, vol. 18, no. 3, p.152-6

FREITAS, A.V.S.; NORONHA, C.V. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2010, vol.14, n.33, pp. 359-369. ISSN 1414-3283.

FREITAS, A.V.S.; NORONHA, C.V. Uso de medicamentos em idosos que residem em uma instituição de longa Permanência. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. 2013, vol. 18, no. 1, p. 105 - 118

GAMBURGO, L.J. L.; MONTEIRO, M.I.B. Singularidades do envelhecimento: reflexões com base em conversas com um idoso institucionalizado. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2009, vol.13, n.28, pp. 31-41. ISSN 1414-3283

GARRIDO, R; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [online]. 2002, vol.24, suppl.1, pp. 3-6. ISSN 1516-4446.

GOTTLIEB, M. G.V; SCHWANKE, C.H.A; GOMES, I; CRUZ, I.B.M .Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. [online]. 2011, vol.14, n.2, pp. 365-380. ISSN 1809-9823.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default\\_sinopse.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm). (Acesso realizado em 11/10/11).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

FRANCHI, K. M. B.; MONTENEGRO JÚNIOR, R. M. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. 2005, vol. 18, no. 3, p.152-156.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua

portuguesa. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FREITAS, A.V; NORONHA, C.V. Idoso em Instituição de Longa Permanência: falando de cuidado. **Interface Comunicação Saúde Educação**. 2010, vol.14, n.33, pp.359-69.

FREITAS, A.V. **Por trás dos muros: um estudo sobre a vida de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência**. Salvador, 2009. 247p. Salvador, [Tese de Doutorado]. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia

FREITAS, A.V.; SCHEICHER, M.E. Preocupação de idosos em relação a quedas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2008, vol.11, n. 1, pp 57-64.

FREITAS, M.C.; MEDEIROS, A.B.F.; GUEDES, M.V.C.; ALMEIDA, P.C.; GALIZA, F.T.; NOGUEIRA, J.M. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2011, vol. 32, n. 1, p. 143-150.

FREIRE JUNIOR, R.C.; TAVARES, M.F.L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2005, vol.9, n.16, pp. 147-158. ISSN 1414-3283.

GEIB, L.T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.1, pp. 123-133. ISSN 1413-8123.

GIL, A. C.; **Método e técnicas de pesquisa social**. 5ª Edição. São Paulo. Editora Atlas. 1999.

HAYES, B.D.; KLEIN-SCHWARTZ, W.; BARRUETO JR., F. Polypharmacy end the geriatric patient. **Clinics in Geriatric Medicine**. 2007, vol. 23, no. 1, p. 371-390.

JÚNIOR, D.P.L.; AMARAL, R.T.; VEIGA, E.V.; CÁRNIO, E.C.; NOGUEIRA, M.S; PELÁ, I.S. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. 2006, vol.14, no. 3, p. 435-41.

KANO, C.E.; MEZZENA, L.H.; GUIDA, H.L. Estudo comparativo da classificação do grau de perda auditiva em idosos institucionalizados. **Revista CEFAC**. 2009, Vol 11, no.3, p.473-477.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2001.

LENART, M.H. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. **Cogitare Enfermagem**. 2006, vol. 11, no. 2, p. 117-23

LIMA-COSTA, M.F; BARRETO, S.M; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública** [online]. 2003, vol.19, n.3, pp. 735-743. ISSN 0102-311X.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; PÓVOA, P. Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de úlceras de Pressão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 207, Vol. 19, no.

3, p. 337-41.

LYRA, J. R. D. P.; AMARAL, R.T.; VEIGA, E.V.; CÀRNIO, E.C.; NOGUEIRA, M.S.; PELÁ, I.R. A farmacoterapia no idoso revisão sobre abordagem multiprofissional no controle da hipertensão multiprofissional sistêmica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. 2006, vol. 14, no. 3, p. 435-441.

MACHADO, D.R.; DIAS, E.N.; SILVA, J.V.; VITORINO, L.M.; VITORINO, F.M. Avaliação da qualidade de vida dos homens idosos residentes em cidades sul-mineiras. **RECENF - Revista Técnico-Científica de Enfermagem**. 2010, vol.8, n.25, pp. 220-226. ISSN 1677-7271.

MACEDO, B.G; PEREIRA, L.S.M.; CASTRO, A.N.BV.; CAMELO, J.; SALES, P.C.D. Correlação entre acuidade visual e desempenho funcional em idosos com catarata. 2010. **Geriatrics e Gerontologia**. 2009. Vol.3, no. 4, p.158-163.

MARQUES, A.C.O.; KOZLOWSKI, L.; MARQUES, J.M. Reabilitação auditiva no idoso. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. 2004. Vol.70, no.6, p. 806-1.

MENDES, M.R.S.S.B; GUSMÃO, J.L; FARO, A.C.M; LEITE, R.C.BO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. 2005, vol.18, no.4, p.422-426. ISSN 0103-2100

MENDES, A.C.G; SÁ, D.A; MIRANDA, G.M.D.M; LYRA, T.M; TAVARES, R.A.W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Caderno de Saúde Pública** [online]. 2012, vol.28, n.5, pp. 955-964. ISSN 0102-311X

MENEZES, M. R. **Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico da violência doméstica contra idosos**. Ribeirão Preto, 1999. 410 p. Ribeirão Preto. [Tese de Doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

MENEZES, M.R. Violência contra idosos: é preciso se importar! In: BERZINS, MV; MALAGUTTI, W. (org). **Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice**. São Paulo: Martinari, 2010.

MENEZES, R.L.; BACHION, M.M. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. 2012. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Vol.71, no.1, p. 23-27.

MION JR, D.; MACHADO, C.A.; GOMES, M.A.M.; NOBRE, F.; KOHLMANN JR, O.; AMOEDO, C.; PRAXEDES, J.N.; PASCOAL, I.; MAGALHÃES, L.C. **Hipertensão arterial: abordagem geral**. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002.

MORAES, E.N; MORAES, F.L; LIMA, S.P.P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Medicina Minas Gerais**. v.20, n.1; 2010, p. 67-73.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre Enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre Enfermagem**. Rio de Janeiro: Lusociência, 2005.

NOGUEIRA, S.L.; RIBEIRO, R.C.L.; ROSADO, L.E.F.P.L.; FRANCESCHINI, S.C.C.; RIBEIRO, A.Q.; PEREIRA, E.T. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. 2010, vol. 14, no. 4, p.322-9.

NOIA, A.S.; SECOLI, S.R.; DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; LIEBER, N.S.R. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2012, vol.46, p. 38-43

NUNES, V.M. A.; MENEZES, R. M. P.; ALCHIERI, J. C. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. 2010, vol. 32, n. 2, pp. 119-126.

OLIVEIRA, P.B. **Avaliação das condições de saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência**. Uberaba, 2012. 182 p. Uberaba. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3. ed. Washington, DC, 2003

PAVAN, F.J.; MENEGHEL, S.N.; JUNGES, J.R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Caderno de Saúde Pública**. 2008, vol.24, n.9, pp. 2187-2189. ISSN 0102-311X.

PASSOS, J.P.; FERREIRA, K.S. Caracterização de uma instituição de longa permanência para idosos e avaliação da qualidade nutricional da dieta oferecida. **Alimentação e Nutrição**. 2010, vol. 21, no. 2, p. 241-249.

PELEGRIN, A.K.A.P.; ARAÚJO, J.A.; COSTA, L.C.; CYRILLO, R.M.Z.; ROSSET, I. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. **Arquivo Ciências da Saúde**. 2008, vol.15, no. 4, p.182-8

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos sobre Envelhecimento**. v.1, p. 43-59, 2003.

PEREIRA, R.J; COTTA, R.M.M; FRANCESCHINI, S.C.C; RIBEIRO, R.C.L; TINOCO, A.L.A; ROSADO, L.E.F.P.L; CAMPOS, M.T.F.S. Análise do perfil sócio-sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. **Revista Médica de Minas Gerais**. 2010, V.20, n.1. p.5-15.

PERLINI, N.M. O. G.; LEITE, M.T.; FURINI, A.C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem**. 2007, vol.41, n.2, pp. 229-236. ISSN 0080-6234.

PESTANA, L. C; ESPIRITO SANTO, F. H. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2008, vol.42, n.2, pp. 268-275. ISSN 0080-6234.

POLLO, S.H.L.; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2008, vol.11, n.1, pp. 29-44. ISSN 1809-9823.

RABELO, D. F; CARDOSO, C. M. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**. 2007, vol.12, n.1, pp. 75-81. ISSN 1413-8271.

RATEY, J.J. **O cérebro – um guia para usuário**: como aumentar a saúde, agilidade e longevidade de nossos cérebros através das mais recentes descobertas científicas. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

RIBEIRO, N.P.; MASCARENHAS, R.; MASCARENHAS, M.A.; GUTIERREZ, L.L.P. Polifarmácia utilizada por idosos residentes em instituições de longa permanência do município de Viamão/RS. **Ciência em Movimento**. 2013, vol 1, no. 30, p. 65-74

ROSENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. **Caderno de Saúde Pública**. 2003, Vol.19, n 3, pp. 717-724.

SAKASHITA, V.M.M.; NASCIMENTO, M.L. Úlcera por pressão em idosos: a importância do manejo nutricional no tratamento. **Geriatria e Gerontologia**. 2011, vol.5, no. 4, p. 253-60

SALGADO, C.D.S.; MULHER IDOSA: a feminização da velhice. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**. 2002, vol. 4, p. 7-19.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2010, vol.31, n.1, pp. 26-32. ISSN 1983-1447.

SANTOS, S. S. **Enfermagem Gerontológica**: reflexão sobre o processo de trabalho. 2004. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=461>, Acesso em 29 de Agosto de 2012.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2010, vol.63, n.6, pp. 1035-1039. ISSN 0034-7167

SANTOS, A.M.M **Quedas em idosos institucionalizados**. Covilhã, 2012. 85p. Covilhã, [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior

SCHOSSLER, T; CROSSETTI, M.G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2008, vol.17, n.2, pp. 280-287. ISSN 0104-0707

SMELTZER, S.C; BARE, B G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v.1.

SILVA, C.A.; CARVALHO, L.S.; SANTOS, A.C.P.O.; MENEZES, M.R. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. 2007, vol.16, n.1, pp. 97-104. ISSN 0104-0707.

SOUZA, Luccas Melo de; MORAIS, Eliane Pinheiro de e BARTH, Quenia Camille Martins. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um programa de saúde da família de Porto Alegre, Brasil. **Revista Latino americana de Enfermagem** [online]. 2006, vol.14, n.6, pp. 901-906. ISSN 0104-1169.

SOUZA, D.M.S.T.; SANTOS, V.L.C.G. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 2007, vol.15, no. 5, p.958-64.

SOUZA, C.C.; VALMORBIDA, L.A.; OLIVEIRA, J.P.; BORSATTO, A.C.; LORENZINI, M.; KNORST, M.R.; MELO, D.; CREUTZBERG, M.; RESENDE, T.L. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2013, vol. 16, no. 2, p. 285-293.

TAVARES, D. M. S; DIAS, F. A. Capacidade Funcional, Morbidades e qualidade de vida de idosos. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. 2012, Vol. 21, no 1, p. 112-20.

VALCARENGHI, R.V.; SANTOS, S.S.C.; BARLEM, E.L.D.; PELZER, M. T.; GOMES, G.C.; LANGE, C. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. 2011, Vol. 24, no.6, p.828-33.

VALENTIM, F.C.V.; FONSECA, M.C.R.; SANTOS, M. O.; Santos, B. M.O. Avaliação do equilíbrio postural e dos fatores ambientais relacionados às quedas em idosos de instituições de longa permanência. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. 2009, vol. 14, no. 2, p.207-24

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**. 2009, vol.43, n.3, pp. 548-554. ISSN 0034-8910.

VERAS R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Caderno de Saúde Pública** 2007; 23(10): 2463-6.

VERMELHO, L. L; MONTEIRO, M.F.G. Transição demográfica e epidemiológica. Cap.6. In: MEDRONHO, Roberto A et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Athneu, 2006.

WEATHERALL M. Prevention of falls and fallrelated fractures in community-dwelling older adults: a meta-analysis of estimates of effectiveness based on recent guidelines. **Jama Internal Medicine**. 2004, Vol. 34, no.6, p.102-8.

YAMAMOTO, A.; DIOGO, M.J.D. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 2002, vol.10, no. 5, p.660-6.

ZAITUNE, M.P.A.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 2006, vol. 22, no. 2, p. 285-294.

## **APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS PESSOAS IDOSAS**

### **PROJETO DE PESQUISA: A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria de Nightingale.**

Meu nome é Manuela Bastos Alves. Sou aluna do curso Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria Ambientalista de Nightingale sob a orientação da Profa. Dra. Maria do Rosário de Menezes e co-orientação da Profa Dra. Ridalva Dias. O estudo tem como objetivos: analisar as condições de saúde de idosos que residem em instituições de Longa Permanência (Asilos) e caracterizar estas instituições quanto aos aspectos físico-estruturais e organizacionais; descrever as características sócio-demográficas dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência (Asilos).

Convidamos o (a) senhor (a) para participar voluntariamente dessa pesquisa respondendo a um questionário que faz perguntas sobre a sua saúde e é necessário também com o seu consentimento, realizar um exame físico para avaliar suas condições de saúde. As perguntas serão feitas no local e no momento que o (a) senhor (a) preferir.

Informo que tudo aquilo que o (a) senhor (a) falar para mim nestas entrevistas será mantidos em segredo e seu nome não será identificado no relatório final dessa pesquisa nem nas apresentações desses resultados em eventos. Somente as pesquisadoras terão acesso e estas informações. Como a pesquisa envolve seres humanos, assumimos o compromisso obedecer às normas impostas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, para que os direitos do senhor (a) sejam garantidos.

Os resultados desse estudo e os termos de consentimento serão guardados por cinco anos na instituição de origem da pesquisa e após esse período serão destruídos ou estarão a sua disposição. Durante as entrevistas poderão ocorrer possíveis desconfortos, constrangimento, angústia ou ansiedade por levar a lembranças do passado e do próprio presente relacionados com a sua condição de saúde. Caso isso aconteça a entrevista será interrompida e será fornecido um suporte emocional pelas pesquisadoras.

Este estudo tem como possíveis benefícios colaborar para a construção do conhecimento da enfermagem no atendimento de pessoas idosas, principalmente no que se refere às condições de saúde de idosos que residem em instituições de longa permanência (Asilos) e, fornecer dados que possam contribuir para a elaboração de políticas públicas que

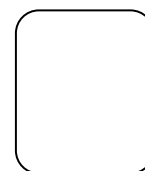
prezem pela saúde, bem estar e qualidade de vida dos idosos.

O Senhor (a) poderá sair deste estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo. As pesquisadoras e os colaboradores não estarão recebendo remuneração para a realização dessa pesquisa.

### **CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO**

Eu \_\_\_\_\_ declaro que estou devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa referida acima. Que a minha participação é voluntária e que em caso de dúvidas, as pesquisadoras responsáveis estarão disponíveis para me fornecer qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante a realização dessa pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome do colaborador



Impressão  
dactiloscópica

### **COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

As questões foram apresentadas a cada colaborador do estudo, e informado sobre os objetivos, os riscos e benefícios relacionados a esta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Salvador, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Manuela Bastos Alves: Fone (71) 91279251  
Programa de Pós Graduação da Universidade Federal da Bahia (71)32837631



## **APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O CUIDADOR**

### **PROJETO DE PESQUISA: A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria de Nightingale.**

Meu nome é Manuela Bastos Alves. Sou aluna do curso Mestrado em Enfermagem da Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria Ambientalista de Nightingale sob a orientação da Profa. Dra. Maria do Rosário de Menezes e co-orientação da Profa Dra. Ridalva Dias. Essa pesquisa tem como objetivos: analisar as condições de saúde de idosos que residem em instituições de Longa Permanência (Asilos) e caracterizar estas instituições quanto aos aspectos físico-estruturais e organizacionais; descrever as características sócio-demográficas e as condições de saúde dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência e descrever a estrutura das Instituições de Longa Permanência quanto aos aspectos físicos e funcionais:

Convidamos o(a) senhor(a) a participar voluntariamente dessa pesquisa respondendo a um questionário que contempla questões sobre a saúde dos idosos que residem nesta instituição de longa permanência, uma vez que, o idoso por ter apresentado uma pontuação no mini-exame do estado mental, inferior a 24 pontos, poderá não responder a perguntas de forma correta. O questionário será aplicado em local e momento que o senhor (a) preferir.

Os registros da sua participação nessa pesquisa serão mantidos em absoluto sigilo e as informações somente serão consultadas pelas pesquisadoras. Os resultados desse estudo e os termos de consentimento serão guardados por cinco anos na instituição de origem da pesquisa e após esse período serão destruídos ou estarão a sua disposição.

Informo que tudo aquilo que o (a) senhor (a) falar para mim nestas entrevistas sobre a condição de saúde dos idosos, será mantido em segredo e seu nome e o nome do idoso (a) não serão identificados no relatório final dessa pesquisa nem nas apresentações desses resultados em eventos. Somente as pesquisadoras terão acesso e estas informações. Como a pesquisa envolve seres humanos, assumimos o compromisso obedecer às normas impostas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, para que os direitos do senhor (a) sejam garantidos.

Os riscos previstos em sua participação neste estudo será o tempo gasto para conceder a entrevista. Este estudo tem como possíveis benefícios colaborar para a construção do

conhecimento da enfermagem no atendimento de pessoas idosas, principalmente no que se refere às condições de saúde de idosos que residem em instituições de longa permanência (Asilos) e oferecer dados que poderão contribuir para a elaboração de políticas públicas que prezem pela saúde, bem estar e qualidade de vida dos idosos.

O Sr(a) poderá sair deste estudo a qualquer momento, caso decida. As pesquisadoras e os(a) colaboradores não estarão recebendo remuneração para a realização dessa pesquisa.

### **CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO**

Eu \_\_\_\_\_ declaro que estou devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa referida acima. Que a minha participação é voluntária e que em caso de dúvidas, as pesquisadoras responsáveis estarão disponíveis para me fornecer qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante a realização dessa pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante

### **COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

As questões foram apresentadas a cada colaborador do estudo, e informado sobre os objetivos, os riscos e benefícios relacionadas a esta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Salvador, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Manuela Bastos Alves: Fone (71) 91279251  
Programa de Pós Graduação da Universidade Federal da Bahia (71)32837631

## **APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O COORDENADOR DA ILPI**

### **PROJETO DE PESQUISA: A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria de Nightingale.**

Meu nome é Manuela Bastos Alves, sua aluna do curso Mestrado em Enfermagem da Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: A Saúde de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência Apoiada na Teoria Ambientalista de Nightingale.sob a orientação da Profa. Dra. Maria do Rosário de Menezes e co-orientação da Profa Dra. Ridalva Dias. O estudo tem como objetivo geral analisar as condições de saúde de idosos que residem em instituições de Longa Permanência e caracterizar estas instituições quanto aos aspectos físico-estruturais e organizacionais e objetivos específicos descrever as características sócio-demográficas e as condições de saúde dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência e descrever a estrutura das Instituições de Longa Permanência quanto aos aspectos físicos e funcionais:

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, com o manejo de informações coletadas através da utilização de múltiplos instrumentos, assumimos o compromisso de obedecer às diretrizes e normas regulamentadoras instituídas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a fim de resguardar os direitos dos participantes. Dessa forma convidamos o(a) senhor(a) a participar voluntariamente dessa pesquisa respondendo a um questionário que contempla questões sobre os aspectos físico-estruturais e de recursos humanos da instituição de longa permanência. E também, colaborar com esse estudo autorizando as pesquisadoras a aplicarem o mini-exame do estado mental nos idosos residentes nesta instituição, a fim de avaliar as condições cognitivas desses residentes e selecionar quem poderá participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico, e quem terá que ter a autorização do coordenador da instituição, nesse caso o senhor (a) para participar da pesquisa.

Os idosos que apresentarem escore igual ou superior a 24 pontos participarão da pesquisa, se assim desejarem, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Para o idoso cujo exame citado acima apresentar escore inferior a 24 pontos a participação na pesquisa só poderá ocorrer com sua autorização. Caso essa autorização seja concedida, o idoso será submetido a um exame físico realizado pelas pesquisadoras e o questionário, sobre sua condição de saúde, será respondido pelo cuidador desse idoso, na instituição, que concordar em participar mediante assinatura de TCLE. Não será feito nenhum

procedimento que traga ao idoso qualquer desconforto ou risco à sua vida. O nome do idoso não aparecerá em qualquer momento do estudo.

Os registros da sua participação nessa pesquisa serão mantidos em absoluto sigilo e as informações somente serão acessadas pelas pesquisadoras. Os dados do questionário e os termos de consentimento serão arquivados por nós pesquisadoras durante cinco anos. Nesse período, caso o(a) colaborador deseje acessar os materiais, os mesmos estarão disponibilizados. Após este período, esse material será desprezado. O relatório final, as publicações e apresentações em eventos com os resultados obtidos neste estudo, preservarão o anonimato dos colaboradores e a imagem da instituição.

O possível risco previsto em sua participação neste estudo será o tempo gasto para responder as perguntas do questionário.

Este estudo tem como possíveis benefícios a pretensão de colaborar para a construção do conhecimento da enfermagem gerontogeriatrica, principalmente no que se refere às condições de saúde de idosos que residem em instituições de longa permanência e oferecer subsídios para a elaboração de políticas públicas que prezem pela saúde, bem estar e qualidade de vida desta população. Pretende-se contribuir também com o ensino na enfermagem com vistas a zelar pelo bem-estar dos idosos enquanto seres humanos e cidadãos, independente da fragilização e adoecimento progressivo que esses indivíduos possam vivenciar.

O Sr(a) poderá sair deste estudo a qualquer momento, caso decida. As pesquisadoras e os(a) participantes não estarão recebendo remuneração para a realização dessa pesquisa.

### **CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO**

Eu \_\_\_\_\_ declaro que estou devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa referida acima. Que a minha participação é voluntária e que em caso de dúvidas, as pesquisadoras responsáveis estarão disponíveis para me fornecer qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante a realização dessa pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome do colaborador

### **COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

As questões foram apresentadas a cada colaborador do estudo, e informado sobre os objetivos, os riscos e benefícios relacionadas a esta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Salvador, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Manuela Bastos Alves: Fone (71) 91279251

Programa de Pós Graduação da Universidade Federal da Bahia (71)32837631

**APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS I**

A SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA APOIADA NA TEORIA DE NIGHTINGALE

**Instrumento para Coleta de Dados I – aspectos Físico-estruturais e organizacionais da ILPI**

1. Situação do imóvel: ( ) Alugado ( ) Próprio
2. Natureza Jurídica  
 Filantrópica  Pública, em caso afirmativo: ( ) municipal ( ) estadual ( ) federal  
 Privada  Mista
3. Recebe subvenção do governo?  sim  não Qual fonte? \_\_\_\_\_
4. Utiliza aposentadoria dos residentes?  sim  não
5. Alvará de licenciamento expedido pela vigilância sanitária local:  sim  não
6. Grau de escolaridade do responsável técnico: ( ) nível fundamental ( ) médio ( ) superior

**7. Recursos Humanos**

Profissional	Número de profissionais	Carga Horária semanal	Com vínculo
Responsável Técnico			
Profissional da Limpeza			
Profissional da Lavanderia			
Profissional da Cozinha			
Cuidador de idosos			
Enfermeiro			
Assistente Social			
Médico			
Nutricionista			
Técnico ou auxiliar de Enfermagem			
Total			

**8. Características dos residentes**

	Homens	Mulheres
Capacidade instalada (quantidade planejada de residentes)		
Quantidade de residentes no dia da avaliação		
Grau de dependência I (idosos independentes mesmo que usem equipamentos de auto-ajuda)		
Grau de dependência II (idosos com dependência em até três atividades da vida diária tais como:		

alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada)		
Grau de dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de auto-cuidado para a vida diária e ou comprometimento cognitivo)		

**9. Onde os residentes são atendidos conforme Plano de Atenção à Saúde (assinalar as opções utilizadas)**

- a.  Centro de Saúde público (SUS)
- b.  Equipe de Saúde da Família (SUS)
- c.  Serviços/profissionais particulares (plano de saúde ou pagos pelo residente/família)
- d.  Hospital público (SUS)
- e.  Serviço próprio da ILPI (profissionais de saúde da própria instituição)

Qual dessas opções (a, b, c, d ou e) é a mais utilizada? \_\_\_\_\_

**10. Características Físicas e Arquitetônicas**

	SIM	NÃO
Possui dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas?		
Os dormitórios possuem janelas?		
As janelas são abertas diariamente?		
Nos dormitórios há uma circulação de ar que seja capaz de promover uma boa ventilação?		
As camas possuem grade de proteção?		
Nos dormitórios há penetração da luz solar?		
Os dormitórios possuem luz de vigília?		
Os dormitórios possuem campainha junto das camas?		
Os colchões e travesseiros são revestidos de material impermeável de fácil limpeza e higienização?		
Há banheiros separados por sexo?		
Os banheiros possuem barras de segurança que facilitem o deslocamento das pessoas idosas?		
Há banheiros adaptados para as pessoas idosas que utilizam cadeira de rodas?		
O piso do banheiro é antiderrapante?		
Há tapetes antiderrapantes nos banheiros?		
Há área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (solarium com bancos, vegetação e outros)?		
Os pisos externos e internos (inclusive as rampas e escadas) possuem mecanismo antiderrapante?		
As rampas e escadas possuem corrimão e sinalização?		

## APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS II

A SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANENCIA APOIADA DA TEORIA DE NIGHTINGALE

### Instrumento para Coleta de Dados II – Avaliação das Condições de Saúde

Data da Coleta: ____/____/____	DATA: ____/____/____
--------------------------------	----------------------

#### I. Dados sócio-demográficos:

1.1	Iniciais: _____	Iniciais _____
11.2	Qual a sua idade?  _ _ _ _	Idade  _ _ _ _
1.3	Sexo <b>0 Masculino</b> <b>1 Feminino</b>	Sexo  _
1.4	Cor da pele <b>0 preta</b> <b>1 parda</b> <b>2 branca</b> <b>3 outro</b> Se outra, qual _____	Cor  _  CorOutra _____
1.5	O senhor(a) possui Religião? <b>0 Não</b> <b>1 Sim</b> Se sim, qual _____	Religião  _  Qual _____
1.6	O senhor(a) é natural de qual cidade? <b>0 Salvador</b> <b>1 Região metropolitana, qual?</b> _____ <b>2 Interior da Bahia, qual</b> _____ <b>3 Outra região, qual?</b> _____	Natural  _  Qual _____
1.7	O senhor(a) estudou até que série? <b>0 analfabeto</b> <b>1 alfabetizado</b> <b>2 Ensino Fundamental completo</b> <b>3 Ensino Fundamental incompleto</b>	Escolaridade  _



	<p><b>4 Ensino Médio completo</b>  <b>5 Ensino Médio incompleto</b>  <b>6 Superior completo</b>                      <b>7 Superior incompleto</b>  <b>8 Pós-graduação</b></p>	
1.8	<p>Qual é ou era a profissão do senhor(a)?</p> <p><b>0 Militar</b>  <b>1 Empregado de empresa pública</b>  <b>2 Empregado de empresa privada</b>  <b>3 Profissional liberal ou autônomo sem vínculo empregatício</b>  <b>4 Natureza da ocupação não especificada anteriormente</b></p> <p>Qual, _____</p>	<p>Profissão  __   Qual, _____</p>
1.9	<p>O senhor(a) tem ou teve filhos?</p> <p><b>0 Não 1 Sim</b></p> <p>Se sim, quantos  __ __ </p>	<p>Filhos  __   Quantos  __ __ </p>
1.10	<p>O senhor(a) tem familiares?</p> <p><b>0 Não</b>                                      <b>1 Sim</b></p>	<p>Familiares  __ </p>
1.11	<p>O senhor (a) recebe visita de seus familiares?</p> <p><b>0 Não</b>                                      <b>1 Sim</b></p>	<p>VisitaFam  __ </p>
1.12	<p>Qual a situação conjugal do senhor(a)?</p> <p><b>0 casado (a)</b>      <b>1 solteiro (a)</b>                      <b>2 viúvo (a)</b>  <b>4 separado (a)</b>                      <b>5 divorciado (a)</b></p>	<p>SitConjugal  __ </p>
1.13	<p>Há quanto tempo o senhor(a) mora na instituição (em meses)?  __ __ __ </p> <p>O senhor(a) recebe benefício?</p>	<p>TempMoradia  __ __ __ </p>

<p>1.14</p> <p>1.15</p> <p>1.16</p> <p>1.17</p> <p>1.18</p>	<p><b>0 não                      1 sim</b></p> <p><b>Qual</b> _____</p> <p>Qual a sua renda?  _ _ _ _ _ </p> <p>Onde o senhor(a) morava antes de vir para a instituição?</p> <p><b>0 Casa Própria</b></p> <p><b>1 Casa dos filhos</b></p> <p><b>2 Casa de outros familiares que não a dos filhos</b></p> <p><b>3 Hospital</b></p> <p><b>4 Via pública</b></p> <p>Quem levou o senhor(a) para a instituição?</p> <p><b>0 o idoso foi sozinho    1 filho(a)    2 cônjuge</b></p> <p><b>3 outros</b> _____</p> <p>Quem mantém o senhor(a) na instituição?</p> <p><b>0 a própria renda do idoso</b></p> <p><b>1 filho(a)    2 cônjuge</b></p> <p><b>3 outros</b> _____</p>	<p>Benefício  _ _ </p> <p>Qual _____</p> <p>Renda  _ _ _ _ _ </p> <p>Procedência  _ _ </p> <p>Quem levou  _ _ </p> <p>Outros _____</p> <p>Quem mantém  _ _ </p> <p>outros _____</p>
<b>2. Avaliação das condições de saúde</b>		
<p>2.1</p> <p>2.1.1</p> <p>2.1.2</p> <p>2.1.3</p>	<p><b>Comunicação/Audição</b></p> <p>2.1.1 Audição</p> <p><b>0 Normal                      1 Diminuída</b></p> <p><b>2 Zumbido                      3 Aparelho auditivo</b></p> <p>2.1.2 Clareza da fala:</p> <p><b>0 Fala clara                      1 Disartria                      2 Afásico</b></p> <p>2.1.3 Capacidade de entender os outros:</p>	<p>Audição  _ _ </p> <p>Fala  _ _ </p>

	<p><b>0 Entende</b>                      <b>1 Algumas vezes entende</b>  <b>2 Raramente entende</b>                      <b>3 Não entende</b></p>	CapacEntender <input type="checkbox"/>
2.2	<p>Visão</p> <p>2.2.1. Acuidade visual para a idade:  <b>0 Normal</b>                                      <b>1 Alterada</b>  Se alteração, qual _____</p> <p>2.2.2. Órteses visuais:  <b>0 Não</b>    <b>1 Sim</b>  Se sim, qual _____</p>	<p>Visão <input type="checkbox"/></p> <p>Alteração _____</p> <p>Órteses <input type="checkbox"/></p> <p>Qual _____</p>
2.3	<p>Sono</p> <p><b>0 dorme bem</b>                                      <b>1 dorme pouco</b>  <b>2 insônia</b>    <b>3 só dorme com medicação</b></p>	Sono <input type="checkbox"/>
2.4	<p>Condições da Pele</p> <p><b>0 Pele íntegra.</b>  <b>1 Pele íntegra com áreas hiperemiada.</b>  <b>2 Rompimento da pele, bolha.</b>  <b>3 Rompimento de pele expondo tecido subcutâneo.</b>  <b>4 Rompimento de pele expondo músculo, osso ou tendões.</b></p> <p>Cabeça <input type="checkbox"/></p> <p>Pescoço <input type="checkbox"/></p> <p>Tronco <input type="checkbox"/></p> <p>Região sacra <input type="checkbox"/></p> <p>Maléolo direito <input type="checkbox"/></p> <p>Maléolo esquerdo <input type="checkbox"/></p> <p>Cotovelo direito <input type="checkbox"/></p> <p>Cotovelo esquerdo <input type="checkbox"/></p> <p>Região trocanteriana direita <input type="checkbox"/></p> <p>Região trocanteriana esquerda <input type="checkbox"/></p> <p>Região auricular direita <input type="checkbox"/></p> <p>Região auricular esquerda <input type="checkbox"/></p>	<p>Cabeça <input type="checkbox"/></p> <p>Pescoço <input type="checkbox"/></p> <p>Tronco <input type="checkbox"/></p> <p>Sacra <input type="checkbox"/></p> <p>MalD <input type="checkbox"/></p> <p>MalE <input type="checkbox"/></p> <p>CotD <input type="checkbox"/></p> <p>CotE <input type="checkbox"/></p> <p>TrocD <input type="checkbox"/></p> <p>TrocE <input type="checkbox"/></p> <p>AurD <input type="checkbox"/></p> <p>AurE <input type="checkbox"/></p>
2.5	Acidentes	

	<p>2.7.1 Caiu no último ano:</p> <p><b>0 Não 1 Sim</b></p> <p>Se caiu, apresentou fratura decorrente da queda?</p> <p><b>0 Não 1 Sim</b></p> <p>Se sim, onde _____</p>	<p>Caiu  __ </p> <p>Fratura  __ </p> <p>Onde _____</p>
2.6	<p>Histórico de doenças</p> <p><b>Diabetes 0 Não 1 Sim</b></p> <p><b>Hipertensão arterial 0 Não 1 Sim</b></p> <p><b>Doenças do coração 0 Não 1 Sim</b></p> <p><b>Doenças oncológicas 0 Não 1 Sim</b></p> <p><b>Outras doenças _____</b></p>	<p>DM  __ </p> <p>HAS  __ </p> <p>DoenCor  __ </p> <p>DoenOnco  __ </p> <p>OutrasDoen _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
2.7	<p><b>Uso de Medicamentos</b></p> <p>Faz uso de medicamentos contínuos?</p> <p><b>0 Não 1 Sim</b></p> <p>Se sim, quais? _____</p>	<p>Medicamentos  __ </p>
2.8	<p>Atividades de Vida Diária (AVD)  __ </p> <p><b>0 Independente</b></p> <p><b>1 Dependência moderada</b></p> <p><b>2 Muito dependente</b></p>	<p>AVD  __ </p>
2.9	<p>Padrão Cognitivo – Mini Exame do Estado Mental  __ </p>	<p>Mini-Mento  __ </p>

**APENDICE F: CRONOGRAMA**

<b>ATIVIDADES/ANO</b>	<b>2012</b>		<b>2013</b>		<b>2014</b>
	2012.1	2012.2	2013.1	2013.2	2014.1
MESES					
Levantamento bibliográfico sobre a temática e fichamento de textos	X	X	X	X	
Levantamento bibliográfico sobre o referencial filosófico e fichamentos de textos	X	X	X	X	
Aproximação com o cenário	X	X			
Aproximação com os sujeitos de estudo			X		
Elaboração do projeto de dissertação		X			
Exame de qualificação do projeto de dissertação		X			
Encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética			X		
Aprimoramento do projeto com base em sugestões propostas pela banca		X			
Contato com as instituições		X	X		
Identificação dos sujeitos			X		
Aplicação de questionários			X		
Análise de questionários			X	X	X
Elaboração da Minuta da dissertação			X	X	X
Entrega da Minuta da dissertação				X	X
Aprimoramento do Relatório com base nos aspectos apontados pela Banca				X	X
Apresentação em congresso de artigo dos dados preliminares				X	X
Elaboração do relatório final da dissertação e do artigo para publicação				X	X
Revisão ortográfica e de digitação				X	X
Entrega do relatório final da dissertação				X	X
Defesa da dissertação				X	X
Preparo e encaminhamento de artigos				X	X

**APENDICE G - ORÇAMENTO****MATERIAL DE CONSUMO**

Especificação	Quantidade	Valor (R\$)	
		Unitário	Total
Toner para impressora	02	69,90	139,80
Pen Drive 32 Gb	01	149,00	149,00
Papel A4 com 500 folhas	02	10,90	21,80
Lapiseira 0,7 mm	02	3,00	6,00
Borracha	02	2,90	5,80
Caneta	02	2,95	5,90
CD-R 700 Mb (blister com 10)	01	8,90	8,90
Pasta com aba e elástico	02	0,90	1,80
Grampo para grampeador (caixa com 5000)	01	3,60	3,60
Clips galvanizados (caixa com 100)	02	2,00	4,00
<b>Subtotal</b>			<b>346,60</b>

Fonte: Oriunda dos próprios pesquisadores.

**REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PESSOAIS**

Especificação	Quantidade	Valor (R\$)	
		Unitário	Total
Revisor de português	01	400,00	400,00
Tradutor de inglês	01	350,00	350,00
<b>Subtotal</b>			<b>750,00</b>

Fonte: Oriunda dos próprios pesquisadores.

**OUTROS SERVIÇOS E ENCARGOS**

Especificação	Quantidade	Valor (R\$)	
		Unitário	Total
Encadernação	10	5,00	50,00
Cópias (xerox)	500	0,10	50,00
Combustível (gasolina / litro)	300	2,70	810,00
<b>Subtotal</b>			<b>910,00</b>

Fonte: Oriunda dos próprios pesquisadores.

## EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE

Especificação	Quantidade	Valor (R\$)	
		Unitário	Total
Notebook	01	1890,00	1.890,00
Impressora laser monocromática	01	259,00	259,00
Grampeador manual para 40 folhas	01	23,00	23,00
Subtotal			2.172,00

Fonte: Oriunda dos próprios pesquisadores.

## RESUMO DO ORÇAMENTO

N.º de ordem	Especificação	Valor (RS)
01	Material de consumo	346,60
02	Remuneração de serviços pessoais	750,00
03	Outros serviços e encargos	910,00
04	Equipamentos e material permanente	2.172,00
Total		4.178,60

Fonte: Oriunda dos próprios pesquisadores.

A UFBA participará do orçamento da presente pesquisa através da disponibilização de recursos didáticos (livros e revistas) presentes em bibliotecas da instituição que serão utilizados como referência bibliográfica, bem como através da permissibilidade de usufruto de laboratórios de informática que dispõe de acesso a internet, para fins diversos na realização da presente pesquisa.

As despesas que constam neste orçamento são de responsabilidade dos pesquisadores, não trazendo ônus para os sujeitos da pesquisa.

**ANEXO 1 - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)****Orientação**

- |  |     |
|--|-----|
| 1) Dia da Semana (1 ponto)                               | ( ) |
| 2) Dia do Mês (1 ponto)                                  | ( ) |
| 3) Mês (1 ponto)   | ( ) |
| 4) Ano (1 ponto)   | ( ) |
| 5) Hora aproximada (1 ponto)                             | ( ) |
| 6) Local específico (andar ou setor) (1 ponto)           | ( ) |
| 7) Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) | ( ) |
| 8) Bairro ou rua próxima (1 ponto)                       | ( ) |
| 9) Cidade (1 ponto)                                      | ( ) |
| 10) Estado (1 ponto)                                     | ( ) |

**Memória Imediata**

Fale três palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. ( )

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

**Atenção e Cálculo**

(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65) (1 ponto para cada cálculo correto) ( )

**Evocação**

Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) ( )

**Linguagem**

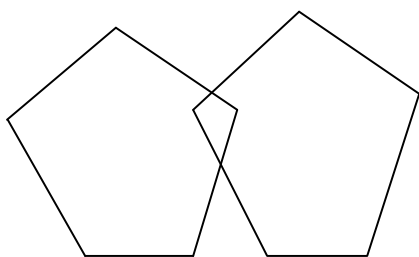
- |  |     |
|--|-----|
| 1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)   | ( ) |
| 2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)   | ( ) |
| 3) Comando:”pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) | ( ) |
| 4) Ler e obedecer:”feche os olhos” (1 ponto)   | ( ) |
| 5) Escrever uma frase (1 ponto)  | ( ) |
| 6) Copiar um desenho (1 ponto)   | ( ) |

Score: ( / 30)



ESCREVA UMA FRASE

COPIE O DESENHO



## ANEXO 2 – ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA – Index de Katz

Nome do idoso: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Atividades Pontos (1 ou 0)	Independência (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	Dependência (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos _____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos _____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos _____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferencia Pontos _____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Continencia Pontos _____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos _____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de pontos = -----	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente
----------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998.