



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

PAULA BEATRIZ DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

UBERABA(MG)

2012

PAULA BEATRIZ DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação *stricto sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

UBERABA(MG)

2012

Catálogo na fonte:
Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Oliveira, Paula Beatriz de

O48a Avaliação das condições de saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência / Paula Beatriz de Oliveira. -- 2012
182 f.: fig.:tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2012.

Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

1. Geriatria. 2. Idosos. I. Enfermagem geriátrica. I. Tavares, Darlene Mara dos Santos. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616-053.9

PAULA BEATRIZ DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação *stricto sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovado em: Uberaba, _____ de _____ 2012.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Orientadora

Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Membro

Profa. Dra. Lúcia Aparecida Ferreira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Membro

Dedico aos meus pais José Maurício e Benedita e aos meus irmãos: Fernanda, Núbia e Maurício.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e a oportunidade de realizar este trabalho.

Aos meus amigos pelo carinho, incentivo e particularmente à Fabiana pelo apoio e dedicação constante.

Aos meus familiares pela compreensão e apoio.

Aos diretores das ILPIs, por permitirem o desenvolvimento do trabalho, principalmente, à Oscarina e Claiton pelo carinho e respeito ao nosso projeto.

À Professora Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares, orientadora deste estudo, pela confiança, ensino, dedicação e tranquilidade,

Ao professor Dr. Ricardo Jader Cardoso, pela contribuição no projeto deste trabalho.

Ao Professor Dr. Vanderlei Haas, pelos ensinamentos e críticas.

À professora Dra. Lúcia Aparecida Ferreira pelos ensinamentos e reflexões ao longo deste projeto.

À professora Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues pela contribuição na construção deste trabalho.

Aos professores do curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde e Graduação em Enfermagem da UFTM por terem contribuído com meu aprendizado.

Aos meus colegas mestrandos, pelo convívio durante esse período.

A professora Me. Flávia Aparecida Dias pela contribuição na análise e apresentação dos dados.

A secretária do curso de Pós-Graduação “Cida” pela dedicação e carinho durante todo esse período.

Aos idosos residentes nas ILPIs, sem os quais este trabalho não teria sentido, o meu muito obrigado.

RESUMO

OLIVEIRA, Paula Beatriz de. **Avaliação das condições de saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência**. 2012. 182f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

A avaliação do estado de saúde dos idosos residentes nas Instituições de Longa Permanência (ILPI) é considerada uma prática essencial à promoção e recuperação da saúde, a qual deve incluir a investigação de aspectos relacionados às necessidades psicobiológicas, sociais e espirituais. Este estudo teve por objetivos: caracterizar os idosos segundo as variáveis sociodemográficas; descrever as condições de saúde dos idosos segundo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta de Aguiar; verificar a associação entre número de sintomas depressivos e as variáveis: sexo; idade; tempo de institucionalização; número de medicamentos; número de atividades da vida diária com incapacidades funcionais; dor; número de morbidade e declínio cognitivo e verificar a associação entre número de atividades da vida diária com incapacidades funcionais para as variáveis: sexo; idade; tempo de institucionalização; número de medicamentos; dor; número de morbidade e declínio cognitivo. Estudo analítico, observacional, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em oito ILPI do município de Uberaba-MG, com 86 idosos. Os dados foram coletados por meio de instrumento semiestruturado segundo as necessidades humanas básicas proposta por Wanda Horta, que foi, inicialmente, elaborado e validado. Os dados foram submetidos à análise descritiva, utilizou-se também, o coeficiente de correlação de Pearson ($p < 0,01$) e o teste t-Student ($p < 0,05$). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo n.º 1832. A maioria dos idosos era do sexo feminino (70,9%); na faixa etária de 80 anos ou mais (44,2%); cor branca (73,3%); viúvos (46,5%); analfabetos (48,8%), católicos (58,1%) e renda de um salário mínimo (88,4%), proveniente de aposentadoria (75,6%). Foram encaminhados para a ILPI por morarem sozinhos (44,2%) e terem dificuldade de conviver com os familiares, institucionalizados em um período de 2 a 5 anos (55,8%). Possuíam uma morbidade (40,7%), com prevalência de hipertensão arterial (54,7%) e diabetes mellitus (16,3%). O uso de medicamentos foi verificado em 95,3%, com predomínio de anti-hipertensivos (66,3%). Na avaliação

das NHB psicobiológicas, os idosos apresentavam níveis pressóricos elevados (30,2%); declínio cognitivo (58,3%); acuidade auditiva diminuída (62,8%); dor (31,4%); edentulismo (73,3%), e 39,5% faziam uso de prótese dentária e sedentarismo (97,7%), dependência para atividades banho e vestir (36%). Em relação à NHB psicossociais, os idosos possuíam boa interação social, recebiam visitas dos filhos (30,2%); e dependência para todas as atividades instrumentais da vida diária (100%). Quanto a NHB psicoespiritual, 29,1% referiram ir à missa (36,0%) e orar (56,0%). O maior número de sintomas depressivos associou-se ao declínio cognitivo ($p=0,02$). O maior número de incapacidades funcionais às atividades básicas da vida diária correlacionou-se moderadamente com o menor tempo de institucionalização ($p<0,001$). Dentre as NHBs, a mais afetada foi a psicobiológica denotou a necessidade de estabelecer estratégias que contribuam para a promoção e a manutenção da independência e autonomia do idoso residente em ILPI.

Palavras chaves: Idoso. ILPI. Avaliação Geriátrica. Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Paula Beatriz de. **Evaluation of the health conditions of elderly residents in long-term institution.** 2012. 182f. Dissertation (Masters Course in Attention to Health) – Federal University of the Triangulo Mineiro (MG), 2012.

The health evaluation of elderly people, living in Long Stay Institutions (ILP), is considered an essential practice for health promotion, prevention and recovery. This should include investigation on aspects related to psychological, biological, social and spiritual needs. This study has the objective to characterize elderly people, in accordance to socio demographic variables, describe the health conditions as per the Theory of Basic Human Needs (NHB), of Wanda Horta de Aguiar, and verify the association between depressive symptoms and variables, such as, sex, age, time at institutions, medicines, functional incapacity for daily activities, pain, morbidity and cognitive collapse. It is an analytical, observational, transversal study, with quantitative approach, done at eight Long Stay Institutions in Uberaba – MG. The population of this study was composed by 86 elderly people. Data collection, was done by a semi structured instrument on basic needs, proposed by Wanda. Data was analyzed using, also, Pearson correlation coefficient ($p < 0.01$) and Student's t test ($p < 0.05$). This project was approved by the Committee Ethic in Human Research, UFTM, protocol number 1832. The majority of elderly people are female (70,9%), age range 80 or older (44,2%), White (73,3%) and widows (46,5), illiterate (48,8%), catholic (58,1%), income of one minimum wage (88,4%) from retirement (75,6%). They were directed to Institutions due to the fact that they were living alone (44,2%) and were not able to live with relatives. Some were living in institutions for 2 to 5 years (55,8%). They had morbidity of 40,7%, high blood pressure (54,7%) e diabetes mellitus (16,3%). Use of medicine was observed in 95,3% of elderly people, the most used was for high blood pressure (66,3%). In the evaluation of psycho biologic needs. the elderly presented high pressoric level (30,2%), cognitive collapse 58,3%), auditive decline (62,8%), pain 31,4%, edentulism (73,3%), dental proctesis 39,5%), sedentary life (97,7%), dependence for bathing and dressing (36%). In relation to psychosocial they had good social interaction, getting visits from children (30,2%), and dependency for all daily activities (100%). As for psycho spiritual life 29.1% have a religious practice, like going to Mass (36.0%) and pray (56.0%). The greater number of depressive symptoms was associated with cognitive decline ($p=0,02$).

The greater number of functional incapacity, for basic activities, relates to shorter time at the institution ($p < 0,001$). Among all Basic Human Needs (NHB), the most affected is the psychobiologic area, showing the need to establish strategies to promote residents' independence and autonomy.

Key Words: Elderly. Long Stay Institution. Geriatric Evaluation. Gerontological Nursing.

RESUMEN

OLIVEIRA, Paula Beatriz de. **La evaluación de las condiciones de salud de los ancianos residentes en instituciones a largo plazo**. 2012. 182f. Dissertation (Masters Course in Attention to Health) – Federal University of the Triângulo Mineiro (MG), 2012.

La evaluación del estado de salud de los ancianos residentes en las Instituciones de Larga Permanencia (ILP) es considerada una práctica esencial en la promoción y recuperación de la salud, la cual debe incluir la investigación de aspectos relacionados a las necesidades psicobiológicas, sociales y espirituales. Este estudio tuvo por objetivos: caracterizar los ancianos según variables sociodemográficas, describir las condiciones de salud según la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta de Aguiar; averiguar la asociación entre número de síntomas depresivos y las variables: sexo; edad; tiempo de institucionalización; número de medicamentos; número de actividades de la vida diaria con incapacidades funcionales; dolor, número de morbilidad y declinio cognitivo; y, averiguar la asociación entre el número de actividades de vida diaria con incapacidades funcionales para las variables: sexo, edad, tiempo de institucionalización, número de medicamentos, dolor, número de morbilidad y declinio cognitivo. Estudio analítico, observacional, transversal, con abordaje cuantitativo, realizado en ocho Instituciones de Larga Permanencia para Ancianos (ILPI) del municipio de Uberaba-MG con 86 ancianos. Los datos fueron coleccionados por medio de instrumento semiestructurado, según las necesidades humanas básicas propuesta por Wanda Horta, que fue inicialmente elaborado y validado. Los datos fueron sometidos al análisis descriptivo, utilizándose, también, el coeficiente de correlación de Pearson ($p < 0,01$) y el test t-Student ($p < 0,05$). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo nº 1832. La mayoría de los ancianos era del sexo femenino (70,9%), en la franja etaria de los 80 años o más (44,2%); color blanca (73,3%), y viúdos (46,5%); analfabetos (48,8%), católicos (58,1%), renta de un sueldo mínimo (988,4%), proveniente de jubilación (75,6%). Fueron encaminados para la ILPI por vivir solo (44,2%) y por tener dificultad de convivir con sus familiares, estando institucionalizados en un periodo de 2 a 5 años (55,8%). Poseían una morbilidad (40,7%), siendo prevalente la hipertensión arterial

(54,7% y el diabetes mellitus (16,3%). El uso de medicamentos fue observado en 95,3% de los ancianos, predominando los antihipertensivos (66,3%). En la evaluación de las necesidades psicobiológicas, los ancianos presentaban niveles presóricos elevados (30,2%); déficit cognitivo (58,3%); acuidad auditiva disminuída (62,8%); edentulismo (73,3%); siendo que 39,5% hacia uso de protese dentaria y sedentarismo (97,7%); dependencia para las actividades bañarse y vestirse (36%). En relación a la NHB psicosociales, los ancianos presentan buena interacción social, recibiendo visitas de los hijos (30,2%) y dependencia para todas las actividades instrumentales de la vida diaria (100%). Cuánto a la NHB psicoespiritual, 29,1% se ha referido ir a la misa (36,0%) y orar (56,0%). El más grande número de síntomas depresivos fue asociado al declinio cognitivo ($p=0,02$). El más grande número de incapacidades funcionales para las actividades básicas de la vida diaria fue correlacionado moderadamente con el menor tiempo de institucionalización ($p=0,001$). Entre las NHBs, la más afectada fue la psicobiológica denotando la necesidad de establecer estrategias que contribuyan para la promoción y el mantenimiento de la independencia y autonomía del anciano residente en ILPI.

Palabras claves: Anciano. ILPI. Evaluación geriátrica. Enfermería gerontológica.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação das NHB segundo Wanda Horta (1979).....	45
Quadro 2	Quantidade de idosos residentes em ILPI.....	49
Quadro 3	Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).....	51
Quadro 4	Valores de referência para classificação da temperatura.....	52
Quadro 5	Equação para estimar a altura.....	53
Quadro 6	Valores de IMC de referência para a população idosa.....	54
Quadro 7	Classificação e risco de complicações metabólicas associadas à circunferência abdominal segundo sexo.....	54
Quadro 8	Interpretação dos resultados obtidos com a aplicação do índice de Katz.....	55
Quadro 9	Escala de avaliação da força muscular de Rossi e Mistrorigo.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição das frequências relacionadas à causa de institucionalização dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	68
Gráfico 2	Distribuição das frequências relacionadas ao tempo de permanência dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	69
Gráfico 3	Distribuição das frequências relacionadas às morbidades frequentes entre os idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.	71
Gráfico 4	Distribuição das frequências relacionadas aos medicamentos utilizados pelos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das frequências das características sociodemográficas dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	64
Tabela 2	Distribuição das frequências relacionadas às queixas respiratórias entre os idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	77
Tabela 3	Distribuição das frequências relacionadas ao aparelho respiratório de idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011...	80
Tabela 4	Distribuição das frequências relacionadas à hipertensão arterial e hipotensão ortostática entre os idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	82
Tabela 5	Distribuição das frequências relacionadas ao declínio cognitivo, sexo, idade e escolaridade dos idosos residentes em ILPI do município de Uberaba, 2011.....	86
Tabela 6	Distribuição das frequências relacionadas às alterações dos órgãos do sentido dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	88
Tabela 7	Distribuição das frequências relacionadas à presença de dor segundo sexo e idade dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	90
Tabela 8	Distribuição das frequências relacionadas às características semiológicas da dor segundo informado pelos idosos residentes em ILPI do município de Uberaba, 2011.....	91
Tabela 9	Distribuição das frequências relacionadas às características da pele e seus anexos e tecido muscular dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	92
Tabela 10	Distribuição das frequências relacionadas do IMC, segundo sexo e faixa etária dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	97
Tabela 11	Distribuição das frequências relacionadas à classificação de risco complicações metabólicas associadas à circunferência abdominal dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	98
Tabela 12	Distribuição das frequências relacionadas às características da cavidade oral dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	100
Tabela 13	Distribuição das frequências segundo área de funcionamento do índice de Katz dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	106

Tabela 14	Distribuição das frequências de alterações na coluna e mãos dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	107
Tabela 15	Distribuição das frequências relacionadas à avaliação dos MMII idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	109
Tabela 16	Distribuição das frequências relacionadas à atividade sexual dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	114
Tabela 17	Distribuição das frequências relacionadas à realização dos exames Papanicolau e mamografia das idosas residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	115
Tabela 18	Distribuição das frequências relacionadas às variáveis psicossociais de segurança, comunicação e interação social dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	117
Tabela 19	Distribuição das frequências relacionadas às variáveis da escala de atividades instrumentais da vida diária dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	120
Tabela 20	Médias do número de sintomas depressivos segundo sexo, indicativo de declínio cognitivo e dor entre os idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	123
Tabela 21	Correlação do número de sintomas depressivos e as variáveis: idade, escolaridade, tempo de institucionalização, número de morbididades, número de incapacidades ABVD e AIVD, número de medicamentos dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	125
Tabela 22	Correlação do número de incapacidades para ABVD e AIVD segundo as variáveis: idade, escolaridade, número de morbididades, tempo de institucionalização, número de medicamentos dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.....	128

LISTA DE ABREVIATURAS

AAVD - Atividades Avançadas da vida diária
ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária
AGA - Avaliação Geriátrica Ampla
AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVDs - Atividades da Vida Diária
BPM - Batimentos por minuto
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DF – Distrito Federal
DP - Desvio Padrão
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EDG - Escala de Depressão em Geriatria
ESF - Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI - Longa Permanência para Idosos
IMC - Índice de Massa Corporal
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MEEM - Miniexame do Estado Mental
MID - Membro Inferior Direito
MIE – Membro Inferior Esquerdo
MMII – Membros Inferiores
MMSS – Membros Superiores
MSD – Membro Superior Direito
MSE – Membro Superior Esquerdo
NHB - Necessidades Humanas Básicas
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
RHA - Ruídos Hidroaéreos
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SEDS - Secretaria de Desenvolvimento e Educação

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO.....	20
1.1	TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA.....	20
1.2	INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.....	23
1.2.1	1.2.1 A modalidade asilar no Brasil e as políticas públicas.....	25
1.2.2	1.2.2 O idoso e a Instituição de Longa Permanência.....	29
1.3	AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO.....	32
1.3.1	Avaliação funcional do idoso.....	34
1.3.2	Depressão em idosos.....	36
1.4	A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.....	40
2	REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS (NHB).....	44
3	OBJETIVOS.....	47
4	METODOLOGIA.....	48
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	48
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	48
4.3	POPULAÇÃO.....	48
4.4	COLETA DE DADOS.....	49
4.4.1	Elaboração e validação do instrumento de coleta de dados.....	49
4.4.2	Teste piloto do instrumento de coleta de dados.....	57
4.4.3	Coleta dos dados propriamente dita.....	57
4.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	57
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	62
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	63
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	64
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS.....	64
5.2	CONDICÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS RESIDENTES EM ILPIs DE UBERABA.....	70
5.2.1	Antecedentes pessoais.....	70
5.2.2	Hábito de vida.....	75
5.2.3	Necessidade psicobiológica: oxigenação.....	77
5.2.4	Necessidade psicobiológica: circulação.....	82
5.2.5	Necessidade psicobiológica: termorregulação.....	85

5.2.6	Necessidade psicobiológica: percepção sensorial.....	85
5.2.7	Necessidade psicobiológica: integridade tecidual.....	92
5.2.8	Necessidade psicobiológica: nutrição/hidratação.....	96
5.2.9	Necessidade psicobiológica: eliminação.....	102
5.2.10	Necessidade psicobiológica: sono e repouso.....	104
5.2.11	Necessidade psicobiológica: atividade física e mobilidade.....	106
5.2.12	Necessidade psicobiológica: higiene.....	112
5.2.13	Necessidade psicobiológica: regulação hormonal.....	113
5.2.14	Necessidade psicobiológica: sexualidade.....	113
5.2.15	Necessidade psicossociais.....	117
5.2.16	Necessidades psicoespirituais.....	123
5.3	FATORES ASSOCIADOS AOS SINTOMAS DEPRESSIVOS.....	123
5.4	FATORES ASSOCIADOS À INCAPACIDADE FUNCIONAL PARA ABVD E AIVD.....	126
6	CONCLUSÃO.....	130
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
	REFERÊNCIAS.....	134
	APÊNDICES.....	161
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	161
	APÊNDICE B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS/UFTM.....	172
	APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO DOS PRESIDENTES DAS ILPIs....	173
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	174
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PELO RESPONSÁVEL LEGAL.....	175
	ANEXOS.....	176
	ANEXO A - ESCALA DE LAWTON E BRODY (AIVD).....	176
	ANEXO B - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....	177
	ANEXO C - ESCALA DE FACES REVISADA.....	179
	ANEXO D - INDEX DE KATZ.....	180
	ANEXO E – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA.....	182

1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO

Nesse tópico será abordado o processo de transição demográfica e epidemiológica que ocorre no Brasil, destaca-se a maior concentração de idosos na população, bem como suas necessidades de saúde. Faz-se um recorte para a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), enquanto espaço de moradia e cuidado à saúde, e perpassa pelas políticas públicas e pela assistência de enfermagem.

1.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

O idoso é definido cronologicamente como a pessoa que possui 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). Em 2009, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) o Brasil possuía cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Esses dados expressam a transição demográfica, entendida como sendo um processo de transformação do contexto populacional de altas taxas de mortalidade e natalidade para outro de coeficientes reduzidos, com tendência à estabilização (PONTES et al., 2009).

A transição demográfica ocorre no mundo de forma diversa, e pode ser compreendida por meio de quatro fases, descritas a seguir:

Na fase 1 os coeficientes de natalidade e de mortalidade encontram-se elevados, resultam em uma situação de estabilidade populacional, comum em sociedades pré-industriais. Quando os coeficientes de natalidade continuam elevados e inicia a queda da mortalidade, tem-se a fase 2, que, por sua vez, gera um aumento populacional. A seguir; passa-se para a fase 3, na qual o coeficiente de mortalidade reduz, e ocorre também a diminuição dos índices de natalidade, contribui, assim, para o crescimento demográfico. Por fim, mantém-se a queda dos coeficientes de natalidade e de mortalidade, faz-se com que o crescimento da população retorne a um estado de equilíbrio (PONTES et. al., 2009).

Nas décadas de 40 a 60 predominava, no Brasil, uma população jovem embora quase estável (CARVALHO; GARCIA, 2003). A partir dos anos 60 iniciou-se

um aumento da redução da fecundidade, resultou em mudança da estrutura etária, prevaleceu uma população com características envelhecida. Mas, somente, no ano 2000 que ocorreu a efetiva diminuição da população infantil e aumento relativo dos idosos, o que caracterizou o processo de envelhecimento da população (CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008).

Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, esse fenômeno resultou, em especial, dos avanços tecnológicos e, não em consequência ao desenvolvimento social. A introdução de vacinas, antibióticos, quimioterápicos, dentre outros, colaborou sobremaneira com a diminuição da mortalidade (NASRI, 2008; PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006). O mesmo se observou em relação à natalidade que, em consequência a introdução dos métodos contraceptivos reduziu drasticamente. (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

Destaca-se que, em menos de 50 anos o Brasil passou de uma situação de altas taxas de fecundidade e de mortalidade para uma diminuição brusca desses índices. Com isso, houve o aumento da expectativa de vida, que, em associação a baixa natalidade, resultou no envelhecimento populacional (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006; VERAS; PARAHYBA, 2007).

O estágio de envelhecimento de uma população é expresso por meio da razão entre os componentes etários extremos da população, no caso idosos e jovens (BRASIL, 2005). Os dados atuais do Brasil expressam que para cada 100 crianças de 0 a 14 anos há 27,4 idosos. Estimativas apontam que no ano de 2050 esta proporção será de 100 para 172,7 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008). O aumento desse indicador confirma o adiantado avanço do processo de envelhecimento populacional, marcado pela crescente participação dos idosos em relação aos jovens na população brasileira (BRASIL, 2010).

A transição demográfica repercute nas características epidemiológicas da população. Observa-se uma substituição gradual da mortalidade por doenças infecto-parasitárias para as crônico-degenerativas, evento esse denominado de transição epidemiológica (VERAS, 2009).

As doenças infecto-parasitárias apresentam como desfecho habitual a cura ou a morte. Já as crônico-degenerativas que acometem em especial os idosos, deve-se considerar a compensação, ou não, do estado de saúde. No caso de não ser possível a compensação da doença crônica verifica-se maior disfunção, dependência e quedas (NASRI, 2008).

Dessa forma, evidencia-se um aumento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares. O idoso com doença crônico-degenerativa utiliza mais os serviços de saúde, e pode apresentar internações prolongadas e mais frequentes, em relação às outras faixas etárias. Ademais, a condição de saúde do idoso exige o acompanhamento da equipe multiprofissional constante, com intervenções contínuas (SAINTRAIN; VIEIRA, 2008). O custo elevado do tratamento dos idosos está relacionado à presença de múltiplos problemas de doença, que, frequentemente, aparecem de modo insidioso e inespecífico (SAINTRAIN; VIEIRA, 2008).

Embora se observe o maior número de doenças incapacitantes, complexas e onerosas no idoso, esse fato não pode ser considerado uma consequência inevitável do envelhecimento (VERAS, 2009). Atualmente, envelhecer sem a existência de doenças crônicas degenerativas é quase uma exceção, porém, não significa que o idoso não seja capaz de governar de modo independente a sua própria vida (FELICIANI, 2009; VERAS, 2009).

O envelhecimento por si só, não é sinônimo de incapacidade funcional e doença. Mas quando o idoso é acometido por doenças que levam à dependência, parcial ou total, deve-se promover a sua reabilitação, mesmo que provisória, frente à realização das atividades diárias (FELICIANI, 2009).

Dessa forma, é possível ter o aumento da quantidade dos anos vividos e manter a qualidade, na medida em que se posterga o declínio da saúde, a perda da autonomia e proporciona oportunidades para os idosos continuarem socialmente ativos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).

No entanto, há de se considerar que as mudanças demográficas e epidemiológicas, no Brasil, ocorrem em meio a um contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade de instituições (UCHÔA, 2003). Os grandes centros brasileiros, ainda não se encontram com os serviços estruturados, principalmente os de saúde, para atender as transformações vigentes (VERAS, PARAHYBA, 2007).

Assim, as transformações histórico-culturais e estruturais vivenciadas pela sociedade, nos últimos anos, acabam por repercutir na atenção ao idoso. As famílias começam a ter dificuldade de cuidar dos idosos no próprio lar, devido à nova conjuntura. Surgem novos arranjos familiares, frutos do aumento do número das separações e recasamentos, e demonstra a vulnerabilidade dos vínculos sociais. A mulher culturalmente reconhecida como cuidadora, agora se encontra inserida no

mercado de trabalho, dividida entre as novas funções e o seu papel no lar. Diminuiu-se o tamanho das famílias e as pessoas passam a contar com menos tempo para cuidar dos seus idosos (POLLO; ASSIS, 2008).

Frente à nova realidade que abrange os aspectos como moradia e cuidado nasce o serviço da ILPI (CAMARANO; KANSO, 2010).

1.2 INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

O rápido envelhecimento populacional brasileiro, principalmente da população muito idosa, tem despertado incertezas a cerca das atuais condições de cuidados disponíveis a esses longevos (CAMARANO; KANSO, 2010).

Conforme mencionado na seção anterior, a atual estrutura social de mudanças nos arranjos familiares e aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho tem resultado em um forte impacto na rede de proteção a esses idosos. De modo que, o trabalho desenvolvido pelas IPLIs surge como uma alternativa não familiar de suprir as necessidades de moradia e cuidado dessa população (CAMARANO; KANSO, 2010).

O termo ILPI é recente para a denominação dessas instituições, com várias nomenclaturas encontradas na literatura: casas de repouso, clínicas geriátricas, abrigos, lar, ancianato e asilos (CAMARANO; KANSO, 2010). Atualmente, observa-se que as instituições possuem dificuldade em se autodenominarem ILPI (CAMARANO; KANSO, 2010).

A origem do termo relaciona-se aos asilos, que, a princípio, se destinavam a prestar assistência à população pobre, conforme preconizado pela doutrina cristã (POLLO; ASSIS, 2008).

De acordo com a história, os religiosos do cristianismo foram os primeiros a abrigar os pobres. No século V da era Cristã, já no Império Bizantino, surgiram as primeiras instituições filantrópicas, como o asilo fundado pelo Papa Pelágio II (520-590) em sua própria casa (ALCÂNTARA, 2004).

Na Inglaterra, durante a idade média, construíam-se casas próximas aos mosteiros chamadas de “almshouses” com a finalidade de oferecer hospitalidade em geral e abrigar idosos desamparados e pessoas necessitadas (CANNON, 2004) (grifo nosso).

A mais antiga “almshouse”, ainda em atividade, situa-se no Hospital de St. Cross em Winchester e data do período entre 1133 e 1136. Essas instituições eram mantidas com recursos dos mosteiros e doações de outros benfeitores (CHRISTOPHE, 2009). (grifo nosso).

Durante o século XVI, na Inglaterra, a rainha Elizabeth promulgou a “Poor Laws”, que ampliou o trabalho das “almshouses” à medida que determinou o governo como responsável pelo cuidado aos pobres, mendigos, órfãos, loucos, idosos, dentre outros excluídos de maneira geral (BORN; BOECHAT, 2006; CANNON, 2004).

Ainda no século XVI, iniciou-se na França o chamado movimento hospitalar, em que os miseráveis, entre eles os idosos, eram conduzidos para os chamados “Bureaux des Pauvres, as Aumônes, Charités e Hôtel-Dieu”. Nesses locais oferecia-se abrigo e alimento em condições razoáveis (CHRISTOPHE, 2009) (grifo nosso).

Assim como na Inglaterra, nesses locais não havia distinção entre mendigos, doentes, loucos e idosos. Tal situação proporcionava uma imagem negativa da instituição, que perdurou pelos anos seguintes, e isso explica a visibilidade social estabelecida até os dias de hoje (BORN; BOECHAT, 2006).

No Brasil, a discussão sobre a atenção ao idoso iniciou no período colonial, quando o Conde de Resende (quinto Vice-Rei), sugeriu à Coroa de Portugal que os soldados velhos tivessem direito a uma vida digna. Dessa forma, em 1794 passou a funcionar a Casa dos Inválidos do Rio de Janeiro, mantida pelo reinado em reconhecimento a velhice daqueles que prestaram serviço à pátria (ALCÂNTARA, 2004; POLLO; ASSIS, 2008).

Em 1884, o decreto do Imperador Pedro II instituiu o lar da Mendicidade, inaugurado em 1879 com o objetivo de abrigar: menores de 14 anos, abandonados e ociosos, indigentes, velhos e incapazes que recorriam à caridade dos transeuntes e os alienados, que não podiam ser recebidos no Hospício D. Pedro II. No entanto, ainda era insipiente a distinção entre as várias pessoas necessitadas de cuidado e tratamento. Independente de serem mendigos, velhos ou vadios todos foram encaminhados para o abrigo dos asilos (GROISMAN, 1999).

Em 1890 instituiu-se o Asilo São Luiz, localizado na cidade do Rio de Janeiro, com características de caridade, destinado principalmente ao abrigo de idosos. Porém, o idoso encaminhado para essa instituição rompia definitivamente os laços com a família e com a sociedade, pois o asilo constituía um mundo a parte (POLLO;

ASSIS, 2008). Uma vez aceito, cabia à instituição mediar o contato do idoso e o mundo externo, por meio da definição de rotinas comuns a todos os internos (GROISMAN, 1999).

Embora a instituição mantivesse suas portas abertas à imprensa e à visitação pública em dias de solenidades, o cotidiano do asilado permanecia caracterizado por um grande distanciamento do mundo externo (GROISMAN, 1999, p. 81).

Após alguns anos, em 1909, o asilo São Luiz deixou de ser estritamente filantrópico e inaugurou uma ala para oferecer serviços às pessoas que poderiam pagar. Atualmente, é uma instituição na qual os idosos residentes possuem alto poder aquisitivo (NOVAES, 2003).

Em 1964, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo passou a ser definida como instituição asilar, em decorrência do aumento de internações de idosos (POLLO; ASSIS, 2008).

Desse modo, o asilo instituiu-se como um serviço voltado ao atendimento à carência financeira e de moradia da população com características de assistência social e não de estabelecimento de saúde (CAMARANO; KANSO, 2010).

1.2.1 A modalidade asilar no Brasil e as políticas públicas

O modelo asilar brasileiro desenvolveu-se com as características das denominadas instituições totais. Tais instituições são descritas como: "local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante separados da sociedade por considerável período de tempo leva uma vida fechada e formalmente administrada"(GOFFMAN, 2007, p. 11).

Os asilos, os manicômios, as prisões, os colégios internos, as forças armadas, assim como, algumas organizações de trabalho, a exemplo das plataformas de petróleo são consideradas instituições totais (GOFFMAN, 2007).

Embora representem diferentes formas de serviços, esses locais possuem em comum a unificação das barreiras relacionadas às esferas básicas da vida, como divertir-se, trabalhar e dormir. O indivíduo passa a ter todos os aspectos de sua vida restritos a um lugar, em companhia de um grupo de pessoas que vivem sobre a mesma rotina diária (GOFFMAN, 2007).

Por muito tempo essa foi a maneira encontrada para prestar assistência aos desvalidos, inclusive os idosos (BORN; BOECHAT, 2006). A primeira iniciativa do

Governo Federal na prestação de assistência ao idoso ocorreu em 1974. Nesse período foram instituídas ações preventivas em Centros Sociais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) além da internação custodial dos aposentados e pensionistas, a partir de 60 anos. A internação dos idosos era realizada mediante a presença de desgaste físico associado, ou não, ao mental por causa da insuficiência de recursos próprios e familiares, ou a inexistência da família (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O benefício mencionado era seletivo, restringiu-se aos trabalhadores. Portanto, até o momento, não havia uma política pública de proteção aos idosos brasileiros, conforme foi instituído pela Constituição de 1988. A partir de então se introduziu o conceito de seguridade social, estendeu a proteção social a todos os cidadãos e não apenas aos trabalhadores (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Além disso, foi a primeira vez que se apresentou na Constituição Federal um título destinado à Ordem Social, que demonstrou preocupação com questões relacionadas à família, a criança, ao adolescente e ao idoso (CAMARANO; PASINATO, 2004).

No artigo 230 da Constituição Brasileira de 1988, ressalta-se que o idoso está sob a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, e deve ser garantida sua participação social, dignidade, bem-estar e direito à vida. Ademais, a manutenção do idoso deve ser, preferencialmente, em ambiente familiar (BRASIL, 1988).

Deve-se dizer que os avanços garantidos na Constituição Brasileira de 1988 fazem frente às propostas da agenda internacional de políticas públicas para população idosa, estabelecida em 1982 na Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Embora a Constituição Federal priorize o atendimento do idoso no âmbito da família, quando de sua ausência e/ou em circunstância específica, ele poderá ser internado em instituição asilar. Mas, até então, não havia uma definição acerca de quem seria essa instituição (CHRISTOPHE, 2009).

Em 1989, a Portaria nº 810/GM/MS definiu e padronizou o funcionamento de instituições destinadas ao atendimento de idosos. De acordo com essa portaria, as instituições destinadas ao cuidado de idosos são:

Estabelecimentos com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 ou mais anos de idade, sob regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõem de um quadro de funcionários para atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades características da vida institucional (BRASIL, 1989).

Em 1991, em Assembleia Geral foram aprovados os princípios das Nações Unidas em favor dos idosos e reiterado as recomendações contidas no Plano de Ação Internacional sobre o envelhecimento, proposto pela Resolução 37/51 de 3 de dezembro de 1982 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).

Diante disso, a recomendação somada às diretrizes constitucionais, o Brasil estabeleceu, em 1994, a Política Nacional do Idoso, na forma da Lei nº8842 de 4 de janeiro de 1994, que objetiva “assegurar os direitos sociais do idoso, cria condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994, p. 1). Tal lei foi, posteriormente, regulamentada pelo Decreto nº1.948 de 03 de julho de 1996 (BRASIL, 1996).

A Política Nacional do Idoso reforçou que o atendimento a essa parcela da população deve ser “priorizado pela sua própria família em detrimento do atendimento asilar com exceção dos idosos que não possuam condições para garantir sua própria sobrevivência” (BRASIL, 1994).

A modalidade asilar é:

O atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social (BRASIL, 1996).

Assim, a modalidade asilar é vista como uma alternativa assistencial para o idoso em condições de abandono, relacionado à pobreza e/ou a ausência familiar (BORN; BOECHAT, 2006).

O processo de envelhecimento pode fazer com que o indivíduo enfrente várias mudanças, tais como a aposentadoria, a viuvez, a morte de amigos, familiares e a perda da autonomia. Em determinadas situações, para fazer frente às mudanças, a opção é pelo atendimento asilar.

Nessa perspectiva, na busca de melhorar o atendimento a essa população estabeleceu-se, em 2001, uma nova abordagem para o funcionamento de serviços

de atendimento ao idoso expresso na Portaria 73 de 2001 da Secretaria de Assistência Social (BRASIL, 2001).

Dentre as propostas, sugeriu-se a promoção de parcerias com o intuito de realizar a integração entre os setores e a corresponsabilidade do Estado, da sociedade e da família nas modalidades de atendimento ao idoso (BRASIL, 2001).

Em relação às modalidades de moradia destacam-se: a residência temporária, a família natural e acolhedora, o projeto república e o centro de convivência, entre outras (BRASIL, 2001).

Instituiu-se, também, o termo “atendimento integral institucional”, entendido como:

O atendimento prestado em uma instituição asilar, prioritariamente aos idosos sem famílias, em situação de vulnerabilidade, oferece-lhes serviços nas áreas sociais, psicológica, médica, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, odontologia e outras atividades específicas para este segmento social (BRASIL, 2001).

A Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA) propôs em 2005 a padronização e regulamentação das ILPIs de caráter residencial. Dessa forma, definiram-se critérios mínimos para funcionamento e avaliação desses estabelecimentos, com o intuito de preservar a saúde dos idosos residentes em instituições coletivas (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

Dentre as definições, houve a instituição do termo ILPI conceituada como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada 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” (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005, p. 2).

Com essa definição consolidou-se a sugestão de adoção do termo ILPI, proposta pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Tal proposta visa responder às alterações desencadeadas pelo envelhecimento populacional, que tem exigido dos asilos mais do que uma postura de assistência social, ou seja, integrar a rede de atenção à saúde (CAMARANO; KANSO, 2010).

Embora esse seja o desafio das ILPI, garantir suporte para que haja saúde de qualidade a seus internos, não se deve entendê-las como estabelecimentos de saúde voltados ao atendimento clínico ou terapêutico (CAMARANO; KANSO, 2010).

As ILPIs são diferentes de hospitais, ainda que cuidem de pessoas com fragilidade físicas e cognitivas em diferentes graus de acometimento. Conforme definido anteriormente, consistem de residências coletivas, que seguem regras de convivência e dinâmica de funcionamento de acordo com seu público (CHRISTOPHE, 2009).

Com a aprovação da RDC/ANVISA nº 283, tanto os órgãos fiscalizadores quanto as ILPIs tem a oportunidade de adequarem os serviços prestados aos idosos em caráter de residência. Assim, será possível mudar a visibilidade social de caridade e assistencialismo, ou pior, de maus tratos, construído ao longo da história destas instituições, para o de prestação de serviço de qualidade que garantam os direitos da pessoa idosa (ROSA, 2010; XIMENES; CÔRTE, 2007).

Ainda que o processo de institucionalização seja percebido como definitivo, na maioria dos casos, pode ser humanizado e funcionar de maneira menos metódica, para que as ILPIs não signifiquem depósitos de velhos (PAVAN et al., 2008).

1.2.2 O idoso e a Instituição de Longa Permanência

A institucionalização não é um hábito cultural de nossa sociedade, existe a expectativa de que os filhos cuidem de seus pais durante a velhice, provendo-os de conforto material, afetivo e social (SILVA et al., 2009). Esse fato é reforçado pela legislação vigente que determina o atendimento ao idoso, preferencialmente, oferecido pela família (BRASIL, 1994).

No entanto, há situações em que não é possível cumprir tal legislação. No Brasil, os fatores que levam a institucionalização variam de acordo com a classe social e a região geográfica, mas prevalecem as questões socioeconômicas para uma grande parte da população institucionalizada (BORN; BOECHAT, 2006).

De acordo com o levantamento censitário realizado em todo território nacional nos anos de 2007 a 2009, o país possui, aproximadamente, 3.549 ILPIs responsáveis por abrigar 84 mil idosos (CAMARANO; KANSO, 2010).

A procura pela institucionalização tende a aumentar à medida que as limitações aparecem, o que gera a dependência física e/ou psíquica da pessoa idosa (SILVA et al., 2009).

Em diversos países desenvolvidos, como Estados Unidos, Alemanha, Dinamarca, Inglaterra, dentre outros, se tem observado a tentativa de prestar assistência aos idosos em seus próprios lares, e reservar a institucionalização para pessoas em idades mais avançadas, com prováveis perdas funcionais e cognitivas (BORN; BOECHAT, 2006). Esses países adotam formas diferenciadas de prestar cuidados de longa duração fora de instituições, como por exemplo: os centros-dia ou centros-noite. Esses serviços oferecem profissionais para prestarem assistência domiciliar, tanto para cuidados pessoais como de saúde (CHRISTOPHE, 2009).

No Brasil, nas regiões mais desenvolvidas como o Sul e o Sudeste, também se observa a tendência de retardar o período da institucionalização para idades mais avançadas. Verifica-se que nessas regiões há uma prevalência de idosos institucionalizados com idade acima de 80 anos (CHRISTOPHE, 2009; POLLO, ASSIS, 2008).

No entanto, há situações em que a capacidade da família em gerir o cuidado pode ficar fragilizada. Dessa forma, o cuidado ao idoso passa a ser um empecilho à autonomia dos demais familiares no cumprimento dos imperativos sociais da vida diária. Nessas circunstâncias, a institucionalização é vista como uma solução para oferecer melhores condições de vida, de cuidado e de conforto ao idoso (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

Além disso, não se pode esquecer que, em muitos casos, os serviços oferecidos pelas ILPIs tornam-se a única opção para os idosos em situações de dificuldade de cuidado por parte de sua família. Há também aqueles idosos que não possuem família ou se encontram em precárias condições sociais (BRASIL, 1994; PERLINI; LEITE; 2007).

Outro fator que contribui para a institucionalização são as doenças crônico-degenerativas, que além de contribuírem para a perda gradativa da capacidade funcional do idoso, resultam em desgaste físico e emocional tanto do indivíduo quanto da própria família (POLLO; ASSIS, 2008). Vale acrescentar que, em determinados episódios, a opção em residir em uma ILPI parte do idoso, na busca por um lugar que atenda as suas necessidades (FELICIANI, 2009).

De um modo geral, no Brasil, os fatores considerados de risco para a admissão em uma ILPI são: a síndrome de imobilidade e os diversos problemas de saúde como a depressão, a demência e as incontinências. Somam-se aos fatores mencionados: ser do sexo feminino, ter idade acima de 70 anos, ser solteiro e sem

filhos ou viúvo recente, não ter apoio social, além da solidão e da pobreza (POLLO; ASSIS, 2008).

Em pesquisa conduzida em ILPI de diferentes centros do Brasil verificou que as mulheres representam mais da metade dos residentes (57,3%). Em geral, possuem idade superior a 70 anos, são solteiras ou viúvas, possuem baixa escolaridade e renda, recebem cerca de 1 a 2 salários mínimos (CAMARANO; KANSO, 2010; POLLO; ASSIS, 2008).

Residir em ILPI é um evento complexo para quem vivencia o envelhecimento, em decorrência de uma série de mudanças em relação à vida habitual. Durante esse processo o idoso pode sentir-se perdido quanto à sua capacidade de governabilidade em relação ao tempo, ao espaço e as preferências ao se submeter às regras da instituição (BESSA; SILVA, 2008; HEREDIA et al., 2004).

Por outro lado, as pessoas institucionalizadas tendem ao sedentarismo, demonstram maior carência afetiva, apresentam incapacidades físicas e mentais em maior proporção em relação aos outros idosos (PEREIRA et al., 2004). Verifica-se ainda que, os idosos encaminhados para institucionalização podem apresentar sinais sugestivos de depressão; alteração do nível de consciência; alienação, despersonalização e senso de isolamento e de separação da sociedade (ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

Esses aspectos contribuem para a grande prevalência de limitações físicas e co-morbidades e, por conseguinte, acabam por repercutir na independência e na autonomia dessa população (PEREIRA et al., 2004).

Em contrapartida a organização e o funcionamento das ILPIs podem estimular a dependência física de idosos, que já apresentam inabilidade para execução de algumas atividades cotidianas. Além disso, os trabalhadores optam por auxiliar os idosos em tarefas diárias, mesmo que eles sejam capazes de executá-las sozinhos (ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

Tal atitude guarda relação com a necessidade de realizar as atividades com rapidez e a sobrecarga de trabalho, consequência do número reduzido de funcionários. Soma-se ao despreparo técnico dos profissionais, principalmente, no que diz respeito à manutenção da independência da pessoa idosa (MIGUEL; PINTO; MARCON, 2007).

Quando se impede que o idoso realize determinadas atividades da vida diária, quer seja no ambiente familiar ou institucional, não significa que ele é dependente.

Contudo, reflete o processo adaptativo, no qual o idoso é compelido a não praticar atividades consideradas pesadas, que resultaria em um maior tempo para cuidar de si (BESSA; SILVA, 2008).

Desse modo, considera-se a necessidade de estabelecer estratégias que contribuam para a manutenção da independência dos idosos pelo maior tempo possível, principalmente os institucionalizados, recomenda-se a adoção de instrumentos específicos para a sua avaliação de saúde, os quais serão descritos a seguir.

1.3 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

Os idosos compõem um grupo populacional, embora heterogêneo que tem estilos de vida próprios, rendimentos, condições sociais e, principalmente, de saúde muito diferente com inúmeras especificidades (FREITAS; MIRANDA, 2006). Requerem, assim, uma atenção diferenciada tanto pelos profissionais da área de saúde, quanto por familiares e sociedade.

Tal fato torna necessária a adoção de medidas específicas para avaliar a saúde dos idosos, que não apenas visualizem o biológico, mas que sejam capazes de identificar as peculiaridades do envelhecimento. E, uma alternativa, é a adoção do método de avaliação multidimensional que ao investigar as condições individual, funcional, cognitiva, familiar, e social é capaz de estabelecer ações que contribuam para uma velhice saudável (SANTOS et al., 2010).

É nesse contexto que surge o conceito de avaliação geriátrica ampla (AGA), como “um processo diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinar, para determinar as deficiências ou habilidades dos pontos de vista médico, psicossocial e funcional” (FREITAS; MIRANDA, 2006, p. 903). A AGA procura investigar e determinar o estado funcional, a saúde mental e o funcionamento social do idoso (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2005).

Os primeiros relatos sobre a AGA datam de 1935, quando Marjory Warren foi designada médica vice-superintendente do hospital de West Middlesex County do Reino Unido. À noite a Dra. Warren era responsável por cerca de 714 pacientes considerados como incuráveis, e que a maioria desses pacientes eram idosos. Preocupada com a situação, Dra. Warren passou a avaliar os pacientes e verificou a inexistência de diagnóstico médico e tratamento adequado (KONG, 2000).

Desde então a Dra. Warren iniciou um programa baseado em uma avaliação ampla, com definição de atividades de reabilitação. Ao final de algum tempo, vários pacientes haviam se recuperado, inclusive alguns retornaram para casa (MATHEUS, 1984). A partir do resultado de seu trabalho, Dra. Warren passou a ser considerada como uma das primeiras geriatras do Reino Unido (KONG, 2000).

Ao longo dos anos vários conceitos e parâmetros utilizados por assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, neurologistas, psicólogos entre outros foram incorporados ao exame clínico tradicional. Com isso, ao associar os métodos de diferentes profissionais, a AGA tornou-se um meio objetivo e prático de avaliar os idosos (COSTA; MONEGO, 2003).

Atualmente a avaliação pode ser realizada por meio da anamnese e do exame físico, enquanto utiliza-se para a avaliação sociofamiliar questionamentos voltados às relações do idoso com sua família e comunidade. Já para as avaliações cognitiva, afetiva e funcional devem-se utilizar instrumentos específicos (FREITAS; MIRANDA, 2006), como Miniexame do Estado Mental (MEEM), a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), e as escalas para avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2005; SANTOS et al., 2010).

Outras dimensões, como nutricional, saúde bucal também podem fazer parte da AGA, com a utilização de escalas diversas além das citadas acima.

No entanto, independente da escala que se irá utilizar, o estado funcional deve ser considerado a dimensão essencial durante a avaliação geriátrica, por abranger fatores físicos, psicológicos e sociais capazes de determinar a saúde dos idosos (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2005).

Espera-se que ao final da AGA seja possível estabelecer um planejamento adequado de atenção à saúde do idoso, baseado nas especificidades individuais, capaz de detectar precocemente déficits funcionais e cognitivos com vistas à intervenção (FERREIRA et al., 2009). Por isso, faz-se necessário a avaliação sistemática da capacidade funcional dos idosos, com intuito de promover a máxima valorização da autonomia, independência física e mental do idoso, prevenir o agravamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), contribuir para uma velhice saudável (SANTOS et al., 2010).

1.3.1 Avaliação funcional do idoso

O idoso independente de possuir uma DCNT, poderá se sentir saudável, satisfeito com a qualidade de sua vida. Entretanto, é necessário que se mantenha ativo, exercer sua função social em seu meio familiar e comunidade, desempenhar suas atividades, efetuar seus projetos e alcançar suas metas. Pois, a autonomia e a independência são potenciais que precisam ser desenvolvidos nos idosos, mesmo diante da existência de limitações (SANTOS et al., 2010).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), “funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação social” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003, p. 5). Já a capacidade refere-se ao potencial que o indivíduo apresenta para realização de suas atividades de acordo com suas limitações e do próprio ambiente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Desse modo, capacidade funcional é a habilidade de realizar atividades que permitam o indivíduo se autocuidar e viver independente (COSTA, 2009), inserindo no contexto social, determinando assim o seu grau de autonomia e autodeterminação (SANTOS et al., 2010).

A avaliação da capacidade funcional destina-se a sistematizar o modo de medir a capacidade de uma pessoa ao desempenhar atividades ou funções nas diferentes áreas de sua vida, quer seja em atividades cotidianas, interações sociais e até mesmo profissionais (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Para isso pode se utilizar diferentes instrumentos que de modo geral avaliam o desempenho do idoso na execução das atividades do cotidiano. As atividades da vida diária (AVD) podem ser classificadas como: atividades básicas da vida diária (ABVD), atividades intermediárias ou instrumentais da vida diária (AIVD) e atividades avançadas da vida diária (AAVD) (SANTOS et al., 2010).

Entende-se por AVD, àquelas relacionadas ao autocuidado (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007), enquanto que as AIVD referem-se às funções mais complexas que permitem ao indivíduo viver independentemente na sociedade (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; NERI, 2005).

Por fim, as AAVD contemplam as que não são essências para uma vida independente, mas que a sua execução demonstra a preservação da capacidade funcional, saúde física e mental, por estar relacionada às tarefas como: dirigir, praticar esportes, andar de bicicleta entre outras (NERI, 2005).

Com relação à avaliação das AVD em idosos, uma das escalas mais utilizadas é a Escala de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), ou Escala de Katz (LINO et al., 2008). Traduzida e validada no Brasil por Lino et al. (2008) (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

A escala avalia a capacidade do indivíduo em realizar seis funções básicas: tomar banho, vestir-se, transferir-se de um lugar para o outro, ir ao banheiro, manter a continência e alimentar-se. Por sua vez, cada tarefa é subdividida em três condições: independente, dependente de auxílio e totalmente dependente (LINO et al., 2008; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

De acordo com o número de incapacidade apresentada pelo idoso pode-se determinar o seu grau de dependência, que vai desde independente até as seis funções (LINO et al., 2008).

A identificação de dificuldade na execução das AVD, bem como o motivo e o tempo de aparecimento, podem auxiliar na determinação da causa da disfunção e do seu potencial de reversão (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Verifica-se que idosos que apresentam dependência para as AVD podem apresentar maior prejuízo funcional em outros sistemas (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Em estudo realizado observou-se a associação entre grau de dependência funcional e a função de MMSS e MMII prejudicada e a incontinência urinária (SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008).

Uma consequência direta dessa situação é que à medida que se aumenta a dificuldade na realização das atividades diárias, eleva-se o grau de dependência do idoso em relação ao cuidador (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Outra escala utilizada para a avaliação funcional é a de atividades instrumentais da vida diária (AIVD), proposta por Lawton e Brody em 1969. É validada para ser utilizada na população brasileira em 2008 por Santos e Virtuoso Júnior (2008).

A AIVD é uma escala mais complexa quando comparada a ABVD por apresentar tarefas mais adaptativas ou necessárias para a vida independente na sociedade moderna, tais como: utilizar o telefone, preparar refeições, fazer compras, controlar o dinheiro, arrumar a casa, utilizar medicamentos e utilizar o transporte (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; PAPALÉO NETTO; KEIN; BRITTO, 2006).

Assim como a escala de ABVD, a AIVD subdivide-se em três condições de acordo com a capacidade do indivíduo, a saber: executar a atividade sem assistência necessita de assistência para realizar a atividade, não é capaz e/ou não tem o hábito de realizar a atividade (PAPALÉO NETTO; KEIN; BRITO, 2006; SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008).

Em outro estudo realizado com idosos institucionalizados no município de Frederico Westphalen-RS obteve uma prevalência parcial tanto para as ABVD (51,6%) como para as AIVD (71%). Esses autores observaram uma tendência entre os idosos que dependentes para as AIVD, apresentarem dependência progressiva para as AVD (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009). O mesmo foi constatado em estudo realizado pelo Centro de Memória e Envelhecimento do Departamento de Neurologia de São Francisco no Estado de Chicago-EUA, o qual identificou que as mulheres idosas, com comprometimento cognitivo tem maior risco de apresentar comprometimento da ABVD e piora significativa da capacidade funcional na AIVD, quando comparadas com mulheres sem comprometimento cognitivo (JOHNSON et al., 2004).

Uma vez identificado o grau de dependência do idoso cabe à equipe multiprofissional, nesse caso específico, o enfermeiro propor ações em conjunto de promoção, proteção, reabilitação e educação em saúde, contribui assim para a manutenção da autonomia dos idosos em situação de incapacidade (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009). Além de auxiliar na prevenção de sentimentos sugestivos de depressão relacionados à condição atual de saúde, quadro frequente entre os idosos.

1.3.2 Depressão em idosos

Os transtornos depressivos tem se disseminado de maneira alarmante, resultam em sofrimento, diminuição da qualidade de vida, produtividade contribuem para a incapacitação social do indivíduo (COUTINHO et al., 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Na população idosa a depressão é considerada como a doença psiquiátrica mais frequente entre os idosos (GONÇALVES; ANDRADE, 2010).

A depressão refere-se a um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, caracterizada pela presença sintomas como: humor depressivo, perda

de interesse ou prazer em atividades antes prazerosas, energia diminuída ou fadabilidade aumentada, perda da confiança ou autoestima, sentimento de culpa aumentado, pensamento de morte ou suicídio, alteração na atividade psicomotora, indecisão ou perda de concentração, alteração do sono e alteração do apetite (SCALCO; SCALCO; MIGUEL, 2006).

Em idosos, apresentam-se de diversas formas, tanto em relação a sua causa quanto à forma de manifestação e do próprio tratamento, e, é considerada multifatorial e pode relacionar-se aos diversos fatores desde biológicos e às questões sociais (CARREIRA et al., 2010; STOOPE et al., 2007).

De acordo com estimativas da OMS cerca de 450 milhões de indivíduos apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico, sendo que 121 milhões são afetados pela depressão. Em termos globais, cerca de 2% da população mundial apresenta transtorno depressivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

No levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2008 verificou-se que a prevalência de depressão na população brasileira é de 4,1%. Contudo, especificamente no grupo etário de 60 ou mais, esse número aumentou para 9,2% dos indivíduos residentes na comunidade em geral (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009), e para percentuais entre 30 a 35% em idosos institucionalizados (STOOPE et al., 2007).

Com o processo de envelhecimento pode haver modificações do metabolismo e diminuição da concentração de neurotransmissores, como a noradrenalina e serotonina que diminuem com a idade, assim como o aumento da enzima monoaminoxidase, alterações hormonais e desincronização do ritmo circadiano (STOOPE et al., 2007).

Os estressores sociais e psicológicos como o empobrecimento financeiro, o declínio social, a perda de papéis produtivos, a solidão, a viuvez, a perda de pessoas queridas e a internação em serviços de longa permanência, também contribuem para o desencadeamento do quadro depressivo (CARREIRA et al., 2010; GUIMARÃES; CALDA, 2006).

A institucionalização aumenta o risco de o idoso desenvolver um quadro depressivo, principalmente nos primeiros meses. A transferência do lar para uma ILPI é, na maioria das vezes, uma transformação extrema do seu estilo de vida (ARAÚJO; CEOLIM, 2007; CARREIRA et al., 2010).

Embora, a ILPI busque atender às necessidades básicas dos idosos, de alimentação, higiene e repouso, na maioria das vezes, não consegue estimulá-lo a manter um padrão de atividades instrumentais, permanece, a maior parte do tempo, inativos. Tal postura faz com que os idosos se tornem introspectivos e isolados do convívio social (CARREIRA et al., 2010).

O uso de medicamentos e substâncias como betabloqueadores, benzodiazepínicos, clonidina, reserpina e metildopa também podem resultar na chamada síndrome da depressão orgânica. Nesses casos, normalmente ao suspender o medicamento, há melhora do quadro (STOOPE et al., 2007).

A presença desses fatores torna difícil e complexa a identificação e classificação dos quadros depressivos em idosos. Algumas das modificações clínicas e psicológicas apresentadas pelos idosos não são abrangidas pelas categorias diagnósticas atuais (DUARTE; REGO, 2007).

O próprio processo de envelhecimento normal suscita queixas somáticas, que no indivíduo deprimido, adquirem proporções maiores, justifica-se assim a cautela no diagnóstico da doença (TRENTINI et al., 2005).

Outro fator que dificulta o diagnóstico nos idosos são os sintomas psicóticos que podem estar associados aos quadros depressivos ou não. Existem semelhanças na sintomatologia da demência e a depressão senil (GARCIA et al., 2006). Além da probabilidade da coexistência de demência e depressão senil (GANGULI, 2009).

A depressão na velhice é também um problema de saúde pública, em virtude de sua alta prevalência e frequente associação com doenças crônicas, impacto negativo na qualidade de vida e risco de suicídio (DUARTE; REGO, 2007).

É comum identificar a presença de depressão em idosos que apresentam alterações cardiovasculares, endócrinas, neoplásica, neurológicas algicas, como a dor crônica, entre outras (SCALCO; SCALCO; MIGUEL, 2006). Nessas situações, pode ocorrer uma piora do quadro clínico e psiquiátrico do idoso diante da associação com a depressão, principalmente pela pouca aderência às orientações terapêutica.

Embora as doenças mentais não apresentem taxas elevadas de mortalidade na população em geral (GUIMARÃES; CALDAS, 2006), pode, em idade avançadas, resultar em morte precoce além de contribuir para o aumento da incapacidade ao longo dos anos (CARREIRA et al., 2010; SNOWDON, 2002). Além disso, as

particularidades do quadro depressivo nessa população resultam em desafio ao seu tratamento, assim como, oneram os sistemas de saúde em longo prazo (MÁXIMO, 2010).

Os dados acima reforçam a necessidade de uma avaliação sistemática dos idosos com intuito de contribuir para a detecção dos casos de depressão, principalmente os residentes em ILPI.

Para isso existem vários instrumentos estruturados, válidos e confiáveis, que podem ser utilizados para a investigação de sintomas depressivos. A escolha da escala dependerá de uma série de fatores tais como a precisão, consistência, facilidade de aplicação e sensibilidade para monitorar mudanças ao longo do tempo (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Um instrumento de avaliação muito utilizado no Brasil é a Escala de Depressão em Geriatria (EDG), construída por Yesavage et al. (1983). Possui uma versão longa e uma abreviada, com 30 e 15 itens respectivamente (FERRARI; DALACORTE, 2007). A escala foi validada para o uso no Brasil apresenta-se como um indicador relativamente estável do humor do entrevistado, podendo ser utilizada na prática clínica (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Em estudo realizado com objetivo de avaliar a validade e a fidedignidade da escala de depressão entre os idosos nas enfermarias clínicas de um hospital de João Pessoa-PB, a EDG-30 mostrou-se mais sensível e fidedigna para detectar casos sugestivos de depressão que a EDG-15 (SOUSA et al., 2007).

No referido estudo com idosos hospitalizados observou-se que com a aplicação da EDG-15, identificou 18(39,5%) idosos com indicativo de depressão, enquanto com a aplicação da EDG-30 verificou os mesmo sintomas em 22(47,8%) (SOUSA, et al., 2007). No entanto, as versões reduzidas, como a EDG-15, são muito atraentes na prática clínica, devido ao menor tempo para a sua aplicação. Ademais, tais escalas apresentaram também índices de especificidades e sensibilidade confiáveis durante a avaliação de idosos (ALMEIDA, ALMEIDA, 1999).

Investigação conduzida em ILPI do município de Maringá-SP verificou que dos 60 idosos avaliados, 37(61,6%) apresentavam sinais indicativos de depressão, sendo a prevalência maior em indivíduos no início da velhice (CARREIRA et al., 2010).

Outro estudo obteve maior prevalência de sintomas depressivos entre os idosos institucionalizados (54,2%) em relação aos idosos não institucionalizados (18,9%) (PLATI et al., 2006).

Independente da escala a ser utilizada, ressalta-se a importância da detecção de sintomas depressivos, com intuito de prevenir agravos ou mesmo desencadeamento de condições clínicas desfavoráveis (NEU et al., 2011). Desse modo, faz necessário que os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, mantenham-se atentos à presença de sintomas depressivos, principalmente com relação a idosos institucionalizados. Quanto mais cedo forem reconhecidos os sinais de depressão, menores serão as interferências na capacidade funcional dos idosos, bem como na sua qualidade de vida (NEU et al., 2011).

1.4 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

A cada dia a enfermagem enfrenta novos desafios. O crescente aumento no número de idosos tem imposto aos profissionais a necessidade de compreender as especificidades resultantes da senescência e senilidade. Dessa forma, é possível estabelecer um planejamento adequado da assistência de enfermagem e dos serviços que melhor atendam a promoção da saúde, a longevidade, a independência e o nível mais alto possível de funcionamento da pessoa (GONÇALVES; ALVAREZ, 2004).

A assistência de enfermagem deve promover a maximização do nível de independência do idoso para o desenvolvimento de suas atividades de vida diária, além de prevenir as doenças, promover, manter e restaurar a saúde, preservar a dignidade, o conforto e o bem estar, até que a morte (GONÇALVES; ALVAREZ, 2004).

O cuidado prestado à pessoa idosa não deve ter como objetivo apenas o prolongamento da vida, mas deve buscar a manutenção da independência e da autonomia pelo maior tempo possível (FELICIANI, 2009). Para que esse objetivo seja alcançado, faz-se necessário que o idoso receba cuidados tanto do sistema de suporte informal, caracterizado pela família, amigos, vizinho e membros da comunidade, quanto por uma rede formal, composta pelos diversos profissionais de saúde (SILVA; SANTOS, 2010). Mas, se por algum motivo, essa rede de suporte

informal falha no atendimento das necessidades do idoso, ainda se pode recorrer à ILPI.

Enquanto moradia especializada, cabe à ILPI oferecer uma assistência gerontogeriátrica voltada às necessidades dos seus residentes, e integra assim o sistema continuado de cuidado (BORN; BOECHAT, 2006; SILVA; SANTOS, 2010).

A ILPI pode atender idoso com diferentes graus de dependência, desde aqueles independentes para AVD, até os totalmente dependentes da assistência de outra pessoa para satisfazer as suas necessidades (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005). Para isso, faz-se necessário que as ILPIs tenham acesso aos serviços de uma equipe multiprofissional qualificada para o trabalho na área gerontológica. Tal equipe pode estar inserida na ILPI ou em serviços de saúde adstrito à sua área de abrangência. Assim, será possível desenvolver o trabalho direcionado às necessidades de cuidado dos idosos residentes, e proporcionar-lhes melhor qualidade de vida (SANTOS et al., 2008).

Independente do vínculo de trabalho da equipe com a instituição é importante que a mesma seja composta por: enfermeiro, técnicos de enfermagem, médico, nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, educador físico, cuidadores e responsáveis pelos serviços gerais (SILVA; SANTOS, 2010).

Enquanto membro da equipe multidisciplinar inserida na ILPI cabe ao enfermeiro desenvolver as suas atividades com o idoso por meio do processo do cuidar, respeitar os aspectos biopsicossociais e espirituais vivenciados pelos idosos (SILVA; SANTOS, 2010).

Desse modo, o enfermeiro deve prestar uma assistência integral ao idoso favorecer a compreensão das mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e facilitar as adaptações necessárias na rotina diária. Deve ainda, estimular a participação ativa do idoso no processo do cuidar, contribuir para a manutenção do bem estar e qualidade de vida, sendo a educação em saúde uma excelente ferramenta (DIOGO; DUARTE, 1999; GONÇALVES; ALVAREZ, 2006).

Outra ferramenta a ser utilizada pelo enfermeiro é a consulta de enfermagem, momento em que pode realizar a avaliação multidimensional do idoso, fundamentada nos princípios da gerontologia. Com essa avaliação, o enfermeiro constrói o diagnóstico de enfermagem do idoso e estabelece as prescrições de cuidados necessárias para satisfazer suas necessidades afetadas (GONÇALVES; ALVAREZ, 2006).

Para isso é necessário que o enfermeiro que trabalha em uma IPLI, conheça o processo de envelhecimento humano, para que possa planejar ações que realmente atendam às especificidades dos idosos e contribua para a manutenção de sua autonomia e independência (SANTOS et. al., 2008). Além de disso, cabe ao enfermeiro a organização e direção dos serviços de enfermagem da instituição em que está inserido, conforme preconizado pela Lei do exercício profissional nº 7498/86 (BRASIL, 1986). Contudo, essa ainda não é uma realidade vigente nas instituições. Em muitos casos observa-se o despreparo e a insuficiência do pessoal assim como a escassez de recursos materiais e físicos (SILVA; SANTOS, 2010).

Destaca-se que grande parcela das ILPIs permanece como um lugar desprovido de trabalhadores qualificados, caracterizada pela falta de profissionais de enfermagem, médicos entre outros. Esse fato faz com que a maior parte do trabalho continue sendo realizada por auxiliares de enfermagem, sem a supervisão do enfermeiro, e/ou cuidadores que foram ou ainda fazem parte do trabalho de limpeza da instituição (SANTOS et al., 2008).

De acordo com a vivência profissional, observa-se que a pouca qualificação profissional, em alguns casos resulta na desordem da estrutura organizacional, marcada pela insuficiente documentação da instituição, falta de planejamento das atividades e descontinuidade da assistência à saúde dos idosos.

Ao considerar essa situação faz-se necessária a implantação e manutenção do prontuário do idoso institucionalizado, assim como a respectiva implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) nas instituições (SILVA; SANTOS, 2010). Em algumas situações verifica-se a inexistência do prontuário dos internos ou, se presentes, a sua total desatualização.

O estudo observou que na maioria das vezes os dados coletados na admissão de idosos em ILPI, mostram-se insuficientes para uma análise adequada da condição de saúde e planejamento da assistência de enfermagem (RIBEIRO; MARIN, 2009). Em geral, verifica-se a inexistência de um protocolo para estruturar a assistência com qualidade e a continuidade do cuidado prestado aos idosos (RIBEIRO; MARIN, 2009).

O enfermeiro inserido em uma ILPI tem suas atribuições distribuídas em quatro grandes áreas: administrativa, assistencial, educativa e de pesquisa. E enquanto responsável pelo gerenciamento da unidade, deve estabelecer

instrumentos que garantam a qualidade e a continuidade da assistência (SANTOS, et al., 2008).

Normalmente, o enfermeiro faz uso dos seguintes instrumentos: o provimento de medicamentos e matérias, implantação e implementação do prontuário do residente da ILPI, construção do regimento interno e manual de normas e rotinas, confecção de escala de serviço e de folga, dentre outros (SANTOS et al., 2008).

A função assistencial do enfermeiro pode ser facilitada pela implantação e implementação do processo de enfermagem, a qual proporcionará o planejamento das ações de cuidado dos idosos (SANTOS et al., 2008).

Quanto às ações educativas é de responsabilidade do enfermeiro a educação em saúde dos indivíduos que estão sobre seus cuidados, quer sejam pacientes e familiares ou equipe da enfermagem.

A educação dos idosos e/ou familiares contribui para a independência no autocuidado e para uma melhor qualidade de vida. Já a educação com os trabalhadores, proporciona a atualização da equipe, facilita o desenvolvimento do grupo, contribui para a satisfação no trabalho e maior produtividade (KURCGANT, 2003).

Por fim, a função de pesquisa permite aos trabalhadores condições à melhoria de sua prática, na medida em que se descobre ou se reinventa novos caminhos para o cuidado em enfermagem (SANTOS et al., 2008).

Ao desempenhar a sua função o enfermeiro deve ter em vista a satisfação das múltiplas necessidades físicas, emocionais e espirituais dos idosos, com intuito de desenvolver atividades que contribuam para uma vida diária satisfatória, tanto como indivíduos, quanto como residentes da instituição (SANTOS et al., 2008).

Desse modo, as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro devem ser pautadas na interação das multidimensões do indivíduo, promover um viver saudável e ativo, valorizar as habilidades, condições de saúde do idoso, visar o seu contínuo desenvolvimento pessoal (GONÇALVES; ALVAREZ, 2006).

No entanto, essas ações somente serão possíveis se os administradores das ILPI reconhecerem a necessidade de terem o enfermeiro como integrante da equipe de trabalho das instituições (SANTOS et al., 2008); com o objetivo de oferecer um cuidado qualificado aos idosos, a partir do estabelecimento de ações de prevenção de doenças, e ainda a promoção da saúde, oriunda da prestação e supervisão do serviço de enfermagem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS (NHB)

Wanda de Aguiar Horta, primeira enfermeira brasileira a falar de teoria no campo profissional, embasou-se nos conceitos da Motivação Humana de Abraham Maslow para elaborar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB). Assim, propôs a assistência de enfermagem sistematizada, introduziu uma nova visão de cuidar no Brasil (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

A enfermeira Wanda Horta possuía o intuito de promover a enfermagem enquanto ciência voltada ao cuidado do ser humano. Até então, os textos técnicos de enfermagem eram direcionados ao cuidado de doenças e não do indivíduo (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008).

As NHB são definidas como “estados de tensões, conscientes ou não, resultantes de desequilíbrio homeodinâmico dos fenômenos vitais” (HORTA, 1979, p. 39).

Embora a teoria das NHB tenha sido fundamentada na proposta de Maslow, na enfermagem prefere-se utilizar a denominação estabelecida por João Mohana. Para o referido autor, as NHB são nomeadas em: necessidades de nível psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual, expostas a seguir (HORTA, 1979).

Para que as necessidades psicobiológicas possam ser descritas como “forças, instintos ou energias inconscientes que brotam sem planejamento prévio, do nível psicobiológico do homem, e se manifestam, por exemplo, na tendência de se alimentar, de se encontrar sexualmente” (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008, p. 412). As necessidades psicossociais são entendidas como “manifestações que ocorrem por meio de instintos do nível psicossocial, como a tendência de conversar, de conviver socialmente, de se afirmar perante si ou de se valer perante os outros” (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008, p. 412). As necessidades psicobiológicas e psicossociais são comuns a todos os seres vivos. Ao contrário da necessidade psicoespiritual considerada como característica única do ser humano (HORTA, 1979), advinda da sua necessidade em “interpretar o que se vivencia de inexplicável cientificamente, transcende e ultrapassa as linhas que limitam sua experiência neste mundo” (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008, p. 412).

Destaca-se que todas as necessidades estão inter-relacionadas e fazem parte de um todo, o ser humano (HORTA, 1979).

O quadro 1 a seguir ilustra os níveis das NHB abordadas por Wanda Horta e suas respectivas subcategorias.

Quadro 1 - Classificação das NHB segundo Horta (1979).

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
Oxigenação Hidratação Nutrição Eliminação Sono e repouso Exercícios e atividades físicas Abrigo Mecânica corporal Motilidade Cuidado corporal Integridade cutânea Mucosa Integridade física Regulação: térmica hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrólita, imunológica, crescimento celular, vascular Locomoção Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa dolorosa Ambiente Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem Gregária Recreação Lazer Espaço Orientação Aceitação Autorrealização Autoimagem Autoestima Participação Atenção	Religião ou teológica Ética ou filosofia de vida

Fonte: Horta (1979)

De acordo com a teoria das NHB a enfermeira para atender às necessidades de cuidado do ser humano deve planejar ações de enfermagem embasadas na sua percepção e análise de comportamento humano, frente a uma situação ou condição específica (GONÇALVES, 2008).

Especificamente no caso do idoso essa teoria atende as suas necessidades, uma vez que, o identifica como um ser humano único que precisa ter suas necessidades básicas da vida diária atendida de acordo com as suas expectativas. Não basta satisfazer os desejos do idoso é preciso que respeite o seu estilo de vida considerando o contexto familiar ou da comunidade ao redor (GONÇALVES, 2008).

Desse modo, o modelo conceitual de Wanda Horta na determinação de suas subcategorias permite a associação com os pontos-chaves da AGA, uma vez que busca identificar as necessidades humanas básicas dos idosos quer seja a nível biológico, quer seja social ou mesmo espiritual.

No atendimento ao idoso, principalmente residente na ILPI, observa-se que o aspecto psicobiológico é muito valorizado pelo próprio idoso, por acreditar que a sua saúde está fortemente associada à capacidade de desempenhar atividades diárias. Em segundo plano identificar-se-á às questões psicossociais e em último será abordado de modo muito sutil, as questões psicoespirituais.

Nesse estudo utilizou-se a classificação das Necessidades Humanas Básicas (NHB) adotadas por Wanda Horta de Aguiar como estrutura de levantamento dos dados objetivos e subjetivos dos idosos residentes nas ILPI em associação a instrumentos específicos para as avaliações cognitiva, afetiva e funcional como o MEEM, a EDG, e as escalas para avaliação das ABVD e as AIVD.

O instrumento de coleta de dados, para idosos residentes em ILPI, foi elaborado a partir da teoria das NHB de Wanda Horta de Aguiar (1979) associado aos princípios da avaliação geriátrica ampla (AGA).

A coleta de dados na ILPI faz parte das atribuições do enfermeiro e deve ocorrer no momento da admissão do idoso e durante as avaliações subsequentes durante o período de permanência do mesmo na instituição.

As informações contidas no instrumento foram selecionadas de acordo com os fenômenos de interesse particular para a enfermagem (CYRILLO, 2005) frente às respostas dos idosos enquanto inseridos no ambiente da ILPI. De modo que ao término da avaliação do idoso fosse possível elencar informações técnicas, científicas e culturais entre outras (CYRILLO, 2005) sustentadas nos princípios teóricos do envelhecimento.

Para isso, o instrumento compunha-se de dados sociodemográficos com o intuito de caracterizar a população, seguido pelos antecedentes pessoais, referentes aos problemas de saúde dos idosos, quer sejam os atuais e anteriores a institucionalização, hábitos de vida, relacionado à presença de vícios. Posteriormente organizou as especificidades do exame físico dos idosos de acordo com as necessidades psicobiológicas; psicossociais e psicoespirituais.

A aplicação desse instrumento trará ao enfermeiro os subsídios necessários à orientação do idoso, equipe de enfermagem e cuidadores, bem como a família sobre a prevenção do risco, tratamento das necessidades afetadas e redução das dificuldades que já estiverem instaladas (PORTO; NÓBREGA, 2008).

3 OBJETIVOS

- Caracterizar os idosos segundo as variáveis; sexo, idade, cor da pele, religião, escolaridade, estado conjugal, renda, fonte de renda, procedência, causas de institucionalização e tempo de permanência.
- Descrever as condições de saúde dos idosos segundo a Teoria das Necessidades Básicas.
- Verificar a associação entre número de sintomas depressivos e as variáveis: sexo, idade, tempo de institucionalização, número de medicamentos, número de AVDs com incapacidades funcionais, dor, número de morbidade e declínio cognitivo.
- Verificar a associação entre o número AVDs com incapacidades funcionais e as variáveis: sexo, idade, tempo de institucionalização, número de medicamentos, dor, número de morbidade e declínio cognitivo.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo analítico observacional, transversal, com abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em ILPIs localizadas no município de Uberaba, região do Triângulo Mineiro, Estado de Minas Gerais.

A cidade possui 8 ILPIs registradas na Secretaria de Desenvolvimento e Educação (SEDS) do município, responsáveis por abrigar 260 idosos, conforme dados disponibilizados em janeiro de 2011. As instituições são: Asilo Santo Antônio, Asilo São Vicente de Paula, Lar de Acolhimento ao idoso, Lição de Vida, Asilo André Luiz, Lar Pedro e Paulo, Lar Esperança, Lar Cantinho da Paz e Lar Inês.

As ILPIs, em sua maioria, são entidades civis de caráter filantrópico, sem fins lucrativos com personalidade jurídica própria. A finalidade das ILPIs é atender ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social (LAR DE ACOLHIMENTO AO IDOSO LIÇÃO DE VIDA, 2001).

4.3 POPULAÇÃO

Participaram do estudo, idosos residentes em ILPI do município de Uberaba. Os critérios de inclusão foram: possuir idade igual ou superior a 60 anos, residir em ILPI do município e consentir em participar da pesquisa.

O cálculo do tamanho amostral partiu dos resultados de um estudo piloto, considerou-se a magnitude do coeficiente de correlação entre o número de sintomas depressivos e a capacidade funcional para as AIVDs avaliada pela escala de Lawton (Anexo A). Considerou-se a magnitude do coeficiente de correlação $r = 0,4$, para um poder estatístico de 90 %, um nível de significância $\alpha = 0,01$, o tamanho amostral mínimo calculado foi de 86. No entanto, tendo em vista uma possível perda de amostragem de 20%, foram sorteados da grade 108 idosos.

Da amostra foi necessária a substituição de 7 idosos devido a: 2 recusarem em participar da pesquisa; 3 faleceram e a 2 estarem hospitalizados no momento da coleta de dados. Portanto, participaram da pesquisa 86 idosos distribuídos nas ILPI, conforme quadro 2.

Quadro 2 - Quantidade de idosos residentes em ILPI.

	Instituição de Longa Permanência para idosos	Total de Idosos	Amostra
1	Asilo Santo Antônio	58	12
2	Asilo São Vicente de Paula	54	20
3	Lar Lição de Vida	34	18
4	Asilo André Luiz	29	10
5	Lar Pedro e Paulo	16	3
6	Lar Esperança	25	8
7	Lar Cantinho da Paz	12	6
8	Lar Inês	32	9
	Total	260	86

Fonte: Dados fornecidos pelas ILPIs de Uberaba (2011).

4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, inicialmente, elaborou-se o instrumento de avaliação segundo as NHB, proposta por Wanda Horta de Aguiar, dos idosos e procedeu-se a validação do instrumento. Posteriormente, realizou-se o pré-teste e, finalmente, a coleta dos dados propriamente dita.

4.4.1 Elaboração e validação do instrumento de coleta de dados

Foi realizada a revisão da literatura sobre a temática: avaliação do estado de saúde de idosos residentes em ILPI e da teoria das NHB. Após leitura exhaustiva do material foi elaborado o instrumento de coleta de dados que contemplou os itens necessários à avaliação do idoso segundo o referencial teórico das NHB proposto por Wanda de Aguiar Horta (1979). Agregaram-se em cada NHB os elementos necessários à caracterização do estado de saúde dos idosos institucionalizados, conforme preconizado na AGA.

O instrumento foi elaborado no formato check list, de acordo com a rotina do enfermeiro inserido na ILPI, com o intuito de servir de guia de orientação e diminuir o tempo gasto para o registro dos dados.

Para validação do instrumento submeteram-se à avaliação de três enfermeiros peritos na temática, objetivou-se verificar a sua capacidade para identificação das necessidades de saúde dos idosos residentes em ILPI.

O instrumento foi enviado a cada avaliador juntamente com um roteiro norteador de avaliação. Tal roteiro foi composto pelas seguintes perguntas: Os itens agrupados em cada necessidade são capazes de expressar as alterações das NHB? Os termos (itens) descritos estão adequados para avaliar os critérios dentro de cada NHB? Há itens repetidos nas diferentes NHB? Há sugestão de inclusão de algum item nas diferentes NHB? Qual a sua opinião quanto à forma de apresentação? É necessário realizar alguma modificação do instrumento? Se sim, qual? Observações.

Os juízes consideraram que embora extenso o instrumento contemplava as necessidades dos idosos, foi sugerida a alteração de alguns termos técnicos para facilitar a compreensão. Foram aceitas as sugestões e alterados os termos, ou seja, doença atual para morbididades e etnia para cor da pele.

A seguir, descrevem-se os itens pertencentes ao instrumento (Apêndice A) utilizado para a avaliação dos idosos.

- **Dados sociodemográficos:** foram investigadas as questões sociodemográficas a partir das variáveis: sexo; idade; cor da pele; religião; escolaridade em anos de estudo; estado conjugal; renda, fonte e procedência. Além destas variáveis foram acrescentados motivo de admissão e data.
 - **Antecedentes pessoais relacionados aos problemas de saúde:** morbididades, imunizações, o uso de medicamentos e internações no último ano.
 - **Hábitos de vida:** tabagismo e etilismo. Destaca-se que, baseado nas NHB, a avaliação dos hábitos alimentares, prática de atividade física, sono e repouso, foi realizada nas subcategorias específicas das necessidades psicobiológicas.
- **NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS**
- **Oxigenação/respiração:** procedeu-se à identificação de sinais e sintomas como: congestão nasal, coriza, tosse seca, obstrução nasal, tosse produtiva e

expectoração, dor torácica, utilização de oxigenoterapia e presença de traqueostomia. Na inspeção estática identificou o formato do tórax e a presença de cianose. Na inspeção dinâmica do tórax observou a frequência, o padrão respiratório e a expansibilidade torácica. Considerou-se frequência respiratória normal em idosos de 12 a 22 incursões por minuto (BETTENCOURT et al., 2009). Quanto à ausculta respiratória considerou a presença dos seguintes sons: murmúrio vesicular, sibilos, roncos e estertores (TARANTINO, 2009).

- **Circulação:** avaliou-se a pressão arterial, os pulsos, a ausculta cardíaca, a presença de edemas e varizes, assim como a rede ganglionar.

A pressão arterial foi aferida duas vezes, a primeira com o idoso em decúbito dorsal, determinado o nível pressórico do momento, e, a segunda com o idoso sentado. Após comparou-se os valores para verificar a existência de alteração dos valores da pressão arterial.

Como referência para detecção dos valores da PA, utilizou-se classificação apresentada no quadro 3, a seguir; conforme preconizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010).

Quadro 3 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação da PA	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica Isolada	≥140	<90

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010).

Considerou-se hipotensão postural “a diminuição de 20 mmHg ou mais na PA sistólica e 10 mmHg ou mais na diastólica, quando da alternância entre a posição supina para ereta” (PAIXÃO JÚNIOR; HECKMAN, 2006, p. 459).

Quanto à frequência cardíaca foram considerados, dentro dos padrões de normalidade, os valores entre 60 a 100 batimentos por minuto (bpm) (PORTO et al., 2009).

Na ausculta cardíaca avaliou-se a frequência cardíaca, o ritmo e a presença de sopro. Consideraram-se como valores de referência de 60 a 100 batimentos por minuto (bpm) (PORTO et al., 2009). Associou-se à ausculta cardíaca com relatos anteriores em prontuários de presença ou ausência de sopros.

- **Termorregulação:** avaliou-se a temperatura axilar dos idosos. Utilizaram-se os valores de referência de normalidade para a população adulta, conforme pode ser visto no quadro 4, a seguir.

Quadro 4 - Valores de referência para classificação da temperatura.

Valor de referência	Classificação semiológica da temperatura
Temperatura normal	35,5 a 37°C
Estado febril	37,1° a 37,5
Febre moderada	37,6 a 38,5°C
Febre alta	> 38,6°C

Fonte: Potter e Perry (2005).

- **Percepção sensorial:** avaliou o estado cognitivo, acuidade visual, olfativa e auditiva e a percepção dolorosa. Ressalta-se que a acuidade gustativa foi avaliada na subcategoria, nutrição e hidratação.

Para a avaliação cognitiva utilizou-se o instrumento MEEM elaborado por Folstein; Folstein e High (1975), adaptado e validado no Brasil por Bertolucci et al. (1994) (Anexo B). O instrumento destina-se à avaliação da função cognitiva e o rastreamento de quadros demências (ALMEIDA, 1998). Adota como critérios de avaliação a orientação temporal e espacial, atenção e cálculo simples, memória imediata de evocação e linguagem. Os escores variam de 0 a 30 pontos, e o diagnóstico de declínio cognitivo relacionado ao nível de escolaridade: ≤13 para analfabetos, ≤18 para 1 a 11 anos de estudo e ≤26 para mais de 11 anos de estudo (BERTOLUCCI et al., 1994).

Com relação à avaliação da percepção dolorosa foi utilizada a escala de Faces Revisada, traduzida e adaptada no Brasil por Silva e Thuler (2008) (Anexo C). Optou-se por essa escala com o intuito de facilitar a compreensão dos idosos. Além

do mais, essa escala tem mostrado como alternativa fidedigna para avaliar a intensidade de dor em pacientes com baixo nível educacional, sem ou com alterações cognitivas leves (ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006). A escala é composta por seis faces alinhadas, com uma neutra e as outras cinco correspondendo à sensação de dor crescente, e varia de zero, considerado sem dor, e dez, e significa a dor máxima (SILVA; THULER, 2008).

Já em relação à acuidade visual não foi realizado teste específico, pesquisou-se a mobilidade ocular e questionou-se sobre queixas visuais. Assim as respostas do estudo retrataram a presença de queixas quanto à percepção visual.

Quanto à acuidade auditiva considerou-se o teste de sussurro validado em relação à audiometria por Lachs et al. (1990). Com isso, o examinador permanece a uma distância de 30 centímetros, fora do campo visual do idoso, e sussurra uma frase simples, curta em cada ouvido, por exemplo: qual o seu nome? Verifica-se se o idoso compreendeu o que lhe foi dito, ao responder a pergunta (LACHS et al., 1990). Em relação à surdez considerou-se que os idosos que apresentavam diagnóstico prévio em prontuário.

- **Integridade tecidual:** realizou o exame semiológico da pele e seus anexos (fâneros e unhas) e musculatura.
- **Nutrição/hidratação:** foram avaliadas as medidas antropométricas, ingestão alimentar e hídrica; alterações alimentares, acuidade gustativa e cavidade oral, orofaringe e deglutição.

Para a avaliação da estatura em idosos, que apresentavam dificuldade de se manter em pé, utilizou-se a forma proposta por Chumlea, Roche e Steinbaugh (1985), conforme apresentada no quadro 5.

Quadro 5 - Equação para estimar a altura

Homem: $[2,02 \times \text{comprimento da perna}] - [0,04 \times \text{idade}] + 64,19$
Mulher: $[1,83 \times \text{comprimento da perna}] - [0,24 \times \text{idade}] + 84,88$

Fonte: Chumlea, Roche e Steinbaugh (1985).

Ressalta-se que foi utilizada a balança digital BODY FAT SCALE WS 100 da marca MICROLIFEPARA[®], para aferir peso dos idosos, e fita métrica de 1,50

metros, graduada de 0,5 em 0,5 centímetros, não distensível, embora flexível para aferir a altura.

Como indicador de variações do peso, de acordo com a altura, foi utilizado o índice de massa corporal (IMC) dos idosos ou índice de Quelet (PORTO; BRANCO; PINHO, 2009). Para a classificação foram utilizados os valores de referência preconizados por Lipschitz (1994), conforme pode ser visto, no quadro 6, a seguir:

Quadro 6 - Valores de IMC de referência para a população idosa.

Classificação	Valores de referência para IMC em idosos
Baixo peso	$IMC \leq 22 \text{ kg/m}^2$
Eutrófico	$22 < IMC \leq 27 \text{ kg/m}^2$
Sobrepeso	$> 27 \text{ kg/m}^2$

Fonte: Lipschitz (1994)

A medida da circunferência abdominal foi tomada logo acima da crista ilíaca, considerando como valores de referência normais, conforme descrito no quadro 7, a seguir:

Quadro 7 - Classificação e risco de complicações metabólicas associadas à circunferência abdominal segundo sexo.

	Sem risco	Risco moderado	Alto risco
Homem	< 94 cm	94 a 102 cm	> 102 cm
Mulher	< 80 cm	80 a 88 cm	≥ 88 cm

Fonte: World Health Organization (1998).

- **Eliminação:** identificaram as necessidades de eliminação urinária e intestinal e avaliou-se o abdome. Foram considerados dentro da normalidade, os ruídos hidroaéreos (RHA) com frequência de 5 a 35 ruídos por minuto (LELIS; CESARETTI; GRANITO, 2010).
- **Sono e repouso:** investigou-se sobre horas diárias de sono, satisfação, queixas sobre o padrão de sono e fatores que podem interferir na qualidade de sono e repouso.
- **Atividade física e mobilidade:** foram avaliadas as estruturas relacionadas aos órgãos do aparelho locomotor (pescoço, coluna, MMSS, MMII), locomoção, padrão de marcha, desempenho nas ABVD e equilíbrio.

Utilizou-se o Índice de Katz para avaliar ABVD (Anexo D). O idoso pode ser classificado para cada atividade como independente, parcialmente dependente ou

dependente (LINO et al., 2008). Ao término da avaliação o idoso é classificado de acordo com o número de dependência, conforme apresentado no quadro 8, a seguir:

Quadro 8 - Interpretação dos resultados obtidos com a aplicação do índice de Katz.

Índice de Katz	
0	Independente em todas as seis funções
1	Independente em cinco funções e dependente em uma função
2	Independente em quatro funções e dependente em duas
3	Independente em três funções e dependente em três
4	Independente em duas funções e dependente em quatro
5	Independente em uma função e dependente em cinco funções
6	Dependente em todas as seis funções

Fonte: (LINO et al., 2008)

Em relação à avaliação dos MMSS identificou a sua mobilidade, bem como a força e a funcionalidade das mãos.

Para avaliar a força de preensão solicitou-se ao idoso que apertasse a mão do avaliador, comparou-se a força de uma mão com a outra (FRAZÃO; TASHIRO, FUKUZA, 2010). Quanto à avaliação funcional das mãos, pediu-se ao idoso que segurasse uma caneta ou levantasse uma xícara, e foi descrita a capacidade do idoso em realizar essa atividade (CUNHA; VALLE; MELO, 2006).

Quanto aos membros inferiores foi verificada a força muscular conforme escala proposta por Rossi e Mistrorigo, descrita no quadro 9 a seguir:

Quadro 9 - Escala de avaliação da força muscular de Rossi e Mistrorigo

Classificação		Descrição
Grau 5	Normal ou 100%	Movimento articular completo possui força suficiente para vencer a gravidade e grande resistência aplicada
Grau 4	Bom ou 75%	Movimento é completo com força suficiente para vencer a gravidade e alguma resistência aplicada
Grau 3	Regular ou 50%	Movimento é completo e sua força é suficiente apenas para vencer a gravidade
Grau 2	Pobre ou 25%	Movimento é completo, mas só produz movimento se não houver ação da gravidade
Grau 1	Traços ou 10%	Não há evidência de pequenas contrações, contudo não acionando articulação
Grau 0	Zero ou 0%	Não há evidência de contração muscular

Fonte: (GANONG, 1993)

Em relação à pesquisa de equilíbrio utilizou-se o sinal de Romberg. Considerou-se como sinal positivo o idoso que apresentou oscilações corpóreas, com risco, inclusive para quedas. O sinal de Romberg foi considerado como sensibilizado ao identificar manobras especiais para sustentar o equilíbrio, como,

colocar os pés na frente um do outro ou se apoiar num pé só (GUIMARÃES; COSTA; PORTO, 2009).

- **Higiene:** questionou-se ao idoso sobre o tipo de banho e a sua necessidade de auxílio.
- **Regulação hormonal:** avaliou-se apenas a tireóide.
- **Sexualidade:** questionou-se sobre a atividade sexual e rotina de exames preventivos da saúde da mulher: Papanicolau e mamografia. Avaliou-se a genitália tanto feminina, quanto masculina.
- **Necessidades psicossociais:** avaliou-se as necessidades dos idosos relacionadas à segurança, comunicação, interação social, capacidade funcional em relação às AIVD, atividades de lazer e recreação e indicativo de depressão.

Em as AIVD foi utilizada a Escala de Lawton e Brody. A pontuação da escala é estabelecida de acordo com a capacidade do idoso de realizar determinada atividade. Se independente, o idoso recebe 3 pontos, se precisar de ajuda 2 pontos e se dependente 1 ponto (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). O resultado do teste foi apresentado de acordo com as atividades que os idosos não conseguiam realizar.

Com relação ao rastreio indicativo de depressão foi utilizada a EDG abreviada, versão reduzida, proposta por Yesavage et al. (1983) (Anexo E). A escala apresenta 15 perguntas cujas respostas podem ser negativas ou afirmativas. Os escores superiores a cinco são considerados como sugestivos de depressão (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

- **Necessidades psicoespirituais:** questionou-se sobre a prática religiosa, bem como a sua satisfação.

4.4.2 Teste piloto do instrumento de coleta de dados

Foi realizado um teste piloto pela pesquisadora com o intuito de: identificar a melhor estratégia de aplicação do instrumento, verificar a sua adequação às especificidades da população e aos objetivos propostos, verificar o tempo gasto para a avaliação dos idosos e assim promover as modificações necessárias. Foi aplicado o instrumento em 15 idosos que, posteriormente, foram excluídos da coleta de dados.

4.4.3 Coleta dos dados propriamente dita

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por uma enfermeira com experiência no cuidado a idosos institucionalizados. Essa enfermeira foi previamente treinada e orientada pela pesquisadora, com a realização de reuniões sistemáticas durante o período de coleta.

Os dados foram coletados nas ILPI, do município de Uberaba (MG), no período de junho a setembro de 2011, tanto no período matutino quanto vespertino.

O exame clínico dos idosos foi conduzido em local reservado da instituição como: consultório médico, de enfermagem ou próprio quarto do idoso. Teve-se o cuidado de ter no ambiente: um leito, uma cadeira e espaço para o idoso caminhar 10 passos. As avaliações duraram em média 60 minutos, sendo todas revisadas pelo pesquisador e no caso de informações faltantes, retornou-se a instituição.

Além do exame clínico, utilizou-se o prontuário para a coleta dos dados: de identificação do idoso, tempo de institucionalização, diagnóstico médico, medicamentos utilizados e registro de vacinas.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

- **Sociodemográficas:** sexo (masculino, feminino); faixa etária (60 | 70, 70 | 80, 80 ou mais); cor da pele (branco, negro, pardo); religião (católico, espírita, evangélico, não possui); escolaridade (em anos sem repetir mesma série); estado conjugal (nunca se casou ou morou com companheiro, morou com esposo(a) ou companheiro (a), viúvo, separado, desquitado ou divorciado); renda (1, 1 a 3; 3 a 5 salários); fonte de renda

(aposentadoria, pensão, sem rendimento, outra); tempo de permanência na instituição (≤ 1 ; 2 | - | 5; 6 | - | 10, ≥ 11 anos); procedência, motivo de admissão (morar só, não possuir família, dificuldade de conviver com familiares, adoecimento, outros) tempo de institucionalização (≤ 1 ano, 2 a 5 anos, 6 a 10 anos, ≥ 11 anos).

- **Antecedentes pessoais relacionados aos problemas de saúde:** morbidades (número de morbidades, hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatia, hipotireoidismo, Alzheimer, problema de visão, depressão, ansiedade, transtorno psiquiátrico, labirintite, acidente vascular encefálico, osteoporose, insuficiência venosa, problema de coluna, artrite, outros); imunizações (vacina contra influenza, pneumonia, febre amarela, difteria e tétano); medicamentos em uso (número de medicamentos, anti-hipertensivo, hipoglicemiante, antiarrítmico, antiagregante plaquetário, psicotrópico-ansiolítico, antiepilético, antipsicótico, antidepressivo, laxantes, protetor gástrico, outros); internações no último ano (número, causas: acidente vascular encefálico, diarreia, infecção do trato urinário).
- **Hábitos de vida:** tabagismo (sim, não, cigarros/dia, tempo); ex-fumante (sim, não, cigarros/dia, tempo, tempo que parou); etilismo (sim, não, frequência, tempo, tipo de bebida).

▪ **NECESSIDADES PSICOBiológicas**

- **Oxigenação** (congestão nasal, coriza, tosse seca, obstrução nasal); tosse produtiva (sim, não) expectoração (sim, não); dor torácica (sim, não); oxigenoterapia (sim, não); tipo (cateter tipo óculos, máscara facial, outros); traqueostomia (sim, não); inspeção estática do tórax (atípico, em tonel, cariniforme, em sino); frequência respiratória (número de incursões por minuto); classificação da frequência (eupneica, taquipneia, bradipneia, ortopneia); expansibilidade (preservada, diminuída bilateralmente, unilateralmente); tipo respiratório (torácica, abdominal, tóraco-abdominal); uso de musculatura acessória (sim, não); ausculta (murmúrio vesicular, estertores, estertores, roncos).
- **Circulação:** hipertensão (sim, não); hipotensão (sim, não); frequência da ausculta cardíaca (número de batimentos por minuto); ritmo da ausculta

(rítmica, arrítmica); bulhas (normofonéticas, hipofonéticas, hiperfonéticas); sopro (sim, não); pulso (número de pulsações por minuto); ritmo do pulso (regular, irregular); tamanho (filiforme, moderado, amplo) edema (sim, não); localização (MIE, MID, MSE, MSD, fácie); intensidade (1+/4+, 2+/4+, 3+/4+, 4+/4+); consistência (duro, mole); elasticidade (elástico, inelástico); sensibilidade (dolor, indolor); temperatura da pele próxima ao edema (normal, diminuída, aumentada); alterações da pele próxima ao edema (ausente, hiperemia, cianose, icterícia, lesão); varizes (sim, não).

- **Termorregulação:** temperatura axilar (°C); classificação: (normotérmico, hipotérmico, febril).
- **Percepção sensorial:** indicativo de declínio cognitivo (sim, não); pálpebras (sem alteração, edema palpebral, ptose palpebral); cílios (sem alteração, madarose parcial, madarose difusa, madarose total); globos oculares (sem alteração, exoftalmia, enoftalmia); conjuntivas (normocorada, hipocorada, icterícia úmida); esclera (branca, hiperemiada); pupilas (isocóricas, anisocóricas, fotorreagentes); acuidade visual (preservada, diminuída, ausente); uso de lentes corretivas (sim, não); pavilhão auricular (sem alteração, cerume, secreções); acuidade auditiva (normal, diminuída, surdez, uso de prótese auditiva); nariz (sem anormalidade, desvio de septo, lesões, outros); acuidade olfativa (distingue odores, acuidade diminuída); dor (sim, não); características da dor (queimação; latejante; pontada; cansativa, outros); intensidade (sem dor, intensidade 2, 4, 6, 8, 10) fatores de alívio (sim, não).
- **Integridade tecidual:** coloração (normocorada, hipocorada, hiperemia); turgor (normal, diminuído); elasticidade (normal, diminuída, aumentada); umidade (normal, sudorenta, seca); espessura (normal, atrófica, hipertrófica); lesões (sim, não); localização (face, tórax, MMSS, MMII); tipo de lesão (mancha senil, manchas, equimose, hematoma, vesícula); úlcera por pressão (sim, não); localização da úlcera (trocanter D e E, sacral, maléolo D e E, pé D e E); unhas (sem alteração, pálida, espessas, deformadas, hiperqueratose subungueal, quebradiças); couro cabeludo (sem alteração, descamação, lesões, outros); cabelos (embranquecidos, coloração artificial, calvície, quebradiços); trofismo (normal, hipertrófica, hipotrófica); tônus (normal, espática, flácida).

- **Nutrição/hidratação:** peso atual (em kg); altura (m); IMC (kg/m², baixo peso, eutrofia, sobrepeso); circunferência abdominal (sem risco, risco moderado, alto risco); alimentação (normal, inapetência, anorexia, aversão a comida, pirose, dispepsia, náuseas, outros); vômito (sim, não); refeições (número, desjejum, colazione, almoço, lanche, jantar ceia); ingestão hídrica (número de copos/dia); lábios (sem alteração, comissura labial, edema, fissura, ulcerações, desvio da rima); gengiva (sem alteração, lesões); mucosa oral (normocorada, hiperemiada, úmida, seca, lesões); dentes (preservados, falhas dentárias, mal conservados, amolecidos, ausentes); prótese dentária (sim, não); tipo de prótese (total, parcial superior, parcial inferior); estado de conservação (conservada, desajustada, gasta); língua (normal, saburrosa, lisa, seca); higiene oral (precária, halitose, sialorréia); acuidade gustativa (distingue sabor, xerostomia, não perceber sabor).
- **Eliminação:** queixa urinária (hesitação, retenção, urgência, perda involuntária observada de pequenos volumes, perda de urina antes de alcançar o banheiro, incontinência urinária); uso de sonda ou cateter (sim, não); frequência intestinal (diária, 2 vezes ao dia, dias alternados, incapacidade de eliminar fezes, outros); reto e anus (sem alteração, prolapso retal, úlcera retal, hemorroidas, nódulos, presença de fezes, fissuras, presença de sangue, presença de muco); abdome (plano, globoso, escavado, em avental); cicatriz cirúrgica (sim, não); localização (flanco D e E, inguinal D e E, epigástrica, hipogástrica, mesogástrica); frequência de RHA (número de ruídos); percussão (timpânico, maciço, submaciço); localização (flanco D e E, inguinal D e E, epigástrica, hipogástrica, mesogástrica), dor palpação (sim, não); localização (flanco D e E, inguinal D e E, epigástrica, hipogástrica, mesogástrica).
- **Sono/repouso:** horas diárias de sono ininterrupto (h); satisfação (sim, não); queixas (dificuldade para adormecer; adormece, acorda e não dorme mais, acorda cedo demais, sonolento, dificuldade permanecer dormindo, não sente descansado após o sono, fica acordado, bocejos); fatores que interferem na qualidade do sono e repouso (iluminação, falta de privacidade, ruído, temperatura do ambiente, pesadelos, dor, outros).
- **Atividade física e mobilidade:** ABVD (banho, vestir, banheiro, transferência, continência); coluna (cifose, lordose, escoliose); mobilidade

do MMSS (movimentação preservada, diminuída, ausente); coluna (cifose, lordose, escoliose, cifose e escoliose, lordose e escoliose, sem alteração) mãos (sem alteração, contratura em flexão das mãos, edema, dor, tremor); teste de força de preensão mão E e D (preservada, diminuída, ausente); MMII (arqueamento, rotação lateral, amputação); joelho (normal, crepitação; genu valgum; genu varus); teste de força dos MID e MIE (grau 0, grau 1, grau 2, grau 3, grau 4, grau 5); pés (cavo, plano, hálux valgus, dedo em martelo, nódulos, calosidades); locomoção (deambula sem apoio, deambula com apoio, acamado, cadeirante); apoio (bengala, andador, muleta; pessoa); marcha (sem alteração, andar cauteloso, hemiparética, outros); prática atividade física (sim, não); atividade (caminhada, dança, musculação, natação/hidroginástica, outros); sinal de Romberg (positivo, sensibilizado, sem alteração).

- **Higiene:** banho (asperção, leito); necessidade de auxílio (sim, não); qual (pegar utensílios, lavar partes do corpo, totalmente dependente).
- **Regulação hormonal:** tireóide (palpável, não-palpável); característica (tamanho, localização, pele proximal, mobilidade).
- **Sexualidade:** atividade sexual (sim, não); condição atual (satisfatória, regular, insatisfatória); alteração percebida na excitação sexual (não, diminuição do desejo sexual, limitação imposta pela doença, dispauremia); data do último exame de mamografia (mês atual, 6 meses, 1 ano, 2 anos, nunca fez, não sabe informar); forma (globosa, periforme, discóide ou plana, pendente); mamilo (protuso, semi-protuso, invertido, pseudo-invertido, hipertrófico); nódulos (sim, não); local (quadrante superior D, inferior D, superior E, superior D); característica (tamanho, consistência; forma; mobilidade); papanicolau (mês atual, 6 meses, 1 ano, 2 anos, nunca fez, não sabe informar); genitália feminina (sem alteração, cistocele, prolapso uterino, lesões do períneo, cicatrizes de partos ou cirúrgicas, prurido); higiene feminina (preservada, precária); pênis (sem alteração, lesões, edema, nódulos); glande (sem alteração, lesões, edema, secreções); escroto (sem alteração, edema, lesões, cisto); higiene (preservada, precária); ginecomastia (sim, não).

▪ **NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

- **Segurança:** (ansiedade, medo, calma, agressividade, aflições, retraído, incapacidade, desamparo, irritabilidade, apatia, passividade); comunicação (sem alteração, verbalização diminuída, ausência de contato visual, afasia, dislalia, disartria, não fala, verbalização imprópria); interação social (boa interação, resposta diminuída, não se comunica com os outros, permanece sozinho, não participa de atividades); recebe visitas (sim, não); quem (filhos, amigos, irmãos, outros); frequência (diária, semanalmente, mensal, raramente); AIVD (uso de telefone, viagens, realizar compras, refeições, trabalho doméstico, uso de medicamentos, manipulação de dinheiro); indicativo de depressão (sim, não); lazer recreação (jogos, jornal/novela, rádio, jornal/revista, filme na televisão, não possui atividade de lazer, passeios, outros).

▪ **NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**

- **Prática religiosa** (sim, não); qual (ir à missa ao templo religioso, orar, outros); deseja participar de alguma prática religiosa (sim, não); qual (ir a missa ao templo religioso, orar, fazer visitas, outros).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foi elaborado um banco de dados em planilha eletrônica do programa Excel[®] para armazenamento dos dados coletados que foram digitados por duas pessoas, com dupla entrada. Posteriormente verificou-se a consistência dos dados entre as duas bases, que na presença de divergências retornou a entrevista original para as devidas correções.

Após, os dados foram transportados para o programa estatístico “Statiscal Package for Social Sciences” (SPSS) versão 17.0, para proceder à análise.

As variáveis idade e anos de estudo foram recategorizadas em faixa etária (60 | 70, 70 | 80, 80 ou mais) e escolaridade (analfabeto, 1 | 5, 5 | 8, 8 anos ou mais).

Para responder o primeiro e o segundo objetivos, foi realizada análise descritiva, distribuição de frequência simples e medidas de centralidade (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão (DP) ou valores mínimo e máximo).

Quanto ao terceiro e quarto objetivos, para a análise das variáveis categóricas em associação com as numéricas foi utilizado o teste t-student para ($p < 0,05$). Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e na presença de não normalidade dos dados, realizou-se o teste de many Whitney ($p < 0,05$) (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Nessa etapa foi recategorizada a variável faixa etária a fim de que tornasse dicotômica (60 | 80, 80 anos ou mais). As variáveis numéricas foram submetidas ao teste o coeficiente de correlação de Pearson. A correlação foi considerada significativa quando $p < 0,01$, sendo definida como uma correlação fraca se: $0 \leq |r| < 0,3$; correlação moderada: $0,3 \leq |r| < 0,5$; correlação forte : $0,5 \leq |r| \leq 1$ (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, número do protocolo nº. 1832 (Apêndice B)

A coleta dos dados somente ocorreu após aprovação do CEP, autorização dos presidentes das ILPIs (Apêndice C) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo idoso (Apêndice D).

Ao idoso que apresentou déficit cognitivo foi solicitada a autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do responsável legal pela instituição (Apêndice E).

Os dados coletados durante a avaliação clínica dos idosos foram comunicados aos enfermeiros, e na sua ausência, ao técnico de enfermagem. Enfatizou-se que os idosos necessitavam passar por uma avaliação especializada, quer seja médica, odontológica e fisioterápica.

Além disso, aproveitou-se o momento da avaliação para realizar educação em saúde aos idosos a cerca dos problemas identificados. Em alguns casos, de acordo com a receptividade da instituição, foram realizadas orientações aos técnicos de enfermagem e cuidadores sobre as necessidades de cuidados dos idosos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse tópico serão descritos os resultados referentes às variáveis sociodemográficas e condições de saúde dos idosos residentes nas ILPIs de Uberaba, e considerar os antecedentes pessoais, hábito de vida e as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS

A tabela 1, a seguir, apresenta as características sociodemográficas dos idosos institucionalizados.

Tabela 1 - Distribuição das frequências das características sociodemográficas dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	25	29,1
Feminino	61	70,9
Faixa etária (em anos)		
60-69	18	20,9
70-79	30	34,9
80 ou mais	38	44,2
Cor da pele		
Branco	63	73,3
Negro	20	23,3
Pardo	3	3,5
Religião		
Católico	50	58,1
Espírita	5	5,8
Evangélico	5	5,8
Não possui	6	7,0
Outros	1	1,2
Escolaridade (em anos)		
Analfabeto	42	48,8
1-5	34	39,5
5-8	9	10,5
≥8	1	1,2
Estado conjugal		
Nunca se casou ou morou com companheiro	25	29,1
Morou com esposo (a) ou companheiro(a)	7	8,1
Viúvo	40	46,5
Separado, desquitado ou divorciado	11	12,8
Renda (* em salário mínimo)		
Sem renda	3	3,5
1	76	88,4
1-3	6	7,0
3-5	1	1,2
Fonte de renda		

Aposentadoria	65	75,6
Pensão	13	15,1
Sem rendimento	4	4,7
Outra	3	3,5

*Salário mínimo: R\$ 545,00 (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDO SÓCIOECONÔMICO, 2012).

Dos 86 idosos avaliados, 70,9% eram do sexo feminino, tabela 1, a mesma situação foi observada em estudo realizado na cidade de Taubaté-SP, no qual 74% dos idosos residentes na ILPI eram do sexo feminino (ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

Verifica-se que, com o processo do envelhecimento há um predomínio das mulheres em relação aos homens. Em 2000 para cada 100 mulheres idosas havia 81 homens e, as projeções indicam que em 2050 serão 100 idosas para 76 idosos do sexo masculino (LIMA; BUENO, 2009; CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008).

A explicação para a feminização do processo do envelhecimento reside na menor mortalidade das mulheres ao longo dos anos (CAMARANO, 2006). As mulheres apresentam hábitos de vida diferentes dos homens, os quais contribuem para o aumento da sua expectativa de vida. Habitualmente, as mulheres frequentam mais os centros de saúde e estão menos expostas aos acidentes de trânsito e trabalho, além de apresentarem menor prevalência de alcoolismo, drogas e tabagismo quando em comparação aos homens (CHAIMOWICZ, 2006).

Somam-se outras justificativas para o predomínio das mulheres nas ILPI, tais como: ausência da família, muitas mulheres que nunca se casaram, viuvez precoce e a dificuldade das mulheres em contrair segundas núpcias quando viúvas ou separadas, pouca escolaridade e menor nível de renda (CHAIMOWICZ, 2006; PAPALÉO NETTO; YUASO; KITADAI; 2005).

Embora tenha sido observado nesse estudo, há coordenadores de ILPI que preferem manter apenas mulheres em seu quadro de internas, por essas apresentarem-se mais dóceis e por contribuírem com as tarefas diárias (FERREIRA, et al., 2009).

Em relação à faixa etária o maior percentual foi para os idosos com 80 anos ou mais de idade (44,2%), (Tabela 1). Em estudo realizado nas ILPI de Ribeirão Preto-SP obteve, também, o predomínio de idosos nesta faixa etária (41,7%) (PELEGRINI et al., 2008).

Destaca-se que o aumento de idosos na faixa etária de 80 anos ou mais se encontra de acordo com as projeções esperadas para essa população. Em 2000, 17% da população idosa encontrava-se na faixa etária de 80 anos ou mais, e, em

2050 esse grupo corresponderá, aproximadamente, a 28% da população (CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008).

A prevalência desse grupo etário resulta em uma série de implicações sociais, culturais e epidemiológicas relacionadas, dentre outras, à maior prevalência de morbidades e incapacidades (NOGUEIRA et al., 2010). Esse fato suscita a necessidade dos enfermeiros estabelecerem estratégias de promoção à saúde com o intuito de postergar, o máximo possível, o desenvolvimento e o agravamento de morbidades, e conseqüentemente, incapacidades. Nos casos da pré-existência de morbidades é mister o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado que auxiliem os idosos no autocuidado, que potencialize e preserve a sua autonomia por maior tempo possível.

Com relação à cor da pele, a maioria dos idosos possuía pele branca (73,3%), (Tabela 1), assim como em estudo realizado na ILPI da cidade de Ribeirão Preto-SP (80,5%) (PELEGRINI et al., 2008).

No que refere à religião, 58,1%, relataram serem católicos (Tabela 1). Percentual superior (92,7%) foi encontrado em estudo com idosos residentes em ILPI na cidade Recife-PE (ANDRADE et al., 2005). Os dados desta pesquisa refletem a influência da religião católica na população brasileira, herança do processo de colonização. Por muitos anos o Brasil foi considerado como o maior país católico do mundo. No entanto, a partir de 1990, começou a haver mudanças no padrão religioso do brasileiro com o surgimento de novas crenças e mesmo a difusão de religiões vinda do exterior (JACOB et al., 2004).

Quanto à escolaridade, verificou-se que 48,8% dos idosos eram analfabetos e 39,5% possuíam 1-5 anos de estudo, (Tabela 1). Na investigação realizada com idosos institucionalizados em Fortaleza-CE também se verificou o predomínio de idosos analfabetos (51%) (FREITAS et al., 2011).

O número de idosos analfabetos nas ILPI de Uberaba corrobora com a realidade do país. De acordo com os dados do último censo, o peso relativo dos idosos no número de analfabetos brasileiros passou de 34,4% para 42,6% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Quanto ao estado conjugal, 46,5% dos idosos eram viúvos, enquanto 29,1% nunca se casaram ou moraram com companheiro (Tabela 1). Esses dados divergem dos resultados encontrados entre em ILPI do Distrito Federal (DF), no qual houve predomínio de idosos separados (34,5%) (CARVALHO; GOMES; LOUREIRO,

2010); assim como, em estudo retrospectivo realizado no Município de Fortaleza-CE em ILPI observou-se que 66,3% eram casados (FREITAS et al., 2011).

A existência de idosos casados em ILPI favorece uma possível reinserção familiar, enquanto que a prevalência de indivíduos solteiros e/ou viúvos reflete a falta de vínculo afetivo para o cuidado, reafirmam os motivos frequentes para a institucionalização (FREITAS et al., 2011). A solidão e a falta de uma pessoa para acolher ou assistir o idoso, contribuem decisivamente para o seu encaminhamento e permanência na ILPI (FERREIRA et al., 2009).

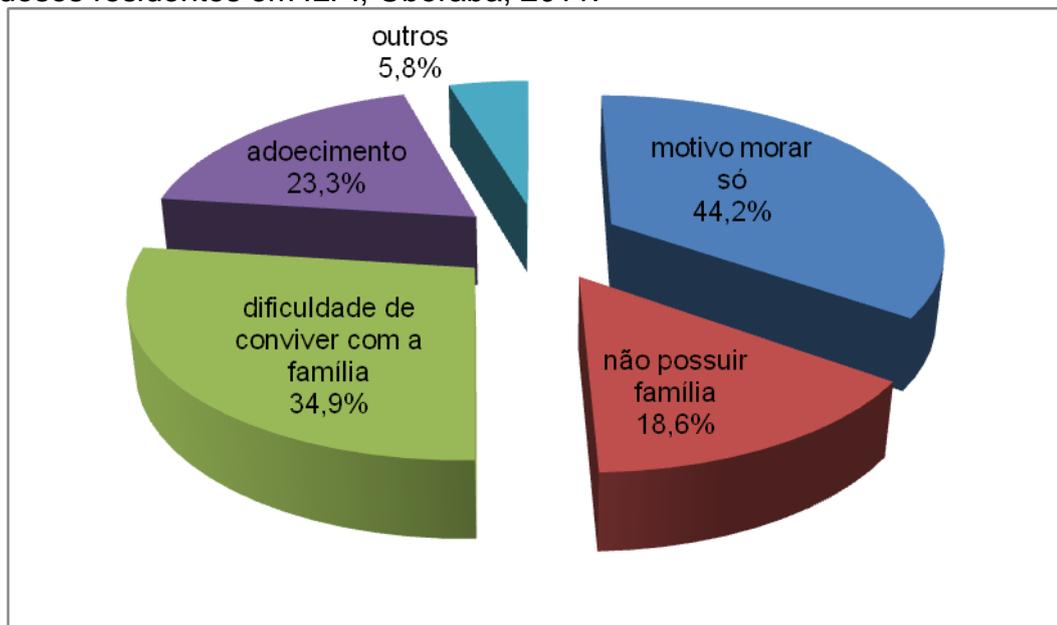
Por isso faz-se necessário que o enfermeiro, dentro das possibilidades da instituição, realize visitas ao domicílio desses idosos e, juntamente, com os familiares busque estratégias que auxiliam a permanência do idoso no lar. Em muitos casos, o cuidador está sobrecarregado, e necessita do auxílio de um profissional para definir as estratégias de cuidado e, mesmo identificar dentro do grupo familiar, possíveis parceiros.

Observou-se que 75,6% dos idosos possuíam renda de um salário mínimo proveniente da aposentadoria (88,4%), (Tabela 1). Estudo realizado com idosos institucionalizados obteve-se que 100% eram aposentados com renda de um salário mínimo, e todo seu rendimento era íntegro a instituição na forma de pagamento (PELEGRINI et al., 2008).

Em relação à procedência, 87,2% dos idosos no momento da admissão residiam nesta cidade. Dado relevante para enfermagem, uma vez que na prática profissional, verificou-se que a distância física entre o lar de origem e a instituição pode prejudicar ainda mais o vínculo entre o idoso e a sua família. A distância dificulta as visitas periódicas à instituição bem como o acompanhamento da nova rotina do idoso.

A seguir, no gráfico 1, encontram-se as causas de institucionalização dos idosos.

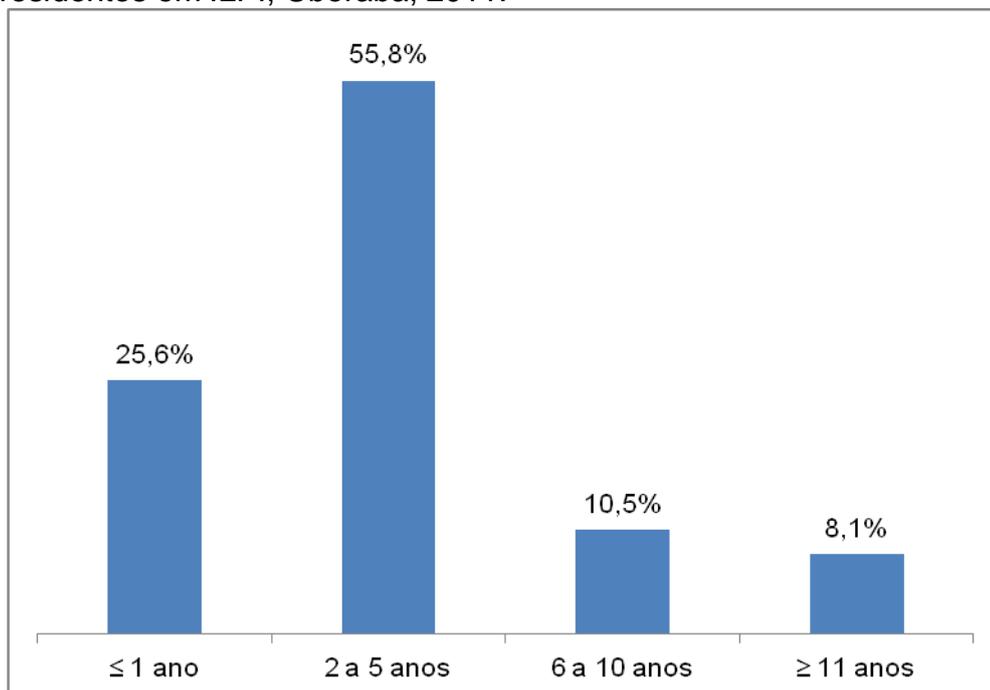
Gráfico 1 - Distribuição das frequências relacionadas à causa de institucionalização dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.



Com relação à causa de institucionalização, verificou-se que 44,2% dos idosos procuram a ILPI por morarem sozinhos, seguidos de 34,9% que possuíam dificuldade de conviver com familiares e 23,3% devido a adoecimento (Gráfico 1). Ao corroborar com esses achados, em estudo realizado na cidade de Campos dos Goytacazes-RJ verificou-se que os motivos que conduziram à institucionalização, estavam relacionados à família além do encaminhamento pelo Ministério Público em razão do abandono, ausência de cuidador e de família nuclear (PASSOS; FERREIRA, 2010). Outra pesquisa realizada no Rio Grande Sul obteve que 53,34% dos idosos foram encaminhados para a ILPI, em consequência da dificuldade de a família cuidar em domicílio, especificamente, devido à sobrecarga do cuidador e a falta de suporte no cuidado a esse idoso (VALCARENGHI, 2009).

O tempo de permanência dos idosos na ILPI encontra-se expresso no gráfico 2, a seguir.

Gráfico 2 - Distribuição das frequências relacionadas ao tempo de permanência dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.



O tempo de permanência na instituição variou de 4 meses a 64 anos, e, o maior percentual (55,8%) dos idosos encontravam-se institucionalizados pelo período de 2 a 5 anos (Gráfico 2). Resultado semelhante foi verificado em investigação com idosos institucionalizados no interior de São Paulo (ARAÚJO; CEOLIM, 2010). Já pesquisa realizada em ILPI no DF observou-se que o tempo máximo de internação foi de 28 anos, inferior ao encontrado no neste estudo (ARAÚJO et al., 2008).

A justificativa para o tempo de permanência de 64 anos refere-se à recente padronização das instituições quanto à idade mínima de 60 para institucionalização. Era um costume local, encaminhar para os chamados asilos, indivíduos, independente da idade, considerados incapazes de manterem-se independentes em sociedade.

5.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS RESIDENTES EM ILPIs DE UBERABA

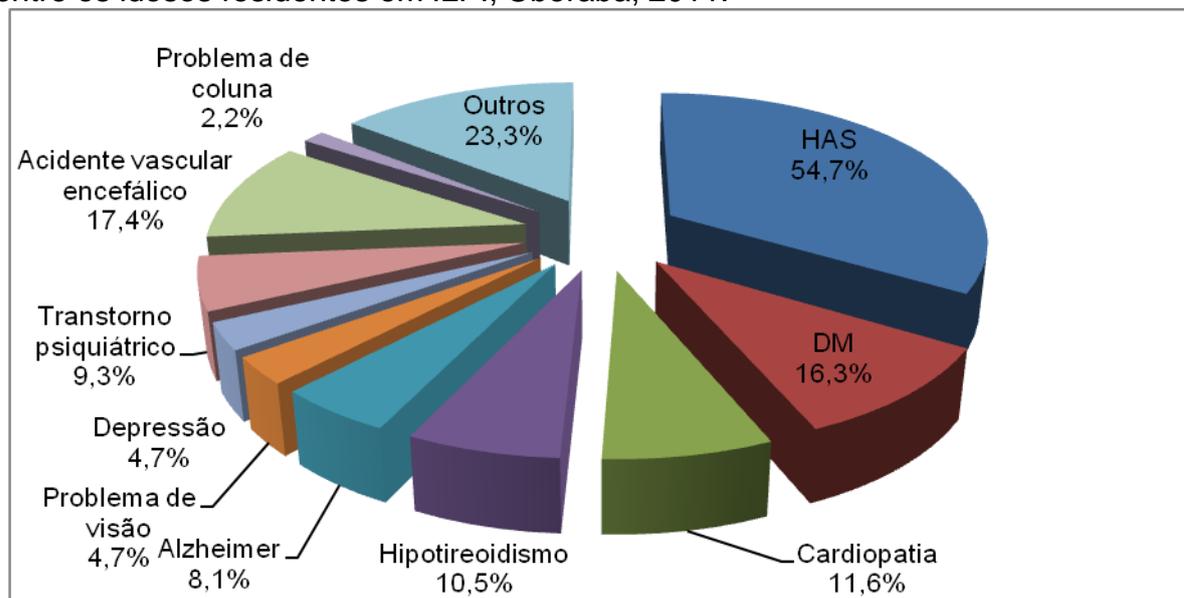
5.2 1 Antecedentes pessoais

Verificou-se que 8,1% dos idosos não possuíam diagnóstico médico de doenças. Em contrapartida, 40,7% relataram possuir uma morbidade, seguidos de 27,9% que possuíam duas e 16,3% que apresentavam três. Esses dados são semelhantes à investigação conduzida com idosos residentes em ILPI do estado do Rio de Janeiro-RJ, em que o maior percentual apresentava uma morbidade (PASSOS; FERREIRA, 2010). No entanto, divergente de pesquisa por amostra de domicílios, em que 48,9% dos idosos referiram ter mais de uma doença crônica, (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Deve-se considerar que a institucionalização pode contribuir para a existência de morbidades e comorbidades devido à presença de fatores como: sedentarismo, distanciamento dos familiares, isolamento social, entre outros (VALCARENGHI, 2009). Por isso, o enfermeiro durante o planejamento do cuidado de enfermagem necessita buscar estratégias que promovam uma melhor qualidade de vida para os idosos, tais como: estímulo à mudança de hábitos prejudiciais a saúde, manutenção do vínculo familiar e apoio durante o processo de adaptação as rotinas da instituição.

O gráfico 3, a seguir, apresenta a distribuição das morbidades mais frequentes observadas na população estudada.

Gráfico 3 - Distribuição das frequências relacionadas às morbidades frequentes entre os idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.



As três doenças mais prevalentes na população de estudo foram: hipertensão arterial (54,7%), acidente vascular cerebral (17,4%) e diabetes mellitus (16,3%), (Gráfico 3). Durante a avaliação do estado de saúde dos idosos institucionalizados no DF, também foram verificadas as morbidades: hipertensão arterial em (47,6%), diabetes mellitus (16,0%), e acidente vascular encefálico (11,2%) em frequência semelhante ao encontrado neste estudo (ARAÚJO et al., 2008). Já pesquisa realizada em uma ILPI do Rio de Janeiro-RJ, verificou-se que 77,8% dos idosos possuíam hipertensão arterial e 19,4% diabetes mellitus, número superior ao observado neste estudo (PASSOS; FERREIRA, 2010).

A prevalência de idosos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus pode estar relacionada, dentre outros, com estilo de vida decorrente de alimentação inadequada e o sedentarismo (PASSOS; FERREIRA, 2010).

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial são considerados fatores de risco para o aumento da morbi-mortalidade por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas (TOSCANO, 2004).

Portanto faz-se necessário realizar o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos e orientar quanto à alimentação saudável e incentivar a prática de atividade física. É importante o envolvimento da equipe multiprofissional e coordenadores da ILPI para a definição de cardápio e programas de atividade física. No entanto, sugere-se que o enfermeiro busque parcerias com instituições de

ensino, para o desenvolvimento de educação continuada com cuidadores e cozinheiros a cerca das necessidades nutricionais dos idosos, assim com profissionais para realização de atividades físicas e recreativas.

Ao avaliar a prática de imunização nas ILPI observou-se que os idosos já receberam as vacinas contra: influenza (75,6%), pneumonia (14%), H1N1 (73,3%), febre amarela (19,8%) e difteria e tétano (26,7%). No entanto, 23,3% dos idosos não possuem cartão de vacina. Não há relato de idosos imunizados contra a doença hepatite B.

Os programas de imunização em idosos ainda não atingiram o mesmo sucesso alcançado na população pediátrica. É recomendado que pessoas com idade igual ou superior a 60 anos sejam imunizadas contra influenza, pneumonia e difteria e tétano (TONIOLO NETO et al., 2006).

Embora, as infecções por influenza apresentem um comportamento benigno, ela pode ser responsável por uma série de complicações, principalmente em idosos imunocomprometidos. O mesmo pode ser dito em relação às infecções pneumocócicas que no idoso são responsáveis pela metade das internações e por 84% dos óbitos (TONIOLO NETO et al., 2006).

A vacina contra influenza é administrada no Brasil desde 1999. Inicialmente a campanha era voltada para a população idosa acima de 65 anos. Já no ano de 2000 passou a ser recomendada para a população de 60 anos ou mais, como uma medida para a redução da frequência e da gravidade das complicações da gripe (NIEIRO; ALENCAR; BERGAMASCHI, 2008).

Além da vacina contra influenza, o Ministério da Saúde recomenda atualização vacinal dos idosos, e considera o risco epidemiológico para febre amarela e desenvolvimento de tétano acidental (BRASIL, 2007).

A vacinação contra hepatite B para idosos não é vista como uma prática rotineira. No entanto, as especificidades dessa população como: baixa imunidade, concomitância de doenças crônicas e internações hospitalares frequentes, tem suscitado a necessidade de considerar a imunização desse grupo contra hepatite B (TONIOLO NETO et al., 2006).

Cabe ao enfermeiro desenvolver ações que promovam à diminuição dos agravos a saúde dos idosos, principalmente, por doenças infecciosas, por meio do controle vacinal (SANTOS et al., 2008).

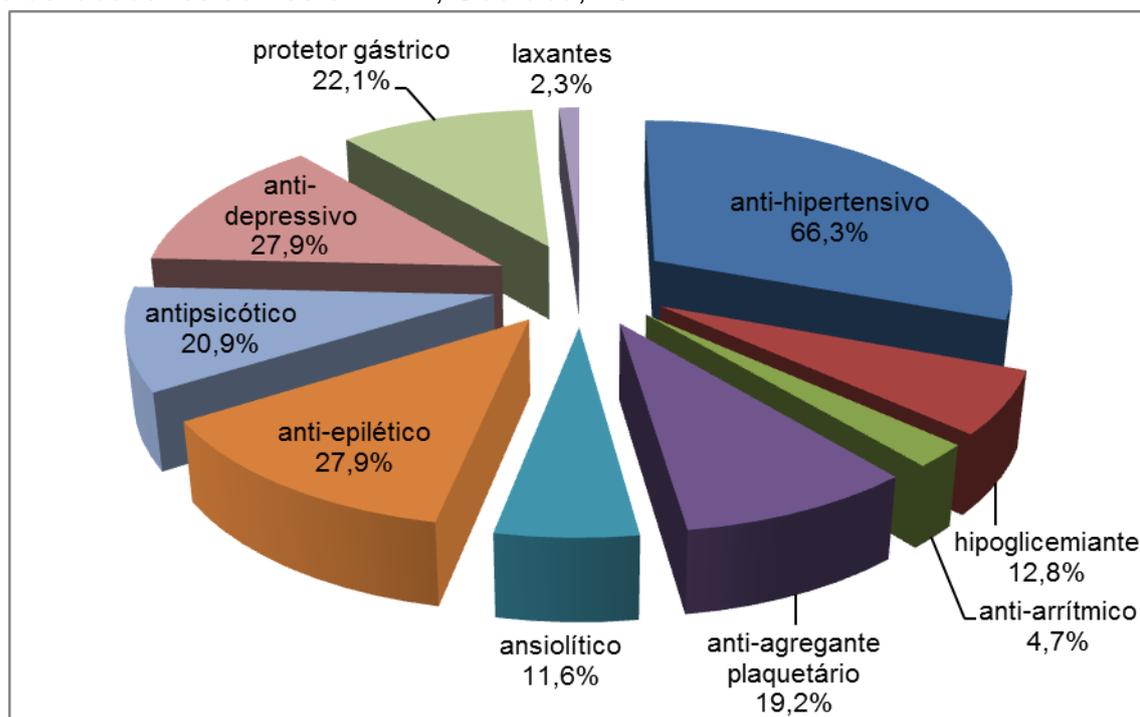
Observa-se que na vivência prática, esse processo inicia no momento da admissão com a sensibilização dos idosos e familiares, tendo continuidade por meio da rotina de atualização vacinal e registro dentro da própria instituição. Pois, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), descrito na Resolução 283 de 2005, é de responsabilidade da ILPI, a comprovação da administração das vacinas para população idosa, segundo preconizado pelo Plano Nacional e Imunização do Ministério da Saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

Diante disso, é importante estabelecer parcerias com os centros de referência de vacinas e unidades de saúde próximas às instituições, tanto para aquisição dos imunobiológicos quanto para acompanhamento de possíveis intercorrências relacionadas à prática de imunização (BRASIL, 2007).

A maioria dos idosos (95,3%) fazia uso de algum tipo de fármaco, por prescrição médica, sendo que 55,8% dos idosos utilizam de 1-4 medicamentos, e 39,5% de 5 ou mais medicamentos. Esses dados são semelhantes aos resultados encontrados durante a avaliação de idosos do DF, no qual verificou que 92,5 % dos idosos faziam uso de algum tipo de medicamento (ARAÚJO et al., 2008). Situação diferente foi verificada em pesquisa em ILPI da cidade de Campos dos Goytacazes-RJ, onde 48,6% dos idosos faziam uso de mais de 4 classes de medicamentos diferentes (PASSOS; FERREIRA, 2010). Percentual superior foi observado em ILPI do estado de São Paulo, em 39,3% dos idosos avaliados faziam uso regular de mais de sete medicamentos diários (MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010).

O gráfico 4, a seguir apresenta os medicamentos utilizados neste estudo.

Gráfico 4 - Distribuição das frequências relacionadas aos medicamentos utilizados pelos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.



Em relação ao tipo de medicamento, os maiores percentuais foram para os anti-hipertensivos (66,3%), antiepilético (27,9%) e antidepressivo (27,9%), (Gráfico 3). A maior prevalência de medicamentos anti-hipertensivos também foi encontrada em investigação com idosos institucionalizados em município do Rio de Janeiro-RJ (PASSOS; FERREIRA, 2010). Em outra pesquisa com idosos de ILPI do Estado de São Paulo verificou percentual inferior em relação ao uso de antiepilético (12,0%) e antidepressivo (17,7%) (LUCCHETTI et al., 2010).

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, devem ter conhecimento do número e das classes de medicamentos utilizados pelos idosos. Deve-se considerar que os idosos fazem parte de um grupo populacional propenso ao uso inadequado de drogas e a polifarmácia. Tal situação justifica-se pelo predomínio de doenças crônicas degenerativas, diagnósticos incorretos e automedicação, eleva-se assim a incidência de interações medicamentosas e reações adversas, e podem resultar em múltiplas e graves complicações (NOVAES, 2007).

Além disso, os profissionais devem estar atentos ao uso de fármacos, como os anti-hipertensivos, antiagregante plaquetário, antidepressivos, entre outros que podem resultar em hipotensão arterial, alteração da frequência cardíaca, mal estar,

distúrbios visuais e desorientação, e contribui para o aumento do risco de quedas (TRELHA et al., 2005).

Com relação às internações no último ano, verificou-se que 16,3% dos idosos foram hospitalizados, com as causas mais frequentes: acidente vascular encefálico (25,0%), diarreia (14,3%), infecção do trato urinário (14,3%), doença coronariana aguda e fratura (7,1%). Diferentemente deste estudo, em ILPI no norte do Estado do Rio Grande do Sul, prevaleceu nos últimos 12 meses às hospitalizações para realizar procedimentos cirúrgicos (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009).

Observa-se que as principais causas de internação citadas entre os idosos institucionalizados são: doenças cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, traumas, fraturas e infecções, principalmente do trato urinário e respiratório (JOBIM; SOUZA; CABRERA, 2010).

Observa-se que os idosos hospitalizados pertencentes à ILPI normalmente são mais velhos, com maior prevalência de doenças e dependência física, psíquica e social (GORZONI; PIRES, 2006). Tal situação suscita maior necessidade de cuidados de enfermagem, principalmente em relação à mobilidade, à realização de atividades relacionadas ao autocuidado para banho/higiene, à integridade da pele e alimentação entre outros (SAKANO; YOSHITOME, 2007).

5.2.2 Hábito de vida

Em relação à prática do tabagismo, 25,6% dos idosos são fumantes e 15,1% ex-tabagistas. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa realizada nas ILPIs do DF, onde observou que 25,1% dos idosos afirmavam ser fumantes e 15% relataram ser ex-fumantes (ARAÚJO et al., 2008).

Os idosos fumam em média, 10,1 cigarros (DP= 6,7) há, aproximadamente, 49,9 anos (DP=12,34). A institucionalização pode contribuir para a prevalência do tabagismo, uma vez que nesses locais identificam-se sentimentos de abandono e solidão, além da inatividade física e mental e a dificuldade de acesso aos profissionais de saúde devidamente qualificados para a abordagem clínica dessa população (CARVALHO; GOMES; LOUREIRO, 2010; CARVALHO; GOMES; TAVARES, 2010).

O hábito de fumar diminui a expectativa de vida, e, é considerado como fator de risco para várias doenças como o câncer, as cardiovasculares e as respiratórias.

As perdas funcionais próprias do envelhecimento associadas à prevalência do tabagismo contribuem para o agravamento do quadro dessas morbidades (GOULART et al., 2010). Por isso, independente da idade, a suspensão do fumo resulta em efeitos benéficos para o organismo, expressos na melhoria da qualidade e no aumento da expectativa de vida (GOULART et al., 2010).

Desse modo, o enfermeiro inserido na ILPI deve buscar a sensibilização dos idosos e cuidadores quanto à necessidade da suspensão do fumo. Juntamente com a equipe multiprofissional devem desenvolver atividades de lazer com o intuito de diminuir o tempo ocioso dos idosos e trabalhar sentimentos, como ansiedade, tristeza, isolamento que, por sua vez, acabam por estimular a prática do tabagismo.

Em relação ao consumo de álcool, 3,5% referiram ingerir bebida alcoólica regularmente. Uma frequência superior (8,6%) foi encontrada em estudo realizado com idosos institucionalizados no Estado de São Paulo (SEMAN; GOLIM; GORZONI, 2009). O consumo de álcool, assim como a presença de outras doenças contribuem para a institucionalização dos idosos (XIMENES; CÔRTE, 2007). Conforme visto, durante a prática profissional, muitos familiares ou mesmo o serviço social do município buscam as ILPIs para abrigar os idosos etilistas. No entanto, observa-se que essas instituições, também, encontram-se despreparadas para lidar com as necessidades desses grupos. De modo que na maioria dos casos, os idosos permanecem restritos em relação ao contato com o álcool, sem receber um tratamento específico. Por isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde das ILPI desenvolvam planos de cuidado específicos para estes idosos, com o intuito de minimizar os danos físicos, mentais e sócias resultantes do uso prolongado e contínuo do álcool.

A seguir passar-se-á a descrever a condição de saúde dos idosos segundo as necessidades humanas básicas: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, considerando as peculiaridades do idoso em cada dimensão.

5.2.3 Necessidade psicobiológica: oxigenação

A tabela 2, a seguir, apresenta as variáveis respiratórias obtidas.

Tabela 2 - Distribuição das frequências relacionadas às queixas respiratórias entre os idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

Variáveis Respiratórias	N	%
Não possui alterações	59	68,6
Congestão nasal	7	8,1
Coriza	9	10,5
Coriza e tosse seca	2	2,3
Tosse seca	8	9,3
Obstrução nasal	1	1,2
Tosse produtiva		
Sim	9	10,5
Não	77	89,5
Expectoração		
Sim	4	4,7
Não	82	95,3
Dor torácica		
Sim	2	2,3
Não	84	97,7

A maioria dos idosos, 68,9% não apresentava alterações respiratórias. Dentre as obtidas verificou-se a presença de coriza (10,5%), congestão nasal (8,1%) e tosse seca (9,3%). A tosse produtiva foi referida por 10,5% dos idosos, no entanto, apenas 4,7% conseguiam expectorar (Tabela 2).

Os sinais como coriza, congestão nasal e tosse são comumente associados às doenças respiratórias, e necessita de avaliação clínica específica para descartar possíveis infecções secundárias ou outras complicações. No caso da ILPI, a identificação precoce desses sinais contribui para a prevenção de complicações e possibilita o controle de possíveis surtos (BRASIL, 2005.).

No entanto, outras situações como a poluição tabágica no fumante passivo, também pode desencadear sinais e sintomas como irritação nos olhos, congestão nasal, tosse, dores de cabeça e alergias (MOURA, 2005).

O enfermeiro deve estar atento às queixas dos idosos, e procurar sanar suas necessidades através de um plano de cuidados específicos, assim como identificar e encaminhar para avaliação especializada indivíduos que apresentem sinais e sintomas de possíveis complicações respiratórias.

Deve-se destacar que a tosse é considerada um importante mecanismo de defesa do sistema respiratório. Entretanto, alterações próprias do envelhecimento como, modificações do parênquima pulmonar e fraqueza muscular, podem comprometer os mecanismos de tosse, diminuir sua eficácia e aumentar o risco para o desenvolvimento de infecção aguda do trato respiratório (GORZONI; RUSSO, 2006; MOURA, 2005).

A presença de tosse seca em idosos pode ainda ser consequência do uso de medicamentos, como betabloqueadores e inibidores de enzima conversora da angiotensina (MOURA, 2005; TARANTINO, 2009), comumente utilizados pelos idosos com hipertensão arterial, principalmente por serem fornecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SCHROETER et al., 2007).

A queixa de tosse produtiva persistente pode estar associada ao desenvolvimento da limitação do fluxo aéreo, consequente ao processo lento e gradual desencadeado em resposta as substâncias irritativas, aspiradas diariamente. Contudo, nem todos os indivíduos que apresentam tosse e produção de expectoração desenvolvem uma doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), ou asma brônquica (MOURA, 2005; PECHER, 2007).

A DPOC pode ser definida “fisiologicamente como a obstrução crônica ao fluxo aéreo devido a associação de enfisema e obstrução das vias aéreas periféricas na bronquite crônica” (SENGER, 2006, p. 600). Considera-se bronquite crônica a presença de “tosse produtiva na maioria dos dias, por no mínimo 3 meses a 2 anos consecutivos, afastadas outras causas pulmonares ou cardíacas que possam produzir os mesmos sintomas” (SENGER, 2006, p. 600).

Já a asma brônquica refere-se, também, a uma inflamação obstrutiva crônica dos brônquios com pioras agudas reversíveis, causada pela reação aumentada por vários estímulos inalatórios ou alimentares, resulta em broncoespasmo, edema da sua parede e hipersecreção das glândulas mucosas, dispnéia, tosse, sibilos e roncos à auscultação. É um dos principais problemas de saúde pública (PECHER, 2007).

A presença de tosse também pode ser associada à doença do sistema respiratório causada pelo vírus influenza (BRASIL, 2008c), cuja principal complicação é a pneumonia, que acomete tanto idosos quanto crianças menores de 2 anos (SANTOS; OLIVEIRA, 2010).

Quanto à dor torácica, 2,3% dos idosos referiram senti-la, e caracterizaram como do tipo queimação, sem estar relacionada à atividade física ou movimentos respiratórios. A dor torácica é um problema clínico que preocupa tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes, independentes da idade. No idoso, na avaliação da dor deve-se considerar a possibilidade da coexistência de diferentes doenças, como as cardiovasculares, gastroesofágicas, musculoesqueléticas, pleurais, abdominais, neurálgicas e psicogênicas (CARVALHO FILHO; CURIATI, 1999).

Foi observado que 1,2% dos idosos necessitavam de suporte de oxigênio por meio do uso do cateter tipo óculos intermitente. Esses idosos apresentavam diagnóstico prévio de DPOC e encontrava-se em fase de reabilitação pulmonar com auxílio da fisioterapia, após período de internação. Na prática profissional, observou que a presença de idoso em uso de oxigenoterapia aumentava a demanda de cuidados de enfermagem por requererem avaliações periódicas do estado de saúde, decorrente de possíveis modificações agudas. Além do mais a oxigenoterapia deve ser realizada conforme prescrição médica, de modo prudente com monitoração dos gases sanguíneos e dos sinais clínicos (SOUZA; SANTANA, 2011).

Devido à inexistência de aparelhos específicos para controle da oxigenoterapia, assim como rotina domiciliar de monitoramento de gases sanguíneos, cabe ao enfermeiro realizar avaliações periódicas dos sinais vitais e estado geral dos idosos em uso de oxigênio. Para isso é importante que a equipe de enfermagem esteja preparada para reconhecer sinais e sintomas consequentes a oxigenoterapia inadequada, tais como: quadros de confusão, agitação, hipotensão, insuficiência circulatória, depressão cerebral que pode evoluir para sonolência ou estado comatoso (SOUZA; SANTANA, 2011).

Na prática profissional, observou-se que a realidade das ILPIs é marcada pela insuficiência e o despreparo dos profissionais de saúde, especificamente a enfermagem. Por isso, além de investir na contratação de profissionais é necessário incentivar a atualização e o aprimoramento constante, com vistas a uma assistência de melhor qualidade aos idosos. Com isso, podem-se buscar parcerias com os centros de ensino superior local, além de manter a rotina de educação continuada na instituição.

Destaca-se que nesse período não foi encontrado idoso traqueostomizado.

Na tabela 3, a seguir, verifica-se a descrição do padrão respiratório dos idosos avaliados.

Tabela 3 - Distribuição das frequências relacionadas ao aparelho respiratório de idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

Variáveis	N	%
Forma do tórax		
Atípico	59	68,6
Senil	19	22,1
Cariniforme	2	2,3
Em sino	2	2,3
Outro	4	4,6
Frequência respiratória		
Eupnéia	71	82,6
Taquipneia	15	17,4
Expansibilidade torácica		
Preservada	34	39,5
Diminuída bilateralmente	51	59,3
Diminuída unilateralmente	1	1,2
Tipo respiratório		
Torácica	62	72,1
Tóraco-abdominal	24	27,9
Uso de musculatura acessória		
Sim	8	9,3
Não	78	90,7
Ausculta pulmonar		
Murmúrio vesicular	74	86
Ronco	7	70
Estertores	3	30

Ao realizar a inspeção estática do tórax, verificou-se que 68,6% dos idosos apresentam tórax atípico e 22,1% senil (Tabela 3). As alterações estruturais do sistema respiratório provenientes do processo natural envelhecimento tais como: perda das propriedades de retração elástica do pulmão, enrijecimento da parede torácica e diminuição da potência motora e muscular que caracterizam o tórax senil. Embora essas alterações sejam vistas como próprias do envelhecimento, não ocorrem do mesmo modo e intensidade em todos os idosos (GORZONI; RUSSO, 2006).

O tórax senil pode ser descrito como tórax em tonel, comumente observado em pacientes enfisematosos. Entretanto deve-se ter o cuidado de não confundir-los, pois o envelhecimento não compromete as funções pulmonares, assim como acontece na DPOC (TARANTINO, 2009).

A associação entre essas modificações e enfermidades, principalmente crônico-degenerativas, faz com que os idosos apresentem um maior

comprometimento da função pulmonar, e estão propensos aos processos infecciosos com maior frequência e gravidade (GORZONI; RUSSO, 2006).

Quanto à inspeção dinâmica, observou-se que 82,6% dos idosos apresentavam-se eupneicos, com frequência respiratória entre 12 e 22 ipm, média 18,5 (DP=4,4). Entretanto, 17,4% dos idosos encontravam-se em taquipneia, com incursões respiratórias iguais ou superior a 23 ipm, (Tabela 3). O aumento da frequência respiratória em idosos pode sugerir processos infecciosos respiratórios, com até quatro dias de antecedência da presença dos sinais e sintomas característicos (CUNHA; VALLE; MELO, 2006). Nesses casos é recomendado manter os idosos em observação e, no caso de qualquer alteração do quadro clínico encaminhá-lo para avaliação médica, com intuito de iniciar o tratamento o mais rápido possível.

A expansibilidade torácica encontrava-se diminuída bilateralmente em 59,3% dos idosos, prevalece ritmo respiratório regular (94,2%) e respiração superficial (68,6%), (Tabela 3). A diminuição da expansibilidade torácica em idosos é um achado comum, com as modificações da função pulmonar durante o envelhecimento. A redução da elasticidade da parede torácica associada à hipotrofia dos músculos respiratórios resulta na diminuição da expansão da caixa torácica (GORZONI; RUSSO, 2006).

Em relação ao tipo respiratório, em 72% dos homens prevalece o padrão tóraco-abdominal e o torácico em 90,2% das mulheres, (Tabela 3), desconsiderados como alterações da função respiratória (BETTENCOURT; MARTINS, 2002).

O uso de musculatura acessória foi identificado em 9,3% dos idosos, e 1,2% idoso apresentava tiragem intercostal, (Tabela 3), a qual caracteriza a impossibilidade do pulmão acompanhar o movimento expansivo da caixa torácica, possivelmente relacionado a uma atelectasia subjacente (TARANTINO, 2009). Tal situação suscitou o encaminhamento do idoso para uma avaliação especializada, visou à definição de condutas.

Com relação à ausculta pulmonar, em 86% dos idosos predominou os murmúrios vesiculares. Quanto aos ruídos adventícios identificou-se a presença de roncos (70%) e estertores (30%), (Tabela 3).

As modificações próprias do envelhecimento em associação à presença de morbidades nessa população suscita a necessidade de desenvolver estratégias de prevenção para futuros agravos respiratórios. Por isso, faz importante o trabalho da

equipe multiprofissional, principalmente o fisioterapeuta, com a adoção de um programa de exercícios respiratórios. É interessante que esses exercícios sejam realizados com todos os idosos, principalmente os saudáveis para que se mantenham bons níveis de expansibilidade torácica, prevenindo possíveis alterações e mesmo complicações respiratórias (IDE et al., 2007).

5.2.4. Necessidade psicobiológica: circulação

A tabela 4 a seguir apresenta a descrição das frequências relacionadas a aferição dos níveis pressóricos.

Tabela 4 - Distribuição das frequências relacionadas à hipertensão arterial e hipotensão ortostática entre os idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

Variáveis	N	%
Níveis pressóricos elevados		
Sim	26	30,2
Não	60	69,8
Hipotensão		
Sim	18	22,8
Não	61	77,2

Entre os idosos avaliados, 69,8% encontravam-se com níveis pressóricos inferiores a 130 e/ou 85 mmHg, (Tabela 4). Em percentual inferior a este estudo foi observado em investigação epidemiológica realizada no Estado de São Paulo, o qual verificou que 16% dos idosos apresentavam níveis pressóricos superior a 140 x 90 mmHg (GAZONI et al., 2009).

Embora a hipertensão arterial seja considerada um problema frequente entre os idosos, ainda se observa uma dificuldade em controlá-la, com o número real da doença muito superior aos casos conhecidos e tratados, e inferiores aos casos controlados, principalmente (BANDEIRA; PIMENTA; SOUZA, 2006).

Por isso é importante, que o enfermeiro estabeleça um plano de cuidado de acordo com as especificidades de cada idoso, principalmente com hipertensão arterial, e vise controlar os níveis pressóricos e a diminuição do risco de agravos a saúde.

Observou-se que 22,8% dos idosos apresentaram queda de 20mmhg na pressão sistólica e/ou de 10mmhg na pressão diastólica, ao mudarem do decúbito dorsal para posição sentada. O valor da pressão arterial sistólica na primeira

aferição esteve entre 80 a 180 mmhg, (media=119,9; DP=17,9) e diastólica entre 60 a 90 mmhg, (média= 72, DP=10,0). Já na segunda aferição o valor da pressão sistólica variou de 80 a 160 mmhg (média=116,9; DP=17,6) e diastólica de 60 a 90 mmhg (média 71,6; DP=10,4), (Tabela 4). Em estudo realizado em ILPI no estado de São Paulo, sobre a prevalência de quedas observou-se que em 14,9% dos casos, os idosos apresentavam história anterior de hipotensão postural e síncope, assim como, queixas de mal estar, desequilíbrio, tontura, entre outros (FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

A presença de hipotensão postural associada a distúrbios visuais entre outras morbidades aumentam o risco de queda e fratura entre os idosos (BANDEIRA; PIMENTA; SOUZA, 2006).

Dentre as atividades de enfermagem deve-se manter a rotina de verificação e registro da pressão arterial dos idosos com o intuito de identificar as alterações o mais rápido possível e evitar agravos à saúde dos idosos.

Com relação à ausculta cardíaca foi observado que 68,9 % apresentavam bulhas rítmicas, normofonéticas (87,2%). A frequência cardíaca variou de 50 a 108 bpm (média=75, DP=10,9).

Em 4,7% dos idosos foi observada a presença de sopro, alteração comum nesse grupo etário, principalmente em idade avançada, está relacionada à doença valvar calcificada (CUNHA; VALLE; MELO, 2006).

Ao avaliar os pulsos periféricos, observou-se frequência entre 48 a 104 pulsações por minuto (média=74,6; DP=11,64). A maioria dos idosos apresentou pulso amplo (46,5%) e regular (76,7%). Neste estudo, constatou-se uma diferença entre o número de batimentos cardíacos avaliados pela ausculta e as pulsações da artéria radial. Tal situação justifica-se pelo fato de que algumas contrações ventriculares podem ser ineficazes, não impulsionam sangue para a aorta, portanto não determinando onde de pulso. Essa alteração é denominada de déficit de pulso, decorrente frequentemente da extrassístole ventriculares e fibrilação atrial (PORTO; et al., 2009).

Embora, possa ser encontrada extrassístole e fibrilação atrial entre os idosos a primeira na ausência de sintomas cardíacos associados não necessita de tratamento, enquanto a última é considerada como um importante preditor de eventos cardiovasculares (FRANKEN; ROSA, 2006; WAJNGARTEN et al., 2006).

Vale a pena ressaltar que não compete ao enfermeiro fazer o diagnóstico médico das alterações apresentadas pelos idosos relacionadas às necessidades básicas de circulação, mas identificá-las. É sua responsabilidade a orientação e o encaminhamento do idoso para avaliação especializada ao se identificar qualquer alteração, mesmo as esperadas para a idade. Parte daí a importância do enfermeiro conhecer sobre as técnicas básicas do exame físico, bem como as peculiaridades do envelhecimento.

Foi observado que 41,9% dos idosos apresentam edema, principalmente em MMII (59,3%). Quanto às características semiológicas, 25,6% dos idosos apresentam edema de intensidade 2+/4+, mole (23,3%), inelástico (27,9%), indolor (41,9%) e sem alteração da pele próxima ao local do edema (20,9%).

A presença de edema em MMII em idosos pode estar associada à imobilidade e a precária drenagem venosa. Ressalta-se que o edema em idosos nem sempre está associado à insuficiência cardíaca (CUNHA; VALLE; MELO, 2006).

Assim, o edema nessa população pode estar associado ao grau de inatividade do grupo. Os idosos permanecem, a maior parte do tempo, sentados nas salas de visitas, nas varandas e refeitórios das instituições. Contudo, embora o edema não seja considerado como um sinal preditor de insuficiência cardíaca é recomendável que esses idosos sejam avaliados por profissional especializado. Durante a realização da pesquisa os idosos que apresentavam edema foram encaminhados para avaliação médica.

Em 38,9% dos idosos foi identificada a presença de varizes em MMII. Em estudo realizado em uma ILPI da cidade de Curitiba-PR observou-se, dentre as doenças crônicas relatadas em prontuário, à presença de varizes, hipertensão arterial, dislipidemia e depressão, entre outros (LENARDT; MICHEL; WASCHHOL, 2010).

As alterações apresentadas pelos idosos relacionadas à necessidade de circulação devem ser observadas e avaliadas rotineiramente, pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem, principalmente no que se refere à pressão arterial, a presença de edema, entre outros sinais.

5.2.5 Necessidade psicobiológica: termorregulação

A temperatura corporal dos idosos variou entre 35,3°C a 37,2°C (média= 35,9; DP= 0,41), e 20,9% encontravam-se hipotérmicos, 77,9% normotérmico e 1,2% febril. Semelhante às frequências, em estudo realizado com idosos institucionalizados no estado de São Paulo, verificou-se em média temperatura axilar de 36,1°, com a mínima de 35,8° e a máxima de 36,8° (GORZONI; PIRES; FARIAS, 2010).

Os idosos apresentam dificuldade em relação à autopercepção de mudanças na temperatura corporal consequente à diminuição progressiva do metabolismo basal e das respostas vasomotoras, muscular e celular. Com isso observa-se dificuldade em determinar o início do estado febril nessa população, por se apresentar de modo menos marcante do que no adulto jovem (GORZONI; COSTA, 2006).

Portanto, deve-se aferir a temperatura dos idosos periodicamente e identificar o desenvolvimento de síndromes com temperatura atípica como os episódios infecciosos afebris e a hipotermia (GORZONI; PIRES; FARIAS, 2010).

Cabe à equipe multidisciplinar estabelecer uma rotina de avaliação da temperatura corporal dos idosos, principalmente os institucionalizados com intuito de definir medidas para prevenção de infecções e o diagnóstico precoce da hipotermia.

Ressalta-se que esses idosos estão mais propensos a essa alteração por apresentarem, frequentemente, diferentes comorbidades, assim como, elevado grau de dependência (SEMAN; GOLIM; GORZONI, 2009).

5.2.6 Necessidade psicobiológica: percepção sensorial

A seguir, encontra-se a tabela 5 referente à presença de declínio cognitivo, sexo, idade e escolaridade.

Tabela 5 - Distribuição das frequências relacionadas ao declínio cognitivo, sexo, idade e escolaridade dos idosos residentes em ILPI do município de Uberaba, 2011.

	Declínio cognitivo			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	10	58,8	7	41,2
Feminino	25	58,1	18	41,9
Total	35	58,3	25	41,7
Idade				
60-69	6	54,5	5	45,5
70-79	9	39,1	14	60,9
80 ou mais	20	76,9	6	23,1
Escolaridade				
0	7	38,9	11	61,1
1-4	24	72,7	9	27,3
5-8	4	50,0	4	50,0
8 ou mais	0	0	1	100,0

Dos 86 idosos avaliados 30,2% não conseguiram responder ao teste MEEM, dentre os que responderam 58,3% apresentaram declínio cognitivo, (Tabela 5). Em estudo realizado com idosos residentes em uma ILPI localizada no Médio Vale do Paranaíba encontrou frequência de 59,6% semelhante a esses achados (ARAÚJO et al., 2010). Contudo esse percentual foi superior ao encontrada em ILPIs filantrópica do Estado de São Paulo (41%) (MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010).

A média de acertos entre as mulheres idosas com declínio cognitivo foi de 15,7 (DP= 4,7), enquanto, entre os homens foi de 17,8 (DP=6,1). Diferente do deste estudo, nas ILPIs do município de Ubá-MG, a média de acertos do MEEM mostrou-se similar entre os sexos, com 16,32 entre os idosos e 16,47 para as idosas (SOUZA et al., 2011).

A faixa etária que apresentou maior percentual de comprometimento cognitivo foi de 80 anos ou mais (76,9%), (Tabela 5), com a média de acertos de 14,4(DP= 4,6). Um percentual inferior foi verificado em pesquisa realizada no município de Ubá-MG, a qual verificou que 16,32% dos idosos com 80 anos ou mais apresentavam comprometimento cognitivo, a média de acertos foi de 15,49 (SOUZA et al., 2011).

Em relação à escolaridade, os indivíduos que apresentavam de 1-4 anos de estudo (72,7%), também apresentaram os maiores índices percentuais de declínio cognitivo. Alguns estudos tem observado a prevalência de menores escores entre os indivíduos com níveis educacionais mais baixos, e sugere influência da escolaridade

sobre o estado cognitivo dos idosos (DINIZ; VOLPE; TAVARES, 2007; LENARDT et al., 2009; SOUZA et al., 2011).

Ressalta-se que ao aplicar o teste para avaliação da capacidade cognitiva dos idosos deve-se adotar a estratificação dos pontos de acordo com nível de escolaridade do grupo, com o intuito de não classificar erroneamente idosos que apresentem uma performance cognitiva compatível com a sua escolaridade como sugestivos de déficit cognitivo (DINIZ; VOLPE; TAVARES, 2007). Outro ponto a considerar ao realizar a avaliação cognitiva é a própria institucionalização, que quando recente pode desencadear alterações temporárias e leves da função cognitiva, que muitas das vezes passam despercebidas (OLIVEIRA et al., 2008).

Dentre as perdas e mudanças ocorridas durante o processo de envelhecimento, as cognitivas são as que mais impactam negativamente na vida dos idosos, familiares e sociedade. Tais mudanças envolvem diversos aspectos da vida do idoso e, na maioria das vezes, não são passíveis de tratamento e, mesmo, reversão dos déficits já instalados (LENARDT et al., 2009).

Por isso, faz-se necessário estabelecer estratégias de saúde que auxiliem na prevenção do déficit cognitivo em idosos hígidos, assim como desenvolver plano de cuidado para aqueles que já apresentam dificuldades na realização das atividades da vida diária e nas relações sociais. Cabe, ao enfermeiro, enquanto membro da equipe de saúde, garantir que essas ações sejam implementadas.

A tabela 6, a seguir, apresenta as alterações observadas durante a avaliação dos órgãos do sentido: olhos, nariz e ouvido.

Tabela 6 - Distribuição das frequências relacionadas a alterações dos órgãos do sentido dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

Variáveis	N	%
OLHOS		
Pálpebras		
Edema	7	8,1
Ptose palpebral	15	17,4
Cílios		
Madarose parcial	2	2,3
Globo ocular		
Exoftalmia	2	2,3
Enoftalmia	6	7,0
Conjuntiva		
Normocorada e hidratada	67	77,9
Hipocorada e hidratada	6	7,0
Esclera		
Branca	78	90,7
Hiperemia	8	9,3
Pupilas		
Isocóricas e fotorreagentes	52	60,5
Acuidade visual		
Preservada	37	52,9
Diminuída	14	20
Uso de lentes		
Sim	23	26,7
Não	63	73,3
OUVIDOS		
Pavilhão auricular		
Cerume	55	63,9
Acuidade auditiva		
Preservada	25	29,1
Diminuída	54	62,8%
Surdez	5	5,8%
Uso de prótese auditiva		
	2	2,3%
NARIZ		
Sem alteração	86	100,0

Na inspeção dos olhos verificou que 17,4% dos idosos apresentam ptose palpebral e 8,1% edema palpebral, e 2,3% possuem modificações dos cílios, madarose parcial (Tabela 6).

O envelhecimento das estruturas oculares pode resultar em diminuição da acuidade visual, excesso de pele em pálpebra superior e ptose do supercílio (DE MAIO; OFENBÖCK; NARVAES BELLO, 2008). Tais modificações justificam as queixas de fadiga visual, dificuldade para ler, lacrimejamento e cefaléia entre os idosos (BRASIL, 2008a).

Os idosos que apresentavam edema palpebral foram encaminhados para avaliação médica, a fim de diagnosticar a causa, e iniciar o tratamento necessário. O

edema palpebral, assim como a hiperemia conjuntival são frequentemente associado às infecções oculares, como a conjuntivite, condição de saúde preocupante devido ao alto risco de propagação da doença (PAULA et al., [200-]). Ao considerar o ambiente da ILPI é importante, que os profissionais de saúde estejam atentos a essas manifestações clínicas e encaminhar os idosos, quando necessário para avaliação especializada, e adotar medidas de prevenção adequadas a cada situação.

Em relação à acuidade visual, 20% dos idosos referiram diminuição da visão, e que 26,7% fazem uso de lentes de corretivas, (Tabela 8). O sistema sensorial, principalmente o visual, é um dos primeiros a apresentar as consequências do processo do envelhecimento fisiológico. Por volta dos 40 a 50 anos inicia-se a presbiopia, a qual se manifesta com redução lenta, contínua e não modificável da capacidade de acomodar ou focalizar objetos próximos podendo chegar até 80% de perda quando se aproxima da nona década (MACEDO, 2008).

Assim, a maioria das pessoas à medida que envelhecem, passam a apresentar diminuição da capacidade de enxergar imagens de baixa frequência espacial, e prejudicam dessa forma o contraste visual, e, por conseguinte, contribui para perda do controle postural (MACEDO, 2008).

A avaliação do pavilhão auricular mostrou que 63,9% dos idosos apresentam cerume, (Tabela 6). Observa-se que com o envelhecimento, o tímpano torna-se mais espesso, propenso a formação de cerume, cuja presença é considerada um obstáculo no canal auditivo, e dificulta a compreensão dos sons (DUARTE, [200-]).

A presença do tampão de cerume no pavilhão auricular sugere a necessidade de solicitar uma avaliação auditiva especializada. Durante a pesquisa, 3,2% dos idosos que apresentava tampão de cerume foram encaminhados para avaliação médica, e iniciaram o tratamento prescrito.

Com relação à acuidade auditiva, 62,8% dos idosos referiram alteração dos quais 5,8% eram surdos e 62,8% apresentavam diminuição da audição, (Tabela 6). Destaca-se que 2,3% faziam uso de prótese auditiva, (Tabela 6). Em estudo realizado em idosos institucionalizados no município de Santo André-SP verificou frequência inferior ao observado neste estudo, com a percepção de perda auditiva representou 39,3% dos idosos (SOUZA; ODA, 2008).

A presbiacusia é uma das alterações mais incapacitantes advindas do processo de envelhecimento, são pequenos danos do sistema auditivo, ao longo dos

anos, os quais podem resultar na diminuição da sensibilidade auditiva e redução na inteligibilidade de fala em níveis supralimiáres, compromete seriamente o seu processo de comunicação verbal (KANO; MEZZENA; GUIDA, 2009; MARQUES; KOZLOWSKI; MARQUES, 2004).

Desse modo, a equipe de enfermagem e cuidadores devem identificar os idosos que apresentam perdas auditivas, desenvolve estratégias que facilitem a comunicação, auxilia-os a manterem-se ativos e participativos dentro do contexto institucional.

As repostas dos idosos referentes à presença de dor encontram-se descrita na tabela 7, a seguir.

Tabela 7 - Distribuição das frequências relacionadas à presença de dor segundo sexo e idade dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

	Dor	
	N	%
Sim	27	31,4
Não	59	68,6
Total	86	100

Os idosos que apresentavam dor corresponderam a 31,4%, (Tabela 7). Observa-se, que, cerca de 45 -80% dos idosos institucionalizados referem ao menos um tipo de dor (AUGUSTO et al., 2004).

Neste estudo encontrou-se um menor percentual de dor em relação a literatura, observa-se, que de modo geral, os idosos institucionalizados tendem a apresentar mais queixas álgicas. Tal situação se deve ao fato dos idosos já serem admitidos nas instituições em piores condições de saúde do que a população em geral, tanto físico quanto mentalmente (FREITAS et al., 2011).

O tempo de duração da dor variou de 1 mês a 30 anos, com mediana de 4,5 anos. Esse tempo médio de dor é semelhante a este estudo, em pesquisa realizada com idosos baianos institucionalizados, o qual variou de 8 meses a 25 anos, (REIS; TORRES, 2011).

A dor deve ser identificada, avaliada e tratada independente de sua natureza, padrão ou causa. Pois, se inadequadamente tratada pode trazer efeitos lesivos, e até mesmo, resultar em quadros de depressão, incapacidade e distúrbios do sono (OLIVEIRA et al., 2008). Além disso, compromete gravemente o desempenho do idoso, e resulta em menor capacidade para executar as atividades da vida diária, e contribui para uma pior qualidade de vida (REIS; TORRES, 2011).

Por isso é mister que o enfermeiro controle a dor dos idosos, por meio da identificação da queixa algica, bem como das suas repercussões no funcionamento biológico, emocional e comportamental. A partir do conhecimento desses fatores, o enfermeiro deve selecionar as alternativas de tratamento e, após, verificar a eficácia das ações implementadas (PIMENTA, 1998).

A tabela 8, a seguir apresenta as características semiológicas da dor.

Tabela 8 - Distribuição das frequências relacionadas às características semiológicas da dor segundo informado pelos idosos residentes em ILPI do município de Uberaba, 2011.

Variáveis	n	%
Características da dor		
Queimação	12	46,2
Queimação e latejante	1	3,8
Queimação e cansativa	1	3,8
Latejante	2	7,7
Pontada	3	11,5
Cansativa	6	23,1
Outros	1	3,8
Intensidade		
Intensidade 2	8	38,1
Intensidade 4	2	9,5
Intensidade 6	6	28,6
Intensidade 8	4	19,0
Intensidade 10	1	4,8
Local		
Face	2	7,4
Abdome	5	18,5
Coluna	10	37,0
MMII	7	25,9
Tórax	1	3,7
MMSS	1	3,7
Difusa	1	3,7

Os idosos relataram apresentar dor do tipo queimação (46,2%), de intensidade 2 (38,1%), principalmente em coluna (37%) e MMII (25,9%). Destaca-se que 4,8% queixaram-se de dor com intensidade 10, (Tabela 8). Um percentual superior foi observado em pesquisa conduzida com idosos da ILPI de Jequié-BA, a qual verificou que os idosos (61,4%) referiram ter dor intensa, localizada nos MMII (53,3%) e na coluna vertebral (23,3%) (REIS; TORRES, 2011).

Quanto à presença de fatores de alívio da dor, 76,9% dos idosos responderam apresentar melhora, principalmente, ao utilizar medicamentos (55%). O mesmo se observou em investigação com idosos de ILPI, contudo com percentual inferior (15,9%) (REIS; TORRES, 2011).

Ressalta-se que a dor em idosos continua a ser subavaliada, subnotificada e consequentemente, subtratada (REIS; TORRES, 2011). Assim, resulta em uma pior qualidade de vida, tanto no domínio físico, quanto psicológico, emocional, social, familiar e espiritual (MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010).

Por isso é recomendado que o enfermeiro institua na consulta de enfermagem realizada na ILPI, a avaliação da dor, e defina planos de cuidado, e implemente ações e avalie os resultados, com o intuito de contribuir para uma melhor qualidade de vida.

5.2.7 Necessidade psicobiológica: integridade tecidual

A tabela 9, a seguir apresenta-se as características da pele dos idosos, tais como coloração, turgor, elasticidade, umidade e presença de lesões.

Tabela 9 - Distribuição das frequências relacionadas às características da pele e seus anexos e tecido muscular dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

Variáveis	n	%
Coloração da pele		
Normocorada	80	93,0
Hipocorada	5	5,8
Hiperemiada	1	1,2
Turgor		
Normal	31	36,0
Diminuído	55	64,0
Elasticidade da pele		
Normal	18	20,9
Diminuída	68	79,1
Umidade da pele		
Normal	22	25,6
Sudorenta	1	1,2
Seca	63	73,3
Espessura da pele		
Normal	67	77,9
Atrófica	17	19,8
Hipertrófica	2	2,3
Lesões de pele		
Sim	62	72,1
Não	24	27,9
Tipo de lesão		
Equimose	15	17,4
Mancha senil	46	53,5
Local da lesão		
Face	49	57,0
MMSS	49	57,0
Tórax	34	39,5
MMII	12	14,0

Úlcera por pressão		
Sim	3	3,5
Não	83	96,5
Local da úlcera		
Calcâneo E	1	1,2
Trocanter E e D	2	2,3
Não se aplica	83	96,5
Unhas		
Espessas	28	32,6
Espessas e hiperqueratose ungueal	7	8,1
Espessas e deformadas	5	5,8
Pálidas e quebradiças	1	1,2
Couro cabeludo		
Íntegro	83	96,5
Cabelo		
Embranquecido	74	86,0
Coloração artificial	12	14,0
Calvície	15	17,4
Musculatura		
Trofismo normal	40	46,5
Hipertrófica	1	1,2
Hipotrófica	45	52,3
Tônus normal	76	88,4

Com relação à coloração, a maioria (93%) dos idosos possuía a pele normocorada, contudo, 5,8% apresentava hipocorada (+/4+), (Tabela 9). A atenuação da cor rósea da pele pode ser sugestiva da diminuição do número de hemáceas circulantes, frequente nos quadros de anemia (PORTO; BRANCO; PINHO, 2009).

Observa-se que os sintomas como fadiga, desânimo, intolerância a atividade física, frequentes na anemia, são vistos como próprio do envelhecimento, o que pode dificultar o diagnóstico precoce da doença. Embora não seja considerada uma alteração grave do estado de saúde, a anemia na população geriátrica pode ser associada à incapacidade funcional, e resulta em um pior prognóstico na existência de comorbidades cardiovasculares e respiratórias (MAGALHÃES, 2008).

Por isso, que durante a avaliação de enfermagem devem-se investigar outros sinais e sintomas sugestivos da doença, e, se necessário, o idoso encaminhado para avaliação clínica e laboratorial especializada.

Verificou-se que os idosos tinham turgor (64,0%) e a elasticidade da pele diminuída (79,1%). A pele apresentava-se seca (73,3%), porém com espessura normal (77,9%), (Tabela 9). Os idosos tendem a ter redução da espessura epidérmica da pele, do colágeno dérmico e da elasticidade tissular resulta em sua

maior fragilidade, e caracteriza-se por uma pele seca, enrugada e flácida (SMELTZER; BARE, 2006; BRANDÃO; BRANDÃO, 2006).

O enfermeiro deve orientar tanto a equipe de enfermagem, quanto os cuidadores sobre o cuidado com a pele dos idosos, com intuito de prevenir traumas e ulcerações. Devem manter a pele limpa e hidratada, e estimular a ingestão de líquidos, principalmente os idosos restritos ao leito.

Quanto à presença de lesões de pele, observou-se que 72,1% dos idosos apresentavam alteração, e as mais frequentes: equimose (17,4%) e mancha senil (53,5%), (Tabela 9). As lesões localizadas na face (57%), MMSS (57%), tórax (34%) e MMII (14%). Em estudo realizado na comunidade, observou que a maioria dos idosos apresentavam manchas senis, principalmente em face e dorso das mãos (RESENDE; BACHION; ARAÚJO, 2006). As manchas senis caracterizam por serem hiperocrômicas, planas e lisas, não resultando em modificações na superfície da pele ou em suas camadas subjacentes (COSTA, 2009).

A úlcera por pressão foi observada em 3,5% dos idosos, e estão localizadas em trocanter D e E (2,3%) e em calcâneo (1,2%), (Tabela 9). Esse percentual está inferior ao observado em estudo realizado em ILPI na cidade de Fortaleza-CE (18,8%) (FREITAS et al., 2011).

A ocorrência de úlcera por pressão frequentemente está relacionada à menor mobilidade física e a diminuição da percepção sensorial (OLIVEIRA et al., 2008). A presença de úlcera por pressão em idosos institucionalizados apresenta-se como um indicador negativo da qualidade da assistência de enfermagem. A manutenção da integridade da pele é uma das responsabilidades da enfermagem, por serem os profissionais aptos para assegurar a higiene, bem como identificar os fatores possíveis de resultar em lesões (FREITAS et al., 2011).

O enfermeiro inserido na ILPI deve instituir medidas de prevenção e acompanhamento dos idosos com úlcera por pressão, tais como: elaboração de ações de prevenção que reforce a higiene e a dieta alimentar adequada; o reposicionamento, a utilização de superfícies de suporte à pressão, além da orientação da equipe de enfermagem, cuidadores e idosos quanto à troca de curativos e administração de antibióticos (FREITAS et al., 2011).

No entanto, a prestação de uma assistência de enfermagem adequada somente será possível mediante a presença de recursos humanos e materiais adequados, condição que, na maioria das vezes, não são atendidas nas ILPIs.

Quanto às unhas, os idosos apresentam-nas espessas (32,6%), espessas associadas à hiperqueratose ungueal (8,1%) e espessas e deformadas (5,8%). Em estudo realizado com idosos não institucionalizados verificou percentual superior ao observado neste estudo, o qual os idosos apresentavam unhas quebradiças (76,0%) e onicomicose (68,0%) (AIKAWA et al., 2009).

Com o envelhecimento, observa-se que além das unhas tornarem-se mais espessas e rígidas, muitos idosos apresentam limitações físicas que dificultam o seu cuidado, predispondo-o ao desenvolvimento de ulcerações e até mesmo quedas (GUIMARÃES; COSTA; PORTO; 2009; CUNHA; VALLE; MELO, 2006).

As unhas quebradiças apresentam-se descamativas e quebravam-se com facilidade, e tinham como principal causa a desidratação extrema ou a onicomicose não tratada (AIKAWA et al., 2009).

Em geral, a onicomicose é encontrada em idosos está associada à baixa imunidade, a redução do crescimento da unha e ao aumento de trauma, nesse grupo etário, quando comparados aos jovens. Tais alterações fazem com que o leito ungueal esteja mais susceptível à ação de microrganismos oportunistas, resultou no desenvolvimento de doenças (AIKAWA et al., 2009; SANTOS; ANDRIOLI, 2005).

Com relação, a avaliação do couro cabeludo e do cabelo, verificou-se que dos idosos apresentam-no íntegro (96,5%), sem alterações e embranquecidos (86,0%). Contudo, 14% dos idosos utilizam coloração artificial, sendo 91,7% mulheres e 8,3% homens. Alguns idosos encontram-se calvos (15%), principalmente os homens (80%). À medida que se envelhece a medula dos cabelos se enche de ar e o córtex perde o pigmento, resulta no embranquecimento dos cabelos. Além disso, os bulbos capilares podem diminuir a quantidade no crânio, resultando na calvície (COSTA, 2009).

Neste estudo, observou que os idosos utilizam coloração artificial do cabelo por opção própria ou solicitação dos familiares. Essa postura demonstra que muitos idosos institucionalizados, continuam ativos, preocupados com a sua aparência física, participantes do seu processo de cuidado. Ademais denota o envolvimento da família na vida institucional do idoso.

Em visitas às instituições de longa permanência realizadas pelo grupo de mestrado em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo observou-se que mesmo os idosos acamados encontravam-se devidamente

arrumados, com os cabelos penteados, roupas limpas e bem passadas (LOPES; ARANTES; LOPES, 2007).

Ao avaliar a musculatura, observou-se que 52,3% dos idosos encontram-se hipotróficos embora mantenham o tônus muscular normal (88,4%). Uma alteração importante resultante do processo de envelhecimento é a perda de massa muscular. Acredita-se que as pessoas a partir da sexta década de vida percam em torno de a 1 a 2% de massa muscular a cada ano, denominada de sarcopenia (COSTA, 2009).

Com o tempo, os idosos podem apresentar além da hipotrofia, uma hipotonia consequente a diminuição do número de fibras musculares. Tais modificações contribuem para o aumento do risco de quedas, declínio funcional, redução da mobilidade, incapacidade e perda da independência (COSTA, 2009).

Desse modo, faz-se necessário que as instituições implementem em sua rotina atividades físicas e recreativas que auxiliem no fortalecimento e manutenção da força muscular dos idosos. Enquanto, membro da equipe multiprofissional, o enfermeiro deve incentivar a prática de atividade física, participar dos grupos de ginástica orientada, caminhadas entre outros, desenvolvidos nas instituições.

5.2.8 Necessidade psicobiológica: nutrição/hidratação

Não foi possível avaliar 15,1% dos idosos devido à limitação física, impossibilita a aferição do peso e por não haver registro anterior em prontuário.

Os idosos apresentaram em média 55 kg (DP= 11,92) e altura média de 1,53m (DP=0,09).

O peso tende a diminuir após atingir um determinado platô, consequente as mudanças na composição corporal, relacionadas à perda de massa óssea e muscular (COSTA, 2009). Estudos descrevem que a estatura atinge seu ponto máximo por volta dos 40 anos e a partir de então diminui cerca de 1 cm a cada década até os 70 anos, quando tende a ter reduções maiores (COSTA, 2009; PAPALÉO NETTO; CARVALHO FILHO, SALLES, 2006). Atribui-se, a diminuição da estatura a modificações da estrutura óssea como achatamento das vértebras, redução dos discos intervertebrais, cifose dorsal, escoliose e arqueamento dos membros inferiores (PAPALÉO NETTO; CARVALHO FILHO, SALLES, 2006).

De acordo com a classificação do estado nutricional, proposta por Lipschitz (1994), verificou-se que 45,3% dos idosos apresentavam baixo peso; 15,1%

eutróficos e 24,4% sobrepeso. O percentual de idosos que apresentaram baixo peso neste estudo é superior ao observado na avaliação com idosos institucionalizados em Ipatinga-MG (23,5%) (ANDRADE; FONSECA; STRACIERI, 2009). Por outro lado, é inferior a pesquisa realizada com idosos institucionalizados, também, na cidade de Ipatinga (68,7%) (LUCENA; GUEDES, 2008).

No entanto, considera-se que na maioria das ILPI não havia o controle sistemático do peso dos idosos, sugere-se que seja realizado uma avaliação clínica e laboratorial, com o intuito de identificar possíveis agravos à saúde, uma vez que a perda de peso pode sugerir comprometimento do estado geral, quer seja por questões de saúde, sociais ou emocionais (SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008).

Desse modo é necessário, que o enfermeiro inserido na ILPI construa uma rotina sistemática de avaliação dos idosos que permite a definição dos parâmetros nutricionais do grupo, assim como identificação dos indivíduos em risco nutricional, referencia-se para avaliação específica se necessário.

A tabela 10, a seguir, refere ao estado nutricional de acordo com IMC dos idosos.

Tabela 10 - Distribuição das frequências relacionadas do IMC, segundo sexo e faixa etária dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

	Baixo peso		Eutrofia		Sobrepeso	
	n	%	N	%	n	%
Sexo						
Masculino	13	68,4	4	21,1	2	10,5
Feminino	26	48,1	9	16,7	19	35,2
Faixa etária						
60 79	23	54,8	8	19,0	11	26,2
80 ou mais	16	51,6	5	16,1	10	32,3
Total	39	53,4	13	17,8	21	28,8

Com relação ao sexo, observa-se que a maioria dos homens (68,4%) apresenta baixo peso assim como as mulheres (48,1%), (Tabela 10). Diferente desse estudo, a pesquisa realizada com idosos institucionalizados no DF verificou maior percentual de sobrepeso entre os homens (33,3%) (FÉLIX, 2006).

Observa-se que as mulheres tendem a apresentar maior peso corporal por acumular mais gordura subcutânea que os homens e a diminuí-la em idades mais avançadas (NASCIMENTO et al., 2011).

Do mesmo modo que baixo peso em idosos, o sobrepeso sugere a necessidade de uma melhor avaliação devido ao risco para desenvolvimento de doenças crônicas como a hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (FÉLIX, 2006).

Quanto à faixa etária, os idosos com 60-79 anos apresentam maior percentual de indivíduos em baixo peso (54,8%), em relação aos idosos com 80 anos (51,6%), (Tabela 10). Assim como neste estudo, a pesquisa realizada com idosos institucionalizados em Fortaleza-CE verificou que os idosos com 80 anos ou mais apresentavam menor IMC (MENEZES; MARUCCI, 2005).

A presença de sobrepeso encontrada neste estudo, na faixa etária de 80 anos ou mais diverge de outra investigação que obteve a tendência do peso diminuir com idade, além da própria institucionalização ser considerada como um fator de risco para uma má nutrição (ARAÚJO et al., 2008).

No entanto, embora utilizado com frequência, o IMC não pode ser considerado um indicador preciso do estado nutricional dos indivíduos, uma vez que não reflete a distribuição regional de gordura, a massa muscular ou qualquer alteração na distribuição da gordura corporal associada ao processo de envelhecimento. Recomenda-se, portanto, que sua análise seja realizada juntamente com outros indicadores antropométricos (SAMPAIO, 2004).

Dentre outros indicadores é muito utilizada a medida da circunferência abdominal, considerada como um ótimo preditor antropométrico da gordura visceral, sendo avaliado isoladamente de acordo com os pontos de cortes sugeridas pela World Health Organization (1998).

A tabela 11, a seguir, refere-se à classificação de risco para complicações metabólicas associadas à circunferência abdominal.

Tabela 11 - Distribuição das frequências relacionadas à classificação de risco complicações metabólicas associadas à circunferência abdominal dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

	Circunferência abdominal	
	N	%
Sem risco	30	34,9
Risco moderado	23	26,7
Alto risco	32	37,2
Total	86	100,0

Com relação à aferição da circunferência abdominal observou-se que 37,2% tinham alto risco de desenvolver doenças metabólicas relacionadas à presença de

gordura abdominal, (Tabela 11). Um percentual superior foi observado em pesquisa realizada com idosos institucionalizados em Belo Horizonte-MG (56,8%) (COSTA, 2009).

A maioria dos idosos não apresenta queixas alimentares (68,6%). No entanto, alguns indivíduos relataram inapetência (27,9%), disfagia (7%) dispepsia (5,8%); e vômitos esporádicos (3,5%). Assim como neste estudo, pesquisa em ILPI de Santo André-SP verificou que os residentes apresentavam dificuldade para mastigar (28,6%), deglutir (25%) e alterações gastrointestinais (26,8%), como ardor na garganta durante a deglutição, azia queimação e refluxo gastroesofágico (SOUZA; ODA, 2008).

Quanto ao número de refeições os idosos referiram realizar de 3 a 6 por dia. A maioria dos idosos (70,9%) possuía por rotina alimentar, o desjejum, o almoço, o lanche da tarde e jantar. Apenas um idoso, incluía em suas refeições a colação e a ceia. Semelhante a este estudo, uma pesquisa realizada em ILPI da cidade de Campos dos Goytacazes-RJ verificou-se que os idosos realizavam, de 5 a 6 refeições diárias, as quais incluíam desjejum, colação (eventualmente), almoço, lanche da tarde, jantar e ceia (PASSOS; FERREIRA, 2010). No entanto, apresenta-se divergente do preconizado pelo Ministério da Saúde, o qual recomenda que os idosos realizem pelo menos 3 refeições (desjejum, almoço, jantar) e dois lanches saudáveis ao dia (BRASIL, 2009).

Desse modo, na ausência da nutricionista é importante que o enfermeiro reveja a rotina de oferta de refeições das instituições, oriente a equipe de enfermagem e cuidadores sobre a importância, a quantidade e a qualidade das refeições oferecidas.

Quanto à ingestão de água, os idosos consumiam em média 3,5 copos/dia, (DP=1,6). Recomenda-se que a ingestão diária de 6 a 8 copos de água para a população em geral, deve-se manter uma oferta regular para crianças e idosos (BRASIL, 2008b).

A ingestão de água deve ser estimulada no idoso, uma vez que os mecanismos de controle da sede podem ser menos eficientes, e resulta em um efeito adverso tanto sobre o peristaltismo intestinal como no balanço hídrico corporal (TIIHONEN; OUWEHAND; RAUTONEN, 2010). Além da diminuição da sensação de sede, muitos idosos apresentam limitações físicas que dificultam o acesso aos líquidos, fazem uso constante de diuréticos, laxantes que de certo modo, na

presença de um desequilíbrio orgânico podem contribuir para instalação de um quadro de desidratação idoso (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

Cabe ao enfermeiro, além de realizar a avaliação das necessidades nutricionais dos idosos, desenvolver estratégias que estimulem a ingestão hídrica e alimentar adequada. A equipe de enfermagem e cuidadores devem manter o hábito de oferecer água nos intervalos das refeições, assim como auxiliar os indivíduos que apresentam dependência para a alimentação. Além do mais, é recomendável que filtros de água sejam instalados em locais de fácil acesso.

A tabela 12, a seguir, apresenta as características da cavidade oral dos idosos.

Tabela 12 - Distribuição das frequências relacionadas às características da cavidade oral dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

Variáveis	n	%
Lábios		
Sem alteração	75	87,2
Fissura	2	2,3
Desvio de rima	5	5,8
Outros	4	4,7
Gengiva		
Sem alteração	85	98,8
Lesão	1	1,2
Mucosa oral		
Normocorada, úmida e íntegra.	78	90,7
Lesão	1	1,2
Hipocorada, seca e íntegra.	1	1,2
Hipocorada, úmida e íntegra.	6	7,0
Dentes		
Preservados	2	2,3
Falhas dentárias e mal conservados.	21	24,4
Edêntulos	63	73,3
Prótese dentária		
Sim	34	39,5
Não	52	60,5
Tipo de prótese		
Não utiliza prótese	52	60,5
Prótese Total	19	22,1
Parcial superior	15	17,4
Estado de conservação da prótese		
Conservada	15	44,1%
Desajustada	12	35,2%
Desajustada, gasta	3	8,8%
Gasta	4	11,7%
Língua		

Normal	48	55,8
Saburrosa	37	43,0
Seca	1	1,2
Higiene oral		
Precária	40	46,5
Precária e halitose	4	4,7
Preservada	42	48,8

Os idosos não apresentavam alterações dos lábios (87,2%) e gengiva (98,8%), a mucosa oral encontrava-se normocorada, úmida e íntegra (90,7%). Diferente deste estudo, uma pesquisa realizada com idosos institucionalizados na cidade de Florianópolis-SC, verificou a presença de lesões da mucosa oral em todos os idosos avaliados (AMORIM et al., 2009).

A arcada dentária completa foi verificada em 2,3% dos idosos, com 73,3% edêntulos e 24,4% apresentavam falhas e mal estado de conservação dos dentes, (Tabela 12). Um percentual superior (96,1%) foi observado em pesquisa realizada com idosos institucionalizados em Recife-PE (SOUZA et al., 2010).

A perda dentária, no Brasil é considerada um grave problema de saúde bucal principalmente entre os idosos (BRASIL, 2004a) e foi relacionada frequentemente aos fatores sociodemográficos como raça, baixa renda e escolaridade, ao uso de tabaco e sexo feminino (PRZYLYNSKI et al., 2009).

Dentre os edêntulos, 39,5% fazem uso de prótese dentária, com 22,1% total e 17,4% arcada superior, estavam em bom estado de conservação (44,1%), (Tabela 12). As características encontradas neste estudo demonstram a precariedade da saúde bucal dos idosos institucionalizados, caracterizada pela alta prevalência de edentulismo.

Normalmente as pessoas que utilizam próteses dentárias, apresentam uma mastigação ineficaz, preferem consumir alimentos macios, que normalmente são pobres em fibras, vitaminas e minerais, contribui para o consumo inadequado de energia, ferro e vitaminas (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

Destaca-se que os idosos apresentavam higiene oral precária (43,0%) e língua saburrosa (48,8%), (Tabela 12). A higiene oral é algo a ser tratado com seriedade, uma vez que é capaz de proporcionar melhoras na qualidade de vida dos idosos ao diminuir os principais problemas de saúde bucal assim como outros problemas sistêmicos (PRZYLYNSKI et al., 2009).

O enfermeiro inserido na ILPI deve realizar educação em saúde com os idosos, sensibilizá-los sobre a importância e o modo de realizar a higiene oral e da prótese. Assim, como orientar a equipe de enfermagem e cuidadores sobre o cuidado com a cavidade bucal dos indivíduos dependentes. Além disso, verificar a quantidade e qualidade dos artigos utilizados durante a higienização.

Ressalta-se que a promoção do conforto do idoso é de competência da enfermagem, o qual inclui cuidado com a higiene oral (PRZYLYNSKI et al., 2009).

A acuidade gustativa não foi respondida por 26,7% dos idosos por apresentarem déficit cognitivo. No entanto, 66,3% relataram sentir o sabor dos alimentos. As modificações gustativas, como redução da sensibilidade para perceber sabores doce, amargo, ácido em associação com a utilização de próteses dentárias podem resultar em uma ingestão alimentar inadequada, tanto em quantidade quanto na qualidade (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

As características da saúde bucal dos idosos encontradas neste estudo reforçam a necessidade da implantação de serviços de saúde de atenção integral a esta população. Com intuito de oferecer atendimento especializado e de qualidade aos idosos institucionalizados.

5.2.9 Necessidade psicobiológica: eliminação

Verificou-se que 45,3% dos idosos não possuíam queixas urinárias, dentre os que apresentavam, a incontinência urinária (50%) foi a mais frequente, e 32(64%) usavam fralda geriátrica. Um percentual inferior (31,0%) de incontinência urinária foi encontrado em estudo realizado em uma ILPI pública na cidade de Fortaleza-CE (FREITAS; PEREIRA; GUEDES, 2008).

Embora, o envelhecimento por si só, não seja considerado como causa de incontinência urinária, verifica-se um aumento de sua prevalência à medida que se envelhece, e acomete cerca de 50% dos idosos institucionalizados (MACIEL, 2006).

A incontinência urinária em idosos merece especial atenção. Por ser uma condição de saúde capaz de desencadear transtornos físicos e sociais, deve ser diagnosticada e devidamente tratada (SILVA; SANTOS, 2005).

Os idosos com incontinência urinária são mais propensos ao desenvolvimento de infecções perineais e do trato urinário, maceração e ruptura da pele, resultam na formação de escaras, além da interferência no padrão de sono predispõe às quedas

(MACIEL, 2006). Por isso faz-se necessário que o enfermeiro inserido na ILPI, desenvolva ações voltadas para as necessidades dos idosos com incontinência urinária, visa à manutenção da integridade física, do autocuidado e da autoestima.

Os idosos incontinentes, mas dependentes para deambulação devem ser orientados a ir ao banheiro com frequência, evitar a urgência para urinar o que pode resultar em perda involuntária de urina e até mesmo quedas. Já em relação aos idosos incontinentes e dependentes, é importante que orientar os cuidadores a realizarem trocas periódicas das fraldas e vestimentas, assim como higiene adequada do períneo, prevenindo possíveis lesões.

Ressalta-se que não foram encontrados idosos em uso de sonda ou cateter vesical, assim como estomia urinária.

Quanto à eliminação intestinal, 58,1% referem-se ao hábito intestinal diário, e, é caracterizado por apresentar fezes macias e bem formadas (61,6%) sem dor a evacuação (96,5%). Entretanto 18,1% relatam hábito intestinal irregular, em média de 4,8 dias (DP=1,3). Um percentual inferior relacionado ao hábito intestinal irregular (9,9%) foi verificado em pesquisa realizada com idosos institucionalizados em Porto Alegre-RS (OLIVEIRA et al., 2008).

Dentre as alterações gastrointestinais frequentes no envelhecimento encontra-se o risco para constipação intestinal (SMELTZER; BARE, 2006), relacionado à menor ingestão de fibras e líquidos, a inatividade física, a diminuição do tônus da musculatura abdominal e esfíncter anal, assim como a motilidade intestinal (OLIVEIRA et al., 2008).

Além de orientar os idosos e cuidadores quanto à ingesta regular de fibras e líquidos, o enfermeiro deve estar atento ao hábito intestinal dos idosos, manter o registro adequado em prontuário e no caso de alterações, deve-se encaminhar o idoso para avaliação especializada.

Outra alteração frequente entre os idosos é a incontinência fecal, que neste estudo, foi relatada por 3,5% idosos que referiram eliminação involuntária das fezes, entre aqueles independentes para as atividades básicas diárias.

Assim como a incontinência urinária, a fecal pode resultar em transtornos físicos, como lesões de pele, infecção urinária, alterações nutricionais, além do impacto emocional e o risco de isolamento social, e pode em alguns casos ser associado à institucionalização (BARBOSA; DIAS; PEREIRA, 2007; HEYMEN, 2004; MINER JR, 2004).

Na inspeção da região anal observou-se a presença de hemorróidas em (2,3%) dos idosos, sem sinais flogísticos associados. Um percentual superior (41,7%) foi observado em estudo realizado com idosos da comunidade em acompanhamento no Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Cajuru-MG (MARTINS et al., 2009). Os demais idosos não apresentavam alteração da região anal.

Com relação à inspeção, verificou a prevalência de abdome globoso (50,0%); e plano (39,5%), além de cicatriz (30,2%) associada ao processo cirúrgico, tais como cesária, laparotomia, apendicectomia entre outros.

É importante que se tenha no prontuário dos idosos o registro de procedimentos cirúrgicos anteriores, bem com a localização e aspecto das cicatrizes, as quais poderão auxiliar no esclarecimento de achados clínicos em casos de suspeita de obstrução intestinal por aderências, hérnias e cólicas abdominais (CUNHA; VALLE; MELO, 2006).

Na ausculta abdominal, todos os idosos apresentavam (RHA) na frequência de 3 a 24 RHA por minuto, com mediana de 13, e foi considerado dentro da normalidade (LELIS; CESARETTI; GRANITO, 2010). Quanto à percussão, foi observado som timpânico globalmente em 16,3% dos idosos. Durante a palpação, 8,1% dos idosos referiram dor principalmente em região epigástrica, hipogástrica e inguinal E. A presença de dor em região epigástrica pode estar associada a um quadro de dispepsia, situação frequente entre os adultos e idosos (SILVA, 2008).

Neste estudo, os idosos que mencionaram dor epigástrica se encontravam em tratamento. Mas, como persistia a queixa foi sugerido que retornassem para nova avaliação, e realizado orientações a cerca dos hábitos alimentares e medicamentos utilizados em cada caso.

5.2.10 Necessidade psicobiológica: sono e repouso

Quanto ao sono e repouso, os idosos referiram dormir em média 7,18 horas/dia (DP= 1,3). Numa investigação realizada com idosos de uma ILPI do interior de São Paulo verificou média de horas de sono de 7,26, semelhante ao encontrado no neste estudo (ARAÚJO; CEOLIM, 2010).

A prevalência de um número maior de horas de sono pode contribuir para uma maior satisfação. Nesta pesquisa verificou-se que 54,7% dos idosos referiram

estar satisfeitos com o seu padrão de sono, percentual inferior ao encontrado entre os idosos institucionalizados no interior de São Paulo (81,6%) (ARAÚJO; CEOLIM, 2010). Já em estudo conduzido na cidade de Porto Alegre-RS, verificou que 15,5% dos idosos institucionalizados apresentavam alteração do padrão de sono, e foi considerado um problema de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2008).

Embora a maioria dos idosos dissesse estar satisfeitos com as horas de sono, 53,3% tem dificuldade para adormecer, 20% de permanecer dormindo e 10% acordavam cedo demais. A fragmentação e o despertar precoce são alterações relatadas com frequência pelos idosos, as quais podem resultar na diminuição total do tempo dormido e na sensação de cansaço ao acordar (ARAÚJO; CEOLIM, 2010).

Os resultados obtidos não condizem com um padrão de sono adequado. É possível que os idosos, e mesmo profissionais, podem não reconhecer que essas interrupções são prejudiciais à qualidade de seu sono, acelerando o processo natural do envelhecimento (ARAÚJO; CEOLIM, 2010).

Os idosos relataram que fatores como iluminação (13,6%), falta de privacidade (13,6%), ruídos (4,5%) e dor (4,5%) interferiam na qualidade do sono. Considera-se que a própria institucionalização é considerada como um fator de risco para a deterioração da qualidade do sono, conseqüente em partes ao ambiente e a rotina das instituições (ARAÚJO; CEOLIM, 2010).

A presença de outros idosos no quarto, a rotina de cuidados de enfermagem acabam por resultar na diminuição da privacidade e fragmentação do sono. Durante a noite, tanto profissionais de enfermagem, quanto cuidadores entram nos quartos para prestar assistência ao próprio idoso e aos seus companheiros (VOYER et al., 2006).

Os profissionais de saúde, especificamente o enfermeiro deve estar atento às modificações do padrão de sono dos idosos. Os distúrbios do sono podem resultar em prejuízos a rotina diária e à saúde expressas na forma de: déficit de atenção, lentificação das respostas, prejuízos da memória, irritabilidade, aumento da dor, entre outros. Além do mais, tais alterações podem ser vistas como indicativo de prejuízo cognitivo ou mesmo demência (ARAÚJO; CEOLIM, 2010).

Com relação à rotina da ILPI cabe ao enfermeiro planejar e programar ações que minimizem as interrupções do sono dos idosos. Devem-se discutir estratégias que diminuam a circulação dos profissionais nos quartos à noite, reduzir os ruídos e aumentar a privacidade dos internos.

5.2.11 Necessidade psicobiológica: atividade física e mobilidade

A tabela 13, a seguir, apresenta a descrição das frequências observadas entre os idosos de acordo com o grau de dependência em relação às ABVD.

Tabela 13 - Distribuição das frequências segundo área de funcionamento do índice de Katz dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

Área de funcionamento	Katz		
	Independente	Parcialmente dependente	Dependente
	n(%)	n(%)	n(%)
Banho	34(39,5)	21(24,4)	31(36,0)
Vestir	33(38,4)	22(25,6)	31(36,0)
Banheiro	51(59,3)	9(10,5)	26(30,2)
Transferência	56(65,1)	10(11,6)	20(23,3)
Continência	46(53,5)	15(17,4)	25(29,1)
Alimentação	72(83,7)	10(11,6)	4(4,7)

No desempenho funcional de cada atividade, observou-se que os idosos mostravam-se maior percentual de dependência nas atividades banho (36,0%) e vestir-se (36,0%), (Tabela 13). Um percentual inferior foi verificado no estudo realizado com idosos residentes em ILPI de Ribeirão Preto-SP, em que os idosos mantinham dependência para o banho (26,3%) e vestir (25,0%) (PELEGRINI et al., 2008).

Quanto à capacidade de continência, obteve-se que 53,5% dos idosos eram independentes, (Tabela 13). Uma prevalência superior foi observada em estudo em ILPI do Rio Grande do Sul, no qual 90% mantinham controle esfíncteriano adequado (VALCARENGHI, 2009).

Destaca-se que 26,7% dos idosos eram independentes para realizar todas as ABVD. Resultado diferente foi observado em avaliação de idosos institucionalizados no Rio Grande do Sul, com percentual de idosos independentes (32,3%), superior ao observado neste estudo (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009).

No entanto, deve-se dizer que a própria dinâmica da instituição contribui para o predomínio da dependência. Em muitos casos prima pelo rápido andamento do serviço, muitos cuidadores executam atividades que os idosos são capazes de fazer sozinho, desde que respeitado o seu tempo e suas limitações. Assim, as pessoas idosas vão-se tornando cada vez mais dependentes do cuidado do profissional para atividades que ela própria teria condições de realizar (VALCARENGHI, 2009).

O enfermeiro inserido na ILPI deve estar atento às essas situações, e procurar desenvolver ações de educação continuada para capacitar a equipe a lidar com as limitações dos idosos e a incentivá-los à prática do autocuidado. Além disso, cabe ao enfermeiro verificar a adequação do quantitativo de pessoal para o cuidado dos idosos, informar e solicitar aos administradores da instituição a ampliação do quadro de funcionários, se necessário, de modo a proporcionar um melhor cuidado.

Ao avaliar a mobilidade dos MMSS, 51,2% dos idosos apresentaram diminuição na movimentação. No decorrer dos anos pode haver a diminuição da movimentação dos ombros, de forma gradual e sem dor, que resulta em dificuldade na execução de tarefas como higienizar-se e vestir (SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008).

A tabela 14, a seguir, apresenta as alterações relacionadas à coluna e as mãos dos idosos.

Tabela 14 - Distribuição das frequências de alterações na coluna e mãos dos idosos residentes em ILPI ,Uberaba, 2011.

Variáveis	n	%
Coluna		
Cifose	38	44,2
Lordose	9	10,5
Escoliose	12	14,0
Cifose e escoliose	12	14,0
Lordose e escoliose	1	1,2
Sem alteração	11	12,8
Outros	2	3,3
Mãos		
Sem alteração	61	70,9
Contratura em flexão	12	14,0
Tremor	7	8,1
Edema	1	1,2
Outros	3	3,5
Teste de força de preensão das mãos		
Mão (E)		
Preservada	55	64,0
Diminuída	26	30,2
Ausente	3	3,5
Não avaliado	2	2,3
Mão (D)		
Preservada	53	61,6
Diminuída	26	30,2
Ausente	5	5,8
Não avaliado	2	2,3

Quanto à inspeção da coluna, 44,2% apresentava cifose, (Tabela 14). A ocorrência de desvios posturais importantes pode contribuir para uma pior qualidade

de vida dos idosos, à medida que diminui a mobilidade e aumenta o risco de lesões articulares assim como de quedas (FERREIRA, 2003; BANDEIRA et al., 2010).

Em relação à avaliação das mãos, a maioria dos idosos (70,9%) não apresentava alteração, sendo observado em menor frequência contratura em flexão da mão (14,0%) e tremor (8,1%), (Tabela 14). A presença de tremor nas mãos e a diminuição da destreza manual são consideradas algumas das dificuldades advindas com o processo de envelhecimento (CAMPOS; OLIVEIRA; BLASCA, 2010).

Observa-se na prática profissional que os idosos que apresentam tremores principalmente nas mãos, possuem maior limitação para o desenvolvimento de atividades rotineiras, como: alimentar-se e vestir-se, a necessidade de uma maior atenção por parte da equipe de enfermagem e cuidadores.

Quanto ao teste de força de preensão, 30,2% dos idosos havia diminuição da em ambas as mãos, (Tabela 14). Ressalta-se que em 2,3% dos indivíduos não foi possível avaliar devido ao comprometimento cognitivo e físico, que impedia a compreensão e execução do teste. A força de preensão tem sido utilizada em alguns estudos como preditora do desempenho funcional de idosos. Pois além, de avaliar o membro superior em atividades como usar ferramentas, abrir recipientes, segurar em corrimãos (MOREIRA et al., 2003) apresenta-se como referência do grau de força de outros grupos musculares (GERALDES et al, 2008; RANTANEN et al., 2003).

De modo geral, os idosos que apresentam diminuição da força de preensão manual são sedentários, possuem déficit de massa corporal, problemas de saúde e limitações funcionais em atividades que exigem a participação dos MMSS e MMII (KUH et al., 2005). Conforme foi observado, durante a coleta de dados, os idosos que permaneciam inativos a maior parte do tempo apresentavam dificuldades para locomover-se, realizar atividades manuais rotineiras e necessitavam de auxílio constante dos cuidadores.

De acordo com a vivência profissional, reconhece-se a necessidade de inserir esses idosos em grupos terapêuticos que desenvolvam atividades que estimulem tanto a força, quanto a destreza manual. Tais ações auxiliam a manterem-se independentes por mais tempo, na medida em que continuam capazes de se autocuidar, e realizar atividades rotineiras; como abotoar a própria roupa, abrir utensílios e mesmo locomover-se pela instituição.

A inspeção e a avaliação do grau de força dos MMII encontram-se descrita na tabela 15, a seguir.

Tabela 15 - Distribuição das frequências relacionadas à avaliação dos MMII idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

AVALIAÇÃO DOS MMII		
Variáveis	n	%
Inspeção dos MMII		
Arqueamento	6	7
Amputação	2	2,3
Rotação	1	1,2
Sem alteração	61	70,9
Joelho		
Crepitação	30	47,7
Genu Valgum	4	4,7
Genu Varus	2	2,3
Sem alteração	41	47,7
Gradação da força		
MID		
Grau zero	2	2,3
Grau 1	6	6,8
Grau 2	8	9,1
Grau 3	17	19,3
Grau 4	33	37,5
Grau 5	17	19,3
Não avaliado	3	3,4
Gradação da força		
MIE		
Grau zero	4	4,5
Grau 1	4	4,5
Grau 2	10	11,4
Grau 3	17	19,3
Grau 4	32	36,4
Grau 5	15	17,0
Não avaliado	4	3,4
Total	86	100

Na inspeção dos MMII, a maioria dos idosos não apresentava alteração, entretanto, 7,0% apresentavam arqueamento e 2,3% amputação dos MMII relacionada ao acidente e DM, (Tabela 15). O idoso com DM que tem a amputação de um membro, além do risco de morte está sujeito à perda do outro contralateral e à inatividade física, as quais acabam por impactar negativamente na capacidade funcional, compromete sua qualidade de vida e sobrevivência (LOPES; BRITO, 2009). A ILPI deve estar preparada para receber esse idoso, oferece uma assistência à saúde que permita o controle adequado da doença e uma estrutura física que favoreça a realização das AVDs.

Em relação à inspeção dos MMII, 4,5% dos idosos apresentavam joelho valgum e 2,3% varum, além da presença de crepitação ao movimentar-se (47,7%),

(Tabela 15). A crepitação em joelhos é comumente associada à ocorrência da doença osteoartrose. Essa é uma situação que resulta na diminuição da amplitude de movimento limitando a mobilidade do idoso (CUNHA; VALLE; MELO, 2006), além de aumentar o risco de queda.

A restrição da amplitude do movimento das grandes articulações dificulta a realização de atividades simples como utilizar um sanitário sem adaptações, subir escadas ou mesmo combinar os movimentos para vestir-se e pentear os cabelos (REBELATTO et al., 2006). Por isso, os idosos que apresentam essas alterações devem ser encaminhados para avaliação médica, visa à detecção do problema, bem como a instituição do tratamento específico. Além disso, cabe ao enfermeiro juntamente com os idosos estabelecer estratégias que os auxiliem a superar as limitações impostas pelas doenças osteoarticulares na execução das AVDs.

Em relação à graduação da força dos MMII, os idosos apresentavam força grau 4, (Tabela 15), ou seja, conseguiam realizar movimento completo da articulação com força suficiente para vencer a gravidade e alguma resistência aplicada. Apesar desse resultado, não existe uma rotina de atividades físicas que estimulem o aumento ou mesmo a manutenção da força muscular. É importante que seja instituída nas ILPI atividades, como caminhadas, danças, ginásticas orientadas que ampliem a aptidão física desses idosos, contribuir para manutenção de sua independência e autonomia pelo maior tempo possível.

A diminuição da força de MMII normalmente está associada à limitação da atividade física, o que acaba por contribuir para a prevalência de quedas e, conseqüentemente, pior qualidade de vida para os idosos (LOPES et al., 2009).

Quanto à inspeção dos pés verificou-se que os idosos apresentavam alterações estruturais como: hálux valgo (20,5%), dedo em martelo (28,4%) e calosidades (6,8%). Os percentuais observados no neste estudo foram inferior ao descrito na literatura, hálux valgum (37,1%) e calosidades (58%), os quais podem vir estar associados à presença de onicomicoses (38%) (BADILISSI et al., 2005).

A relevância dessas alterações estruturais dos pés está nos possíveis prejuízos relacionados à postura, à manutenção do equilíbrio e execução de determinados movimentos, e resulta em modificações funcionais, da marcha e dependência para as AVD (AIKAWA et al., 2009).

Os idosos, normalmente, apresentam dificuldade para cuidar de seus pés, devido à diminuição da mobilidade física. Assim, é importante a avaliação periódica

dos pés pela equipe de enfermagem e cuidadores com intuito de prevenir lesões. Além disso, auxiliá-los na higienização, e na escolha e manutenção de calçados macios e confortáveis.

Com relação à locomoção, 46,5% dos idosos são independentes para deambular, 27,9% são cadeirantes, 12,8% utilizam andador, 6,9% usam bengala ou muleta, 4,7% necessitam do auxílio do cuidador e 1,2% está acamado. Percentual superior foi observado em estudo com idosos institucionalizados no Vale do Paraíba-SP, no qual 52,6% dos indivíduos eram independentes para locomoção e utilizavam menos artefatos como: cadeira de rodas (23,6%), andador (7,8%) e muleta (2,7%) (ARAÚJO et al., 2010).

A adaptação funcional, como o uso de bengala, andador minimizam as limitações impostas pelo decréscimo do sistema neuromuscular (REBELATTO et al., 2006). Mesmo se apresentar certa limitação o idoso em uso de andador e bengala consegue locomover-se independente em seu meio e mantêm-se ativos. Já os idosos acamados apresentam-se dependentes de cuidadores para satisfazerem as suas necessidades básicas, assim como, encontram-se sujeitos aos efeitos prejudiciais da imobilidade (LOPES et al., 2007).

A prevalência de idosos independentes para locomoção em ILPIs é considerada como um bom indicador de saúde, na medida em que contraria a o número de incapacidade, no caso relacionado à mobilidade, frequente nesse grupo (DAVIM et al., 2004).

Quanto ao tipo de marcha, predominou, entre os idosos desse estudo, o andar cauteloso (53,5%), caracterizado pela base alargada, passos curtos, lentos e sensação de desequilíbrio, condição característica do envelhecimento que torna os idosos propensos a tropeços e quedas (CUNHA; VALLE; MELO, 2006).

Tal condição suscita a necessidade das ILPIs manterem ambientes bem iluminados, com pisos uniformes, sem desníveis e com mecanismos antiderrapantes (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005). Os responsáveis pela limpeza devem ser instruídos a manter o ambiente limpo e seco, e não utilizarem tapetes e a evitar a mudança da disposição dos móveis.

No que se refere à prática de atividade física a maioria dos idosos eram sedentários (97,7%), e, que 1,2% caminhavam cerca de 30 minutos diariamente e 1,2% frequentava a hidroginástica durante 45 minutos, três vezes na semana. Um percentual superior foi observado em estudo realizado na ILPI do estado do Rio

Janeiro, no qual todos os idosos foram considerados sedentários (PASSOS; FERREIRA, 2010). A mesma situação foi observada em idosos institucionalizados no Estado do Rio Grande do Sul, em que ninguém realizava atividade física (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009).

A prática regular de atividade física contribui para uma melhor qualidade de vida entre as pessoas idosas, na medida em que promove a melhora do desempenho funcional, do equilíbrio, da marcha e coordenação dos movimentos, aumenta a autoconfiança e autoestima, além de prevenir quedas (MAZO et al., 2007; REBELATTO et al., 2006).

É recomendado que as instituições busquem parcerias com os centros universitários, profissionais liberais, ESF para o desenvolvimento de atividades que promovam a reabilitação e manutenção da capacidade física dos idosos.

Não foi possível realizar a avaliação específica do equilíbrio em 48,8% dos idosos da amostra devido ao comprometimento prévio do equilíbrio, ao uso de artefatos para deambular ou cadeira de rodas. Dentre os idosos que realizaram o teste, 24,9% apresentaram sinal de Romberg negativo. Resultado diferente foi observado em estudo realizado com idosos residentes na comunidade, o qual verificou que 20,5% dos idosos apresentavam sinal de Romberg positivo, indicativo de comprometimento do equilíbrio (ROSI JUNIOR et al., 2006).

Faz-se necessário identificar os fatores que contribuem para a instabilidade postural, e conseqüentemente predispõe o idoso às quedas e suas conseqüências como lesões, fraturas e incapacidade (MACIEL; GUERRA, 2005).

O desafio para equipe multiprofissional está em identificar esses idosos e definir estratégias de prevenção e tratamento para as queixas de desequilíbrio postural.

5.2.12 Necessidade psicobiológica: higiene

Com relação à prática da higiene corporal, todos os idosos tomavam banho de aspersão, inclusive os acamados que são conduzidos até o chuveiro em cadeira de banho. Durante o banho, 67,4% dos idosos necessitavam de algum tipo de auxílio desde pegar acessórios (9,1%) até serem totalmente dependentes de ajuda (36%). Um resultado diferente foi observado em pesquisa com idosos institucionalizados na cidade de Montes Claros-MG, o qual observou que 79,2% dos

idosos eram independentes para a higiene corporal, não necessitavam de auxílio (ARAÚJO et al., 2010).

Tanto a equipe de enfermagem, quanto os cuidadores devem estar aptos a auxiliar os idosos durante o banho. Com relação aos idosos acamados ou cadeirantes, esse é um excelente momento para realizar a inspeção da pele do idoso a procura de lesões sugestivas de úlceras por pressão.

Quanto aos idosos independentes é importante que os profissionais verifiquem se todos os acessórios estão disponíveis, se o banheiro encontra-se em condições adequadas para o banho com o intuito de prevenir possíveis quedas.

5.2.13 Necessidade psicobiológica: regulação hormonal

A glândula tireóide foi palpável em 8,1% dos idosos apresentou aspecto liso, sem presença de nódulos, pele local sem alteração. O envelhecimento pode resultar em alterações anatômicas da glândula tireóide, que necessariamente não estão relacionadas às alterações funcionais. (LIBERMAN, 2006). No entanto, com o aumento da incidência de doenças tireoidianas nos idosos (LIBERMAN, 2006), embora não seja um consenso, recomenda-se que durante a AGA seja incluso a dosagem dos hormônios da tireóide (GORZONI; COSTA, 2006). Uma vez que as tireoideopatias possuem sintomas inespecíficos que muitas vezes são considerados inerentes ao processo normal do envelhecimento (LIBERMAN, 2006).

Desse modo, os profissionais de saúde devem estar atentos as queixas inespecíficas dos idosos, como fadiga, bradipsiquismo, letargia e obstipação intestinal as quais podem ser relacionadas às outras doenças coexistentes ou frequentes na terceira idade (GORZONI; COSTA, 2006).

5.2.14 Necessidade psicobiológica: sexualidade

A tabela 16, a seguir refere às respostas dos idosos frente a NHB de sexualidade.

Tabela 16 - Distribuição das frequências relacionadas à atividade sexual dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

	Atividade sexual	
	N	%
Atividade sexual		
Sim	1	1,2
Não	85	98,8
Condição atual		
Satisfatória	33	38,4
Insatisfatória	15	17,4
Outro	7	8,1
Não consegue responder	31	36,0
Excitação sexual		
Diminuição do desejo sexual	5	5,8
Limitação imposta pela doença	5	5,8
Não alterou	31	36,0
Não consegue responder	31	36,0
Outros	14	16,3

Em relação à atividade sexual, a maioria dos idosos (98,8%) referiram não possuir atividade sexual e 38,4% encontram-se satisfeitos com a sua condição atual, (Tabela 16). A resposta apresenta pelos idosos em relação à atividade sexual reforça a visão preconceituosa de que o idoso seja um ser assexuado (SOARES, 2010). A forma de organização das ILPIs reproduz essa crença. Na maior parte das instituições há pouco contato entre os sexos opostos, e os idosos permanecem divididos em alas masculinas e femininas. Além disso, os próprios internos e funcionários apresentam críticas severas diante de manifestações de carinho entre eles (SOARES, 2010).

Com relação à excitação sexual, 36,0% dos idosos referiram não ter percebido alteração. O envelhecimento traz modificações físicas tanto para os homens, quanto para as mulheres, mas não afetam necessariamente a sua condição de ter uma relação sexual prolongada, traduz-se em uma experiência sensual e prazerosa (GRADIM; SOUZA; LOBO, 2007). Desde que, o idoso apresente uma boa saúde não há impedimento para que mantenha uma atividade sexual por tempo indeterminado, pois a mesma só deixa de existir com a morte (GRADIM; SOUZA; LOBO, 2007).

No entanto, há doenças que podem limitar a prática sexual, conforme dito pelos idosos do neste estudo (5,8%), (Tabela 16), assim como hipertensão arterial,

diabetes mellitus que resultam em uma má circulação o que acaba por influenciar na libido sexual (GRADIM; SOUZA; LOBO, 2007).

É neste íterim que cabe ao profissional de saúde intervir. Enquanto membro de uma equipe multiprofissional, o enfermeiro deve identificar as necessidades dos idosos relacionadas à sexualidade. E no caso de uma disfunção física encaminhar esse idoso para avaliação especializada.

Mas, independente da queixa física, é importante que se abra espaço para discutir as questões relacionadas à sexualidade dos internos. Os profissionais devem estar preparados para lidar com essa necessidade dos idosos, assim como devem reconhecer que a sexualidade é uma necessidade humana básica, como a oxigenação, circulação, nutrição entre outras.

Questionou-se a mulher idosa sobre a realização dos exames Papanicolau e mamografia, as respostas encontram-se descritas na tabela 17.

Tabela 17 - Distribuição das frequências relacionadas à realização dos exames papanicolau e mamografia das idosas residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

Variáveis	Mamografia		Papanicolau	
	n	%	N	%
Nunca fez	27	44,3	24	39,3
Não sabe	26	42,6	26	42,6
Realizou a 1 ano	4	6,5	5	8,1
Realizou a 2 anos	4	6,5	6	9,8
Total	61			

O maior percentual de idosas (44,3%) nunca realizou uma mamografia, (Tabela 17). Essa realidade não se restringe a ILPI, durante a realização da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), verificou que 54% das idosas residentes na comunidade não haviam realizado o exame nos últimos dois anos (LIMA-COSTA; MATOS, 2007).

Na inspeção verificou-se que 72,1% das idosas apresentavam mama pendente e mamilos protusos (77,0%). Em 3,3% das idosas foi observada a presença de nódulos irregular, móvel, indolor, de aproximadamente 3x3 cm. As idosas que possuíam os nódulos foram encaminhadas para avaliação médica e definição de conduta. Vale ressaltar que nenhuma dessas idosas havia realizado exame clínico e mamografia anteriormente.

O consenso de controle de câncer brasileiro orienta a realização do exame clínico das mamas para mulheres em todas as faixas etárias, no entanto, em relação

à mamografia sugere-se que essa seja realizada cada dois anos em mulheres de 50 a 69 anos (BRASIL, 2004b).

Quanto ao Papanicolau, 42,6% não sabiam informar se haviam realizado o exame anteriormente. Percentual superior foi observado em pesquisa realizada com idosos institucionalizados no Rio Grande do Sul, o qual verificou que 87,2% das mulheres desconheciam se haviam realizado o exame anteriormente (LOPES et al., 2007).

Com relação à realização do exame Papanicolau, o Ministério da Saúde recomenda que seja realizado por mulheres que já tiveram ou ainda tem relação sexual, principalmente na faixa etária de 25 aos 60 anos. A princípio o exame deve ser realizado anualmente, se dois exames forem negativos para displasia ou neoplasia, o exame deve ser realizado a cada três anos (BRASIL, 2006n).

Entretanto, esses limites etários para a realização do Papanicolau, e para a mamografia excluem uma parcela crescente da população: as mulheres idosas com 80 anos ou mais. Tal conduta acaba por resultar em uma lacuna na literatura tanto nacional, quanto internacional no que diz respeito ao conhecimento da realização da mamografia e papanicolau nesta faixa etária (NOVAES; MATTOS, 2009).

Cabe ao enfermeiro da ILPI desenvolver um cronograma de exames preventivos, além de momentos de educação em saúde para a adesão das idosas a essa prática. Além disso, é importante que se tenha o registro adequado desses procedimentos, para posteriores avaliações e comparações. Em caso de alteração, assim como realizado neste estudo, a idosa deverá ser encaminhada para serviço de referência.

Observa-se que não há uma proposta do governo municipal em relação à realização de exames preventivos em idosas institucionalizadas. Existem ações isoladas, por parte de algumas ESF, no entanto sem um seguimento específico.

Com relação à avaliação da genitália externa feminina, não obteve alteração, entretanto em 8,2% das idosas a higiene íntima era precária. O mesmo foi observado em relação aos idosos, os quais 36,0% mantinham precárias condições de higiene. Observou-se que a precariedade da higiene íntima encontrada no neste estudo estava associada com a incapacidade para chegar até o sanitário e realizar uma higiene adequada assim como a capacidade de manipular as roupas íntimas (NANDA, 2006). Tal situação aparece descrita na literatura na forma de déficit de autocuidado para a higiene íntima. Em estudo realizado em ILPI pública da cidade

de Fortaleza-CE, observou-se que 20% dos idosos apresentavam déficit de autocuidado para higiene íntima (FREITAS; PEREIRA; GUEDES, 2008).

É necessário que tanto a enfermagem, quanto os cuidadores auxiliem as idosas durante a realização da higiene íntima, devido à limitação física, diminuição do equilíbrio e da visão. A higiene íntima adequada tem o intuito de promover o conforto e prevenir o desenvolvimento de infecção do trato urinário.

Cabe ao enfermeiro, sensibilizar a equipe de enfermagem e os cuidadores sobre a importância de manter higiene adequada dos idosos, principalmente dos dependentes, e visa prevenir o desenvolvimento de infecções, lesões da pele e mesmo de úlceras por pressão. Ressalta-se que essa atividade faz parte dos cuidados de enfermagem para a manutenção do conforto dos idosos.

Em 24,0% dos idosos foi verificada a presença de ginecomastia, condição considerada normal durante o processo de envelhecimento. Contudo, suscita uma melhor avaliação para que outras causas sejam descartadas como: tumores, hepatopatia e uso de medicamentos (CUNHA; VALLE; MELO, 2006).

5.2.15 Necessidade psicossociais

O resultado das necessidades de segurança, comunicação e interação, estão descritas na tabela 18, a seguir.

Tabela 18 - Distribuição das frequências relacionadas às variáveis psicossociais de segurança, comunicação e interação social dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

Variáveis psicossociais de segurança		
	n	%
Verbaliza ou manifesta		
Calma	38	44,2
Ansiedade	12	13,9
Agressividade e irritabilidade	11	12,8
Aflições	13	15,1
Retraído	6	7,0
Passividade	6	6,9
Comunicação		
Sem alteração	54	62,7
Verbalização diminuída	9	10,4
Verbalização imprópria	6	6,9
Verbalização diminuída e imprópria	5	5,8
Disartria	4	4,7
Ausência de contato visual	3	3,6

Outros	5	5,8
Interação social		
Boa interação	55	63,9
Resposta diminuída a estímulos	11	12,7
Permanece sozinho	8	9,3
Não comunica-se com os outros	4	4,7
Não participa de atividades	4	4,7
Outros	4	4,7
Visita		
Sim	57	66,3
Não	29	33,7
Quem visita		
Filhos	26	30,2
Amigos	7	8,1
Irmãos	10	11,6
Outros	11	12,8
Frequência da visita		
Diária	3	3,5
Semanal	23	26,7
Mensal	9	10,5
Raramente	22	25,6
Não recebe visita	29	33,7

A maioria dos idosos mantinha-se calmos (44,2%). Entretanto, também foi verificado, em menor frequência, sentimentos como: ansiedade (13,9%), irritação (12,8%) e aflição (15,1%), (Tabela 18). A própria institucionalização contribuiu para a prevalência desses sentimentos, com a frequente sensação de desamparo, desmotivação e desencorajamento vivenciada por alguns idosos. Tais sentimentos acabavam por desencadear um comportamento dependente, fruto da dificuldade de aceitação e adaptação à nova realidade de vida (MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010).

Quanto à comunicação, a alteração prevalente foi a verbalização diminuída (10,4%), (Tabela 18). Em estudo realizado em ILPI da cidade de Porto Alegre-RS, encontrou frequência semelhante, no qual 9,9% dos idosos apresentavam comunicação verbal prejudicada (OLIVEIRA et al., 2008). Já em pesquisa realizada por em ILPI na cidade de Ceará-PE, observou-se que mais de 50% dos idosos apresentavam comunicação verbal prejudicada, frequência superior a este estudo (FREITAS; PEREIRA; GUEDES, 2008).

As alterações da comunicação verbal, normalmente são associadas às disfunções de linguagem e comunicação relacionadas, principalmente, ao acidente

vascular encefálico. Podem, ainda, afetar a autoimagem e a interação social (OLIVEIRA, et al., 2008), uma vez que a linguagem é um instrumento socializador, mediador das relações entre o homem e o mundo (BOCK, 2003).

No que concerne à interação social, 63,9% interagem bem com os demais idosos, funcionários e visitantes, (Tabela 18). Resultado divergente foi observado em estudo realizado com idosos institucionalizados em Porto Alegre-RS, no qual 7% dos indivíduos apresentavam interação social prejudicada (OLIVEIRA et al., 2008).

Verificou-se que 66,3% dos idosos recebiam visitas, (Tabela 18). Pesquisa realizada com idosos no DF encontrou percentual inferior (50,8%) ao observado no neste estudo em relação às visitas (ARAÚJO et al., 2008). Os idosos eram visitados por seus filhos (45,6%), (Tabela 18). Diferentemente, investigação realizada em ILPI de Curitiba-PR, na qual predominaram vizinhos ou amigos (80%) (LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ, 2010).

A maior presença dos filhos nas ILPI, neste estudo diverge dos dados descritos na literatura, a qual descreve a prevalência de idosos com pouco ou nenhum contato com seus familiares, e contribui para o predomínio de sintomas depressivos, sentimento de carência e isolamento (DAVIM et al., 2004; REZENDE et al., 2007).

Por isso, a identificação da presença de familiares em visitas semanais, (Tabela 18), neste estudo é considerado um fator positivo, por diminuir a falta que os idosos sentem do contato com seus amigos, familiares (LOPES et al., 2007) ou seja com a sua própria história de vida.

Desse modo, os profissionais de saúde das ILPIs devem estimular o vínculo entre os idosos e seus familiares, e contribuir para a sua inserção social tanto no ambiente familiar, quanto na sociedade.

A tabela 19, a seguir, descreve o grau de dependência dos idosos em relação à realização das atividades instrumentais da vida diária.

Tabela 19 - Distribuição das frequências relacionadas às variáveis da escala de atividades instrumentais da vida diária dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

Variáveis	Escala de atividades instrumentais da vida diária					
	Sem ajuda		Com ajuda		Não consegue	
	n	%	n	%	N	%
Uso de Telefone	7	8,1	10	11,6	69	80,2
Viagens	1	1,2	8	9,3	77	89,5
Compras	3	3,5	6	6,9	77	89,5
Refeições	3	3,5	23	26,7	60	69,8
Trabalho	14	16,3	1	1,2	71	82,5
Medicações	2	3,5	11	12,7	72	83,7
Dinheiro	9	10,5	4	4,7	73	84,9

Os idosos não realizavam todas as atividades, apresentando maior percentual de dependência para realizar viagens (89,5%) e compras (89,5%), (Tabela 19). Um percentual inferior foi observado em ILPI no Rio Grande do Sul, na qual 22,6% dos idosos eram dependentes para realizar viagens (22,6%) e 67,8% para compras (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009).

Com relação à capacidade de realizar pequenas viagens e compras, destaca-se que alguns idosos somente saem da ILPI para ir aos serviços de saúde, não participam dos passeios coletivos ou mesmo familiares.

Sabe-se que o processo de envelhecimento traz alterações graduais das funções cognitivas (SOUZA et al., 2010), o que não impede que o idoso permaneça ativo e exerça o seu papel social na família e sociedade. No entanto, as rotinas das ILPIs acabam por tirar esse direito do idoso, ao seguirem o modelo disciplinador e conservador, pautado em normas rígidas contrárias a manutenção da capacidade crítica-participativa e criativa dos indivíduos (JESUS et al., 2010).

Assim, o idoso institucionalizado encontra-se sujeito à inatividade e ao isolamento social, na medida em que se mantém fora do convívio familiar e dependente das rotinas institucionais. Fatores que contribuem para a diminuição da autonomia e da autoestima favorecem o aumento do grau de dependência do idoso.

A ILPI tem por responsabilidade manter a inserção social dos idosos, garantido o exercício dos direitos humanos, quer seja em âmbito civil, político, econômico e cultural. Além de promover a integração do idoso nas atividades desenvolvidas na comunidade, bem como a participação da família e comunidade na vida dos internos, valorizando o convívio entre as diferentes gerações (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

O enfermeiro da ILPI é responsável por prestar uma assistência que contribua para a manutenção da autonomia dos idosos. Com isso, deve desenvolver estratégias que estimulem os idosos a se autocuidarem, manifestem suas opiniões e preferências, por meio de plano de cuidados individualizados, grupos de educação em saúde e oficinas de cuidados.

Os idosos podem ser estimulados a participar da rotina da instituição, auxiliar em tarefas domésticas simples e realizar trabalhos manuais de acordo com sua vontade e interesse. Além de auxiliarem na manutenção da autonomia essas atividades contribuem para o seu desempenho físico, para sua autoestima e podem-se configurar para muitos em atividades de lazer (MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010). Além do mais a ILPI deve manter um cronograma de passeios e atividades que contribuam para manutenção da inserção social do idoso na comunidade, assim como da comunidade nas rotinas institucionais.

A EDG foi aplicada a 68,6% dos idosos avaliados, uma vez que os demais não conseguiram responder as questões da escala. Verificou-se que 52,5% dos idosos apresentavam indicativo de depressão, com o número de sintomas depressivos em média de 6,3 sintomas (DP= 2,9). Uma prevalência inferior foi encontrada em estudo realizado com idosos institucionalizados na cidade de Curitiba-PR (42,8%) (NEU et al., 2011). Assim como em estudo realizado em ILPI da cidade de Goiânia-GO, o qual verificou que 44,1% dos residentes apresentavam sintomas indicativos depressão (MENEZES et al., 2011).

O idoso residente na ILPI encontra-se sujeito ao sentimento de abandono, dependência e inutilidade, conseqüente a separação de seu ambiente familiar, social e cultural. Tais sentimentos contribuem para o desenvolvimento de depressão (ANDRADE et al., 2005).

Observa-se que os sinais e sintomas de transtornos depressivos entre os idosos, nem sempre são valorizados, e são associados às características próprias do processo de envelhecimento. Isto faz com que muitos idosos permaneçam sem diagnóstico e tratamento adequado, sujeitos ao sofrimento, incapacidade e conseqüentemente perda da qualidade de vida (SANTOS et al., 2010).

A assistência de enfermagem deve ser voltada para a manutenção da integridade física e mental baseada nos sinais e sintomas apresentados pelo idoso deprimido. Por isso é importante, as avaliações periódicas do estado de saúde dos residentes. O enfermeiro deve estar atento à presença de sintomas indicativos de

depressão, e, referenciar, se necessário, esses indivíduos para avaliação especializada. Além de desenvolver atividades que os estimulem a verbalizarem seus sentimentos a manterem-se participativos da rotina da ILPI e da comunidade, assim como da vida familiar.

Com relação às atividades de lazer e recreação, observou-se que 60,2% dos idosos permaneciam o tempo todo inativos. A deficiência de atividades recreativas está presente na maior parte das ILPIs (OLIVEIRA et al., 2008).

As atividades recreativas, realizadas pelos idosos eram: assistir jornal e novela (22,1%), ouvir rádio (4,7%), realizar passeios (8,0%) e leitura (3,5%). Em pesquisa conduzida com idosos institucionalizados em Ipatinga-MG verificou percentual superior ao observado neste estudo (63,4%) (ANDRADE et al., 2005). A mesma prevalência foi observada em idosos no Vale do Paraíba-SP, em que a preferência dos idosos era para assistir televisão (63,1%) e escutar música (36,9%) (ARAÚJO et al., 2010). Diferente da realidade encontrada neste estudo os idosos de uma ILPI do estado de São Paulo tinham a opção de participar de atividades, tais como: dança, aulas de computação, coral, artesanatos e pintura além das habituais assistir TV e rádio (MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010).

Ressalta-se que, embora, os idosos realizavam alguma atividade recreativa, essas contribuem para a inatividade física, por não serem relacionadas à locomoção e a mobilidade física.

De acordo com a vivência prática, as instituições não estão preparadas para atender às necessidades psicossociais dos idosos. Verifica-se que a maioria das atividades desenvolvidas nas ILPIs são voltadas para satisfazer questões psicobiológicas. Os profissionais de saúde tem dificuldade em lidar com os aspectos da subjetividade das pessoas, principalmente desse grupo, que se apresenta como uma parcela da população com peculiaridades tão expressivas.

Portanto faz-se necessário realizar educação em saúde com todos os profissionais envolvidos no cuidado ao idoso, com intuito de refletir sobre essas questões, assim como definir estratégias que auxiliem a atender às necessidades psicoespirituais desse grupo.

5.2.16 Necessidades psicoespirituais

Em relação à prática religiosa, 29,1% dos idosos afirmaram desenvolver atividades, como orar (56,0%) e ir à missa (36,0%). A prática religiosa para muitos idosos traz um alento, e proporciona por meio da oração momentos de tranqüilidade e bem-estar (ANDRADE et al., 2005). Além disso, observou-se que durante a prática profissional, que também se constitui em um momento de integração dos idosos com indivíduos da comunidade e familiares.

Com relação ao desejo de participar de atividades religiosas, 26,7% dos idosos referiram que desejam ir à missa (56,5%) e visitar pessoas doentes (8,7%). A resposta dos idosos remete-se aos seus hábitos de vida anteriores a institucionalização e que devido à rotina local e a ausência do vínculo familiar acabaram por se perder. No entanto, é imprescindível o desenvolvimento de parcerias com grupos religiosos, familiares e voluntários para que essas atividades sejam incorporadas a rotina da instituição, e valorize o desejo dos idosos.

5.3 FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS

Nesse tópico foram descritos os resultados da associação entre o número de sintomas depressivos e as variáveis: sexo, idade, escolaridade, tempo de institucionalização, número de medicamentos, incapacidades funcionais para as AVDs e morbidades, dor e declínio cognitivo.

A tabela 20, a seguir, apresenta as médias do número de sintomas depressivos segundo sexo, indicativo de declínio cognitivo e dor dos idosos.

Tabela 20 - Médias do número de sintomas depressivos segundo sexo, indicativo de declínio cognitivo e dor entre os idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

Variáveis	Sintomas depressivos			
	Média	DP	T	p
Sexo				
Masculino	6,13	3,00	-0,23	0,82
Feminino	6,34	3,02		
Declínio cognitivo				
Sim	7,12	2,79	2,37	0,02
Não	5,32	2,95		
Dor				
Sim	6,50	3,26	0,47	0,64
Não	6,12	2,78		

A média dos sintomas depressivos não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($t=-0,23$; $p=0,82$), (Tabela 20). Embora não tenha sido observada diferença entre as médias de sintomas depressivos entre os sexos, muitos trabalhos consideram a mulher mais propensa a desenvolver a doença, possivelmente relacionada aos estressores variados ao longo da vida, aos partos, modelos comportamentais apreendidos e efeitos hormonais (JUSTO; CALIL, 2006; KAPLAN; SADOCK, 2006; SANTOS et al., 2010).

No entanto, é importante que o enfermeiro reconheça as características da depressão nos diferentes sexos, para que possa identificar o mais precoce os idosos com sintomas indicativos da doença e encaminhá-los para avaliação especializada. A depressão pode resultar em uma pior qualidade e expectativa de vida relacionada à privação interpessoal, à coexistência de doenças somáticas e mesmo às tentativas de suicídio (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006).

Os idosos com declínio cognitivo apresentavam maior número de sintomas depressivos em comparação aos idosos sem indicativo de declínio cognitivo ($t=2,37$; $p=0,02$), (Tabela 20). Em estudo comparativo entre idosos institucionalizados e residentes na comunidade no Estado de São Paulo também verificou o predomínio de sintomas depressivos em idosos com indicativo de declínio cognitivo (PLATI et al., 2006).

A institucionalização contribui para a incidência de sintomas depressivos, assim como, o agravamento de declínio cognitivo, uma vez que insere o idoso em uma rotina de horários e de regras e subtrai a sua individualidade e autonomia, fazê-lo sentir-se como apenas mais um (CHERLONI et al., 2003).

Além disso, observa-se a ausência de atividades nas ILPIs que estimulem a cognição. As atividades educativas e de recreação são importantes na prevenção de agravos à saúde, na medida em que possibilitam a aprendizagem e o desenvolvimento de novas estratégias que contribuem para a qualidade de vida dos idosos (ÁVILA, 2003).

Por isso, é importante que os idosos sejam estimulados a desenvolver atividades que modifiquem sua rotina e os mantenham ativos socialmente, como participar de oficinas de história, grupos de música, de dança, de trabalhos manuais, passeios, entre outros. O enfermeiro deve orientar os cuidadores e a equipe de enfermagem a valorizar a opinião dos idosos, respeitar suas preferências, durante atividades rotineiras como a escolha da roupa, dos locais e objetos.

Os sintomas depressivos entre os idosos não esteve associado à dor ($t=0,47$; $p=0,64$), (Tabela 20). Contudo, deve-se ressaltar que a prevalência de dor por longos períodos, assim como, problemas nutricionais e emagrecimentos, provocam a existência de doenças físicas que diminuem a autonomia e podem influenciar decisivamente no desenvolvimento de depressão (SIQUEIRA et al., 2009).

No mais, quando se considera os idosos deprimidos é comum encontrar o relato de queixas álgicas, de maior duração e intensidade (YU et al., 2006; CARMACIU et al., 2007)

A tabela 21, a seguir, apresenta a correlação do número de sintomas depressivos e as variáveis: idade, escolaridade, tempo de institucionalização, número de morbidades, número de incapacidades para as ABVDs e AIVDs e número de medicamentos utilizados pelos idosos.

Tabela 21 - Correlação do número de sintomas depressivos e as variáveis: idade, escolaridade, tempo de institucionalização, número de morbidades, número de incapacidades ABVD e AIVD, número de medicamentos dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

Variáveis	Correlação	
	<i>r</i>	<i>p</i> *
Idade	0,12	0,37
Escolaridade	0,13	0,34
Tempo de institucionalização	-0,04	0,79
Número de morbidade	0,16	0,23
ABVDs	0,23	0,09
AIVDs	-0,15	0,26
Número de medicamentos	0,11	0,42

* $p < 0,05$

Não foi observada correlação entre o número de sintomas depressivos e as variáveis: idade ($p=0,37$), escolaridade ($p=0,34$), tempo de institucionalização ($p=0,79$), número de morbidade ($p=0,23$), número de incapacidades funcionais para as ABVDs ($p=0,23$) e AIVDs ($p=0,26$) e número de medicamentos ($p=0,42$), (Tabela 21). Em estudo realizado em ILPIs do Rio Grande do Sul-RS, também não encontrou correlação entre idade e escolaridade (SMELTZER; BARE, 2002). Assim como em pesquisa realizada com idosos institucionalizados no Rio de Janeiro também não se observou associação entre tempo de institucionalização e depressão (SIQUEIRA et al., 2009).

Embora, não tenha sido verificada correlação entre o número de sintomas depressivos e as variáveis estudadas, observa-se que os fatores como idade, personalidade, história de vida, e as modificações recentes das características do

ambiente contribuem para a prevalência de sintomas depressivos (ANDRADE et al., 2005).

Alguns estudos referem que a prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados é maior do que em idosos residentes na comunidade, cerca de 22% dos residentes (GORDILHO, 2002). A própria institucionalização é considerada como um fator de risco para o desenvolvimento da doença (NEU et al., 2011), o qual aumenta nos primeiros meses de institucionalização (ROACH, 2003).

A depressão é considerada um problema de saúde frequente entre os idosos mais velhos. Contudo, na maioria das vezes é difícil estabelecer o diagnóstico na prática clínica (ARGIMON; STEIN, 2005). Pois é comum a associação dos sintomas depressivos às características próprias do envelhecimento, o que acaba por dificultar a definição de um diagnóstico rápido e seguro (TIER; LUNARDI; SANTOS, 2008).

Faz-se necessário que os sintomas indicativos de depressão em idosos sejam objeto da educação continuada entre os profissionais nas ILP. O enfermeiro deve aproveitar esse momento para trabalhar com a equipe de enfermagem e cuidadores os mitos relacionados ao processo de envelhecimento. Assim, esses profissionais estarão atentos às modificações do comportamento dos idosos, e reportar-se tanto ao enfermeiro, quanto aos demais membros da equipe multiprofissional para que sejam definidos os cuidados necessários. A identificação precoce de idosos que apresentam sintomas depressivos auxilia a diminuir a incidência de morbidade e mortalidade neste grupo etário (LENARDT; MICHEL; TALLMANN, 2009).

5.4 FATORES ASSOCIADOS À INCAPACIDADE FUNCIONAL PARA ABVD E AIVD

Nesse tópico descreve-se a associação entre número de incapacidades funcionais tanto para as ABVD, quanto para as AIVD e as variáveis: sexo, declínio cognitivo, dor, idade, tempo de institucionalização, número de medicamentos e morbidade.

A mediana para a ABVD foi de 2 para os homens e 3 para as mulheres, variando de 0 até 6 incapacidades funcionais. Já em relação às AIVDs observou-se mediana de 7 entre as mulheres e 9 entre os homens com valores mínimo de 7 e máximo de 18. De modo que não se verificou associação entre o número de incapacidades funcional tanto para a ABVD ($Z=0,79$; $p=0,42$), quanto para AIVD ($Z=1,83$; $p=0,68$) e o sexo. Pesquisas brasileiras divergem desses achados. Em

estudo de base populacional realizado no sul do país, observou que as mulheres idosas apresentavam maior prevalência de incapacidade funcional para as ABVD em relação aos homens (FIEDLER; PERES, 2008). Em outra investigação realizada na comunidade, também verificou que as mulheres idosas apresentavam maior dependência para realizar tarefas domésticas, manipular dinheiro, fazer compras e utilizar meio de transportes sozinhas (NUNES et al., 2010).

As mulheres tendem a referir maior número de incapacidades funcionais em relação aos homens, fato que aumenta com a idade, e gerar maior dependência e necessidade de cuidados (CAMARANO; 2006; CHRISTOPHE, 2009). Destaca-se que a dependência inicial tende a piorar com o processo de institucionalização. Durante a prática profissional, observou-se que as ILPIs possuem dificuldade em desenvolver estratégias para preservar a capacidade funcional dos idosos.

Em relação às ABVD e o declínio cognitivo, não foi obtida diferença significativa ($t=1,52$; $p=0,13$). Diferente do deste estudo, pesquisa realizada em um ambulatório de Geriatria, verificou que 40% dos idosos que apresentavam dependência importante para as ABVD possuíam declínio cognitivo (SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008).

Os idosos com declínio cognitivo apresentaram maior número de incapacidade funcional para as AIVDs comparado aos sem declínio ($Z=-3,13$; $p=0,002$). Em estudo com idosos residentes na comunidade observou-se correlação, estatisticamente, significativa entre AIVD e declínio cognitivo (NUNES et al., 2010).

As perdas cognitivas podem trazer prejuízo a capacidade de realizar as AIVD, à medida que são consideradas atividades complexas que demandam habilidade de julgamento, raciocínio e planejamento (OLIVEIRA et al., 2008), ou seja, os indivíduos que apresentam declínio cognitivo possuem mais dificuldade de realizar essas atividades, como: lidar com dinheiro, medicamentos, realizar compras, entre outras.

Ressalta-se que a rotina da institucionalização contribui para o desenvolvimento de incapacidades relacionadas às AIVD. O idoso institucionalizado perde a sua independência, na medida em que tem todas as suas necessidades sociais supridas pelo cuidador.

De modo geral, mesmo na presença de declínio cognitivo é esperado que o grau de dependência para realizar as ABVDs, por serem funções básicas de cuidado, seja inferior às demais medidas de incapacidade funcional, principalmente

as relacionadas às atividades instrumentais (ALVES et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2008).

Quanto à ABVD ($t = -1,61$; $p = 0,11$) e a presença de dor não foi observada diferença estatisticamente significativa. Já em relação às AIVD foi observada diferença ($t = 2,01$; $p = 0,04$) estatisticamente significativa. Diferente do deste estudo, a investigação com idosos institucionalizados na cidade de Jequié-BA, utilizou o Índice de Barthel, observou-se a diferença estatisticamente significativa entre capacidade funcional para atividades como banho, vestir-se, transferência, higiene e a presença de dor (REIS; TORRES, 2011).

A presença de dor nos idosos contribui para diminuição da sua independência e autonomia, uma vez que limitam o desempenho das AVDs, principalmente as instrumentais que resultam em pior qualidade de vida (REIS; TORRES, 2011).

A tabela 22, a seguir, apresenta a correlação entre o número de incapacidades funcionais para as ABVD e AIVD segundo as variáveis: idade, escolaridade, número de morbididades, tempo de institucionalização, número de medicamentos utilizados pelos idosos.

Tabela 22 - Correlação do número de incapacidades para ABVD e AIVD segundo as variáveis: idade, escolaridade, número de morbididades, tempo de institucionalização, número de medicamentos dos idosos residentes em ILPI, Uberaba, 2011.

Variáveis	ABVD		AIVD	
	<i>r</i>	<i>*p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
Idade	0,03	0,79	0,01	0,92
Escolaridade	-0,24	0,02	0,22	0,04
Tempo de institucionalização	-0,32	<0,001	0,02	0,06
Número de medicamentos	0,01	0,94	0,16	0,13
Número de morbidade	0,14	0,21	0,25	0,02

**p < 0,01*

Não foi observada correlação entre o número de incapacidade funcional tanto para ABVD, quanto para AIVD e as variáveis idade e escolaridade, (Tabela 22). Resultado semelhante foi observado em estudo realizado com idosos da comunidade de Ribeirão Preto-SP, o qual não observou diferença estatisticamente significativa entre a incapacidade funcional para a AIVDs e a idade ($p = -0,47$) (FHON, 2011). Já estudo multicêntrico realizado na cidade de São Paulo-SP, observou forte relação entre incapacidade funcional, tanto ABVD, quanto AIVD e a escolaridade (ROSA et al., 2003).

Entretanto, observa-se que a idade avançada é considerada um fator de risco para a prevalência de incapacidade funcional, tanto ABVD, quanto AIVD, como consequência a diminuição da agilidade, coordenação, equilíbrio, flexibilidade, mobilidade articular e aumento da rigidez da cartilagem, dos tendões e dos ligamentos (MONTENEGRO; SILVA, 2007).

Verificou-se que quanto maior o número de incapacidade funcional para as ABVD menor o tempo de institucionalização, sendo a correlação moderada ($r=-0,32$; $p<0,001$), (Tabela 22). Os resultados encontrados neste estudo denotam que os idosos que são encaminhados para as ILPI apresentam maior número de incapacidades funcionais para as ABVD, em relação aos que se encontram a mais tempo institucionalizados. Essa relação justifica-se pelo fato da incapacidade funcional ser considerada como um fator de risco para a institucionalização (ALVES et al., 2007).

Além disso, conforme observado na prática profissional as famílias possuem dificuldade em cuidar dos idosos que apresentam dependência funcional, principalmente, relacionadas às ABVD, consequente a demanda de cuidados.

Também não foi verificada associação significativa entre número de incapacidade funcional para ABVD ($|r| = 0,14$; $p=0,21$) e AIVD ($|r| = 0,25$; $p=0,02$) em relação ao número de morbidades, (Tabela 22). Em estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto-SP não foi verificada relação entre AIVD e número de morbidades (FHON, 2011). Diferentemente neste estudo a investigação domiciliar realizada na cidade de São Paulo-SP, observou forte influência das doenças crônicas sobre a capacidade funcional dos idosos (ALVES et al., 2007).

O acompanhamento da capacidade funcional dos idosos para as AVD constituiu-se em um indicador fundamental para a avaliação da qualidade da sua vida (MENEZES et al., 2011).

6 CONCLUSÃO

A maioria dos idosos era do sexo feminino, na faixa etária de 80 anos ou mais cor branca, católicos, analfabetos, viúvos, com renda de um salário mínimo proveniente de aposentadoria e procedentes de Uberaba.

Quanto às causas de institucionalização observou-se que os idosos procuraram a ILPI por morarem sozinhos e por terem dificuldade de conviver com os familiares, ou mesmo, por não terem família. O tempo de permanência foi de 2 a 5 anos.

Predominaram os idosos que: possuíam uma morbidade, prevaleceu a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, faziam uso de 1-4 medicamentos, predominando os anti-hipertensivos e antiepilético e estavam normotérmicos. Ressalta-se que 16,3% foram hospitalizados, no último ano, devido acidente encefálico, diarreia e infecção do trato urinário. A imunização contra influenza (75,6%) e H1N1 (73,3%), o tabagismo (25,6%) e o etilismo (3,5%) também foram detectados entre os idosos.

Na avaliação da percepção sensorial verificou que os idosos possuíam: declínio cognitivo (58,3%), com maior percentual entre os homens, na faixa etária de 80 anos ou mais e 1-4 anos de estudo, acuidade auditiva diminuída (62,8%) e dor (31,4%), principalmente entre as mulheres, na faixa etária de 80 anos ou mais.

Quanto à integridade tecidual obteve-se: pele normocorada, turgor e elasticidade diminuída, seca e espessura normal, úlcera por pressão (3,5%), localizadas em trocanter e calcâneo, unhas espessas e associadas a hiperqueratose ungueal, musculatura hipotrófica (52,3%), embora mantivesse tônus normal.

O peso médio era de 55 kg e altura 1,53 cm. De acordo com IMC, 45,3% possuíam baixo peso, no entanto, apresentavam alto risco para desenvolver complicações metabólicas relacionadas ao aumento da circunferência abdominal (37,2%).

Em relação à cavidade oral, os idosos eram edêntulos (73,3%), faziam uso de prótese dentária (39,5%) e possuíam higiene oral precária (43%). A maioria dos idosos não apresentava alterações alimentares (68,6%), mas mantinham ingestão hídrica média de 3,5 copos/dia de água.

Quanto à eliminação verificou incontinência urinária (50,0%) e hábito intestinal irregular (18,1%).

Os idosos dormiam em média, 7,18h/dia, e eram satisfeitos e apresentavam: dependência para as ABVDs (banho e vestir), sedentarismo (97,7%), diminuição da mobilidade dos MMSS (51,2%) e da força de preensão das mãos tanto direita (61,0%), quanto esquerda (64,0%), contudo, mantinham força grau 4 em MMII e locomoviam sem necessidade de auxílio. A maioria dos idosos (98,8%) não possuía atividade sexual, estavam satisfeitos com essa condição e não realizaram mamografia (44,3%), além de não saberem informar sobre o Papanicolau (42,6%).

Em relação à NHB psicossociais os idosos apresentavam-se calmos (44,2%) mantinham comunicação sem alteração (63,9%), com uma boa interação social (66,3%) e recebiam visitas dos filhos e irmãos semanalmente. O indicativo de depressão foi identificado em 52,5% dos idosos. Os idosos eram dependentes para todas as funções das AIVDs, principalmente para fazer compras (89,5%) e viagens (89,5%).

Quanto à NHB psicoespiritual, 29,1% tinha prática religiosa, como ir à missa (36,0%) e orar (56,0%).

Foi verificada a associação entre o número de sintomas depressivos e o indicativo de declínio cognitivo. O maior número de incapacidade funcional para a ABVD correlacionou-se, moderadamente, com o menor tempo de institucionalização.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo foram discutidos com os profissionais de saúde e diretores das ILPI com intuito de auxiliar no planejamento da atenção a saúde dos internos.

Diante disso, é importante que as instituições juntamente com os profissionais de saúde padronizem a rotina de avaliação do estado de saúde dos idosos, definem um instrumento e a forma de armazenamento das informações, uma vez que, é imprescindível a manutenção de prontuários completos e atualizados.

Cabe ao enfermeiro definir a rotina de avaliação de enfermagem dos internos, construir um plano de cuidado individualizado que permita a definição de estratégias de promoção, de prevenção e de manutenção da saúde dos idosos. Para isso, além da consulta de enfermagem, faz-se necessária a implementação de educação continuada com os cuidadores e técnicos de enfermagem acerca das principais necessidades de cuidados dos idosos.

Observa-se que as ILPI encontram-se sozinhas frente às demandas de cuidado dos idosos, por isso é interessante que se construam parcerias com a ILPI, com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com as instituições de ensino e a comunidade.

O enfermeiro da ILPI deve manter contato com as equipe ESF próxima às instituições, buscar apoio para as atividades como: imunização, exames preventivos, educação em saúde e continuada, avaliação médica e odontológica quando necessário.

Além disso, a parceria com as instituições de educação, por meio do ensino clínico contribuem para atualização dos profissionais da ILPI, promovem as intervenções de saúde, sociais, espirituais que auxiliam no atendimento das necessidades dos idosos.

Deve-se ainda, buscar apoio da comunidade para solucionar a prevalência da inatividade nas instituições por meio da criação de oficinas de trabalhos manuais, grupos de oração, leitura, caminhadas, ginástica elaborada entre outros.

Do mesmo modo a família também deve ser envolvida na rede de suporte ao idoso institucionalizado, oferecer o apoio emocional aos internos, durante as visitas e atividades da instituição.

A avaliação do estado de saúde dos idosos residentes na ILPI deve ser sistemática, baseada na identificação das NHB afetadas e subsidiar o cuidado direcionado a esse grupo populacional crescente, com o intuito de promover a manutenção da independência e autonomia dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada**: RDC 283, de 26 de setembro de 2005. Brasília: Anvisa, 2005. Disponível em: <<http://www.ciape.org.br/resolucao383.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2010.
- AIKAWA, A. C. et al. Estudo correlacional do pé geriátrico com requisitos cinético-funcionais. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 395-405, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=2816&dd99=pdf>>. Acesso em: 12 out. 2011.
- AIRES, M.; PAZ, A. A; PEROSA, C. T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 492-499. set. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8239/6996>>. Acesso em: 10 ago. 2011
- ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e desabafos. Campinas: Alínea, 2004.
- ALVES, B. G.; SILVA, R. I.; ALMEIDA, M. S. (Org.). **Manual para apresentação de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT**. Uberaba: UFTM, 2011.
- ALVES, L. C. et al. Influência das doenças crônicas na capacidade funcional de idosos do município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1924-1930, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2011.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, jul./ago. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/630/63013416.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2012.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2011.
- ALMEIDA, O. P. Miniexame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 3B, p. 605-612, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n3B/1774.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2011.

AMORIM, F. et al. Cuidado à saúde bucal de idosos institucionalizados em Florianópolis: aproximando enfermagem e odontologia. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 6, n. 7, jul. 2009. Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/27960_3693.PDF>. Acesso em: 06 fev. 2012.

ANDRADE, A. C. A. et al. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência (ILP): proposta de ação de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 57-66, abr. 2005.

ANDRADE, D. D. G.; FONSECA, S. S.; STRACIERI, A. P. M. Mini avaliação nutricional, avaliação da capacidade cognitiva e funcional de idosos em uma instituição de longa permanência no município de Ipatinga-MG. **Nutrir Gerais-Revista Digital de Nutrição**, Ipatinga, v. 3, n. 5, p. 428-443, ago./dez. 2009. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/5_edicao/Artigo_MINI_AVALIACAO_NUTRICIONAL.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2012.

ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 271- 276, mar./abr., 2006.

ARAÚJO, C. L. O.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 619-626, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/10.pdf>>. Acesso em 3 jan.2012.

ARAÚJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 378-85, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/06.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2011.

ARAÚJO, M. V. M. et al. Atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados com a higiene bucal de idosos institucionalizados em Montes Claros-MG. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 10-17, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://ojs.hurevista.ufjf.br/index.php/aps/article/view/574/292>>. Acesso em: 07 fev. 2012.

ARAÚJO, N. P. et al. Aspectos sociodemográficos, de saúde e nível de satisfação de idosos institucionalizados no Distrito Federal. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, n. 17, v. 3-6, p. 123-132, maio/dez. 2008. Disponível em: <<http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/v17n3-6a1.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2012.

ARGIMON, I. I. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 64-72, jan./fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/08.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2011.

- AUGUSTO, A. C. C. et al. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2004. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15175928200400010006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 dez. 2011.
- ÁVILA, R. Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com Demência de Alzheimer Leve. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 139-146, jul./ago. 2003.
- BADILISSI, F. et al. Foot musculoskeletal disorders, pain, and foot-related functional limitation in older person. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 53, n. 6, p. 1029-1033, jun. 2005.
- BANDEIRA, F. M. et al. Comparação entre a cifose torácica de idosos pelo método flexicurva. **Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 12, n. 5, p. 381-386, 2010. Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/50710_5964.PDF>. Acesso em: 03 dez. 2011.
- BANDEIRA, E. M. F. S.; PIMENTA, F. A. P.; SOUZA, M. C. **Atenção à Saúde do Idoso: saúde em casa**. Belo Horizonte: SES/MG, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2012.
- BARBOSA, J. M. M.; DIAS, R. C.; PEREIRA, L. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007. Disponível: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 fev. 2012.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994.
- 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. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2008.
- BETTENCOURT, A. R. C. et al. Exame do tórax: aparelho respiratório. In: BARROS, A. L. B. L. et al. **Anamnese e exame físico**. Porto Alegre: Artmed, 2009. cap. 10. p. 203-223.
- BETTENCOURT, A. R. C.; MARTINS, I. Exame físico do tórax: aparelho respiratório. In: BARROS, A. L. B. L. et al. **Anamnese e exame físico avaliação diagnóstica da enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 10. p. 134-157.
- BOCK, A. M. B. **Psicologia e compromisso social**. São Paulo: Cortez, 2003.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 93, p.1131-1141.

BRANDÃO, A. R.; BRANDÃO, T. C. R. Envelhecimento cutâneo. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 84, p.1049-1055.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Características dos Indicadores. Fichas de Qualificação. **Índice de envelhecimento - A.15 - 2010**. Brasília: DATASUS, 2010.. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?lang=pt&node=A.15>>. Acesso em: 03 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Políticas de Assistência Social. Departamento de Desenvolvimento da Política de Assistência Social. Gerência de Atenção à Pessoa Idosa. **Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio de 2001**. Normas de funcionamento de serviços de atendimento ao idoso no Brasil. Brasília: MPAS, 2001. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/idoso/portaria_73_01.doc>. Acesso em: 15 set. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Projeto olhar Brasil**: Triagem de acuidade visual e manual de orientação. Brasília: MS/MEC, 2008a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/MANUAL_PROJETO_OLHAR_BRASIL.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989**. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. Brasília: DOU, 1989. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1868.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília: MS, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa**: um manual para profissionais de saúde. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: MS, 2006. Disponível em: < em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_cancer_colo_uterio_mama.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: MS, 2004a. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1720.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004b. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe Técnico**: campanha nacional de vacinação do idoso. Brasília: MS, 2005. Disponível em: <http://dev-pni.datasus.gov.br/PNI/Download/CGPNI/info_tec_campanha_vacina_idoso.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe Técnico**: campanha nacional de vacinação do idoso. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tecnico_vacina_2007_idoso.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe Técnico**: campanha Nacional de Vacinação do Idoso: 26 de abril a 9 de maio de 2008. Brasília: MS, 2008c. p. 1-15. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_influenza_2008.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Capítulo VII. Da família, da criança, do adolescente e do idoso. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 27 out. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em: 10 set. 2010

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasil: Presidência da República, 1986. Disponível: <http://sig.corenmg.gov.br/sistemas/file/doc/legislacoes/docs/doc_legis_12.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: DOU, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: 10 set. 2010

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: DOU, 2003. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 6, p. 88-105.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. R. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010. <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol27_n1_2010/vol27_n1_2010_notapesquisa_p233a235.pdf>. Acesso em: 10 set. 2010.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/idososalem60/Arq_16_Cap_08.pdf>. Acesso em: 02 out. 2010.

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157-165, set./dez. 2000.

CAMPOS, K.; OLIVEIRA, J. R. M.; BLASCA, W. Q. Processo de adaptação de aparelho de amplificação sonora individual: elaboração de um DVD para auxiliar a orientação a indivíduos idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 19-25, 2010. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n1/06.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2012.

CANNON, J. **A dictionary of British History**. Oxford: University Press, 2004.

CARMACIU, C. et al. Health risk appraisal in older people: prevalence, impact, and context of pain in the implications of GP. **The British Journal of General Practice**, London, v. 57, n. 541, p. 630-635, aug. 2007.

CARREIRA, L. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-273, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2012.

CARVALHO, A. A.; GOMES, L.; LOUREIRO, A. M. L. Tabagismo em idosos internados em instituições de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 339-346, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n3/v36n3a12.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2011.

CARVALHO, A. A.; GOMES, L.; TAVARES, A. B. Tabagismo em idosos em instituições brasileiras de longa permanência. **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa, v. 23, p. 167-172, 2010. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2010-23/2/167-172.pdf>>. Acesso em 05 fev. 2012.

CARVALHO FILHO, E. T.; CURIATI, J. A. E. Dor torácica no idoso. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 56, n. 10, out. 1999. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=428>. Acesso em: 19 fev. 2012.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

CARVALHO, J. A. M.; RODRÍGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/13.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2011.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 7, p. 106-130.

CHERLONI, C. F. P. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage). **Expressão**, Mossoró, v. 34, n. 1-2, p. 61-73, 2003. Disponível em: <http://www.uern.br/pdf/RevistaExpressao/RevistaExpressao_2003_5.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2011.

CHRISTOPHE, M. **Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?** 2009. 178f. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais) - Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ence.ibge.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=f1b628df-b86e-4eab-89a2-26d3086ded8a&groupId=37690208>. Acesso em: 21 nov. 2011.

CHUMLEA, W. C.; ROCHE, A. F.; STEINBAUGH, M. L. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 33, n. 2, p.116-20, feb. 1985.

COSTA, B. V. L. **Consumo de carnes e derivados e fatores associados ao estado nutricional de idosos em instituição de longa permanência de Belo Horizonte, MG.** 2009. 125f. Dissertação (Mestrado em Ciência Animal) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2009. Disponível em: <[http://opus.grude.ufmg.br/opus/opusanexos.nsf/4d078acf4b397b3f83256e86004d9d55/ab207ecacffbcc45832576e7004b5b42/\\$FILE/Dissertacao%20Bruna%20Vieira.pdf](http://opus.grude.ufmg.br/opus/opusanexos.nsf/4d078acf4b397b3f83256e86004d9d55/ab207ecacffbcc45832576e7004b5b42/$FILE/Dissertacao%20Bruna%20Vieira.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2012.

COSTA, E. F. A.; MONEGO, E. T. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). **Revista da UFG**, Goiânia, v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/aga.html>. Acesso em: 15 nov. 2011.

COUTINHO, M. P. L. et al. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psico-USF**, Itatiba v. 8, n. 2, p. 183-192, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a10.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

CUNHA, U. G. V.; VALLE, E. A.; MELO, R. A. O exame físico do idoso. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 94. p. 910-925.

CYRILLO, R. M. Z. **Diagnósticos de enfermagem no atendimento pré-hospitalar avançado móvel em vítimas de trauma.** 265f. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, Brasil. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-26082005-170428/pt-br.php>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 518-524, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a10.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2011.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDO SÓCIOECONÔMICO. Política de valorização do salário mínimo: considerações sobre o valor a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2012. **Nota Técnica**, n. 106, dez. 2011/ jan. 2012. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/notatecnica/notatec106PoliticaSalarioMinimo.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

DE MAIO, M.; OFENBÖCK MAGRI, I.; NARVAES BELLO, C. Toxina botulínica: relacion entre tipo de paciente y duracion del efecto. **Cirurgía Plástica Ibero-Latinoamericana**, Madrid, v. 34, n. 1, p. 19-26, ene./mar. 2008. Disponível em:<<http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v34n1/19.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2012.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. O. O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual à uma proposta de conteúdo programático. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 370-376, dez. 1999. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n4/v33n4a08.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2012.

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**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 13-17, 2007. Disponível em:<<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n1/13.html>>. Acesso em: 15 out. 2011.

DUARTE, Y. A. O. O Processo de Envelhecimento e a Assistência ao Idoso. In: MANUAL de Enfermagem. [200-]. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L. LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, jun. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/27.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2012.

FELICIANI, A. M. **Construção de ferramenta avaliativa fundamentada nas políticas públicas para idosos**: contribuições para o enfermeiro na prevenção de quedas. 2009. 98f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

FÉLIX, L. N. **Avaliação Nutricional em idosos em instituição geriátrica do Distrito Federal**: análise por diferentes instrumentos. 2006. 74f. Dissertação (Mestrado em nutrição humana)- Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

FERRARI, J. F.; DALACORTE, R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1597/1837>>. Acesso em: 09 fev. 2012.

FERREIRA, D. C. O; YOSHITOME, A. Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 63, v. 6, p. 991-997, nov./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/19.pdf>> Acesso em: 05 dez. 2011.

FERREIRA, R. C. et al. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2375-2385, nov. 2009.

FERREIRA, V. **Atividade física na 3ª idade**: o segredo da longevidade. Rio de Janeiro: Sprint, 2003.

FHON, J. R. S. **A prevalência de quedas entre os idosos e a sua relação com a fragilidade e capacidade funcional**. 2011. 130f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n2/19.pdf>>. Acesso em: 07 fev.2012.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; HIGH, P. R. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 12, n. 3, p.189-195, nov. 1975.

FRANK, M. H; RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap.35. p.376-387

FRANKEN, R. A.; ROSA, R. F. Fibrilação atrial no idoso. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 50. p. 508-512.

FRAZÃO, Z. S.; TASHIRO, M. T. O.; FUKUYA, N. Exame do aparelho locomotor. In: BARROS, A. L. B. L. et al. **Anamnese e exame físico**. São Paulo: Artmed, 2010. cap. 14. p. 280-296.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap.93, p. 900-909.

FREITAS, M. C. et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 143-50, mar. 2011.

FREITAS, M. C.; PEREIRA, R. F.; GUEDES, M. V. C. Diagnósticos de enfermagem em idosos dependentes residentes em uma instituição de longa permanência em Fortaleza-CE. **Ciências, Cuidado, Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 518-526, jul./set. 2008.

GANGULI, M. Depression, cognitive impairment and dementia: Why should clinicians care about the web of causation? **Indian Journal of Psychiatry**, Mumbai, v. 51, supl. 1, p. 29-34, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3038544/>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

GANONG, W. F. Controle da postura e do movimento. In: _____. **Fisiologia médica**. 15. ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall, 1993.

GARCIA, A. et al. A depressão e o processo de envelhecimento. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 111-121, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v07/m14569.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2011.

GAZONI, F. M. et al. Hipertensão sistólica no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 16, n. 1, p. 34-37, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/10-hipertensao.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

GERALDES, A. A. R. et al. A força de preensão manual é boa preditora do desempenho funcional de idosos frágeis: um estudo correlacional múltiplo. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 12-16, jan./fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n1/a02v14n1.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2011.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GONÇALVES, L. H. T. O cuidado da pessoa idosa no seu processo saúde e doença. In: SCHAWANKE, C. H. A; SCHNEIDER, R. H. (Org.). **Atualizações em geriatria e gerontologia: da pesquisa básica a prática clínica**. Porto Alegre: Edipucrs, 2008. p. 123-133.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 91, p. 1110-1116.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. A enfermagem gerontogeriatrica: perspectiva e desafios. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 57-68 - jan./jun. 2004. Disponível em: <http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/45/37>. Acesso em: 13 dez. 2010.

GONÇALVES, V. C.; ANDRADE, K. L. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 289-300, 2010.

GORDILHO, A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 25. p. 204-215.

GORZONI, M. L.; COSTA, A. E. F. As manifestações atípicas de doenças em idosos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 68, p. 866-869.

GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Idosos asilados em hospitais gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p.1124-1130, dez. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/24.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2011.

GORZONI, M. L.; PIRES, S. L.; FARIAS, L. F. C. Temperatura basal em idosos asilados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 173-178, 2010. Disponível em:<<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n2/v13n2a02.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2011.

GORZONI, M. L.; RUSSO, M. R. Envelhecimento respiratório. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 59, p. 596-599.

GOULART, D. et al. Tabagismo em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 313-320, 2010. Disponível:<<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n2/v13n2a15.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2012.

GRADIM, C. V.; SOUZA, A. M. M.; LOBO, J. M. A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/9826/6737>>. Acesso em: 16 fev. 2012.

GROISMAN, D. **A infância do asilo: a institucionalização da velhice no Rio de Janeiro da virada do século**. 1999.124f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

GUIMARÃES, E. M. B.; COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C. Semiologia do idoso. In: PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Semiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. cap. 9. p. 159-198.

GUIMARÃES, J. M. N.; CALDAS, C. P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 481-192, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n4/08.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

HEREDIA, V. B. M. et al. A Realidade do Idoso Institucionalizado. **Textos Sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 9-31, 2004. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2010.

HEYMEN, S. Psychological and cognitive variables affecting treatment outcomes for urinary and fecal incontinence. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 126, n. 1, supl. 1, p.146-151, 2004.

HORTA, W. A. **Processos de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IDE, M. R. et al. Exercícios respiratórios na expansibilidade Torácica de idosos: exercícios aquáticos e solo. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 33-40, abr./jun. 2007. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/public/7/archive/0007-00001557-FISIO_V._20_N._2._-_0003.PDF>. Acesso em: 15 jan. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brazilian population aging is in an accelerated rhythm and will stop increasing in 30 years. **Social Communication**, nov 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272>. Acesso em: 18 jan. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: MPOG, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010. Brasília: MPOG, 2010.

JACOB, C. R. et al. Texto extraído do livro atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 52, n. 18, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n52/a02v1852.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2011.

JESUS, I. S. et al. Cuidado sistematizado ao idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 285-292, jun. 2010.

JOBIM, E. F. C.; SOUZA, V. O.; CABRERA, M. A. S. Causas de hospitalização de idosos em dois hospitais gerais pelo Sistema Único de Saúde (SUS). **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 32, n. 1, p. 79-83, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/5631/5631>> Acesso em: 18 nov. 2011.

JOHNSON, M. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Depressão - o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 74-79, 2006.

Disponível em:< <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/74.html>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

KANO, C. E.; MEZZENA, L. H.; GUIDA, H. L. Estudo comparativo da classificação do grau de perda auditiva em idosos institucionalizados. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 473-477, jul./set. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11n3/71-08.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. Depressão. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**. 17. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap.15, p. 493-544.

KONG, T. K. Marjory Warren: the mother of geriatrics. **Journal of the Hong Kong Geriatrics Society**, v. 10, n. 2, jul. 2000. Disponível em:< <http://www.hkgs.org/Journal/v10200007/JHKGS0007p102.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2012.

KUH, D. et al. Grip strength, postural control, and functional leg power in a representative cohort of British men and women: associations with physical activity, health status, and socioeconomic conditions. **The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, Washington, v. 60, n. 2, p. 224-231, feb. 2005.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 2003.

LACHS, M. S. et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 112, n. 9, p. 699-706, may. 1990.

LAR DE ACOLHIMENTO AO IDOSO LIÇÃO DE VIDA. **Estatuto**. Uberaba: 2001.

LELIS, M. A. S.; CESARETTI, I. U. R.; GRANITO, F. F. Exame do abdome: aparelho digestório. In: BARROS, A. L. B. L. et al. **Anamnese e exame físico**. São Paulo: Artmed, 2010. cap. 11. p. 238-253.

LENARDT, M. H. et al. O desempenho de idosas institucionalizadas no minixame do estado mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 638-644, set./out. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/07.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; TALLMANN, A. E. C. A condição de saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 227-236, 2009.

LENARDT, M.; MICHEL, T.; WACHHOLZ, P. A. Autoavaliação da saúde e satisfação com a vida de idosas institucionalizadas. **Ciências, Cuidado, Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 246-254, abr./jun. 2010. Disponível em:<<http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8041/6073>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

LIBERMAN, S. Doença da tireóide e paratireóide. In: FREITAS et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2006. cap. 80. p. 787-790.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e Gênero: a vulnerabilidade de Idosas no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 273-280, maio/ago. 2009. Disponível em: <<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1173/792>>. Acesso em: 10 out. 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia a na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1665-1673, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n7/18.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2012.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, jan. 2008.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 55-67, mar. 1994.

LOPES, F. L. et al. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). **Ciências, Cuidado, Saúde**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 59-67, jan./mar. 2007.

LOPES, F. M.; BRITO, L. L. Fatores associados ao estado funcional de idosos com amputação por diabetes. **Revista Baiana**, Salvador, v. 33, n. 3, p. 402-415, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/rbsp/pdf/Revista%20Baiana%20v33%20n3%202009.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

LOPES, K. T. et al. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com a mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 3, p. 223-229, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n3/aop024_09.pdf>. Acesso em: 09 set. 2011.

LOPES, M. S.; ARANTES, R. C.; LOPES, R. G. C. Um breve ensaio sobre a aceitação da beleza na efemeridade dos corpos. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 45-61, dez. 2007. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2589/1643>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

LUCCHETTI, G. et al. Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p.38-43, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n2/v32n2a03.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2012.

LUCENA, M. M.; GUEDES, H. M. Diagnósticos de enfermagem do domínio nutrição identificados em idosos institucionalizados. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 1, n. 1, p. 90-98. nov./dez. 2008.

<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/marilda_lucena_e_helisa_mara_guedes.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2012.

MACIEL, A. C. Incontinência urinária. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 72. p. 723-732

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-44, 2005. Disponível em:<

http://www.aleixo.com/arquivos/artigos_ptg/Preval%C3%Aancia%20e%20fatores%20associados%20ao%20def%C3%ADcit%20de%20equilíbrio%20em%20idosos.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2011.

MACEDO, B. G. Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e no equilíbrio dos idosos: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 419-432, 2008. Disponível em:< http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v11n3/capitulo9.pdf>. Acesso em: 11 out. 2011.

MAGALHÃES, S. M. M. Anemia no idoso. **Prática hospitalar**, São Paulo, v. 10, n. 59, set./out. 2008. Disponível em:

<<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2059/pdf/12.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

MARCHON, R. M.; CORDEIRO, R. C.; NAKANO, M. M. Capacidade Funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 203-214, 2010.

MARQUES, A. C. O.; KOZLOWSKI, L.; MARQUES, J. M. Reabilitação auditiva no idoso. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 70, n. 6, p. 806-811, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v70n6/a17v70n6.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

MARQUES, D. K. A.; MOREIRA, G. A. C.; NÓBREGA, M. M. L. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de horta. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 2, n. 4, p. 410-416, 2008.

MARTINS, J. F. et al. Análise da Prevalência de Entidades Coloproctológicas nos Pacientes Idosos do Serviço de Coloproctologia de um Hospital Universitário.

Revista Brasileira de Coloproctologia, Curitiba, v. 29, n. 2, p. 145-157, abr./jun. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v29n2/v29n2a01.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2012.

MATHEUS, D. A. Dr. Marjory Warren and the Origin of British Geriatrics. **Journal of American Geriatrics Society**, Malden, v. 32, p. 253-258, apr. 1984.

MÁXIMO, G. C. **Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil**. 2010. 181f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MAZO, G. Z. et. al. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.11, n. 6, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n6/v11n6a04.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2012.

MENEZES, N. T.; MARUCCI, M. F. N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 169-75, abr. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24038.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2011.

MENEZES, R. L. et al. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 485-496, 2011. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n3/v14n3a09.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2011.

MIGUEL, M. E. G. B.; PINTO, M. E. B.; MARCON, S. S. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 784-795, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a17.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

MINER JR., P. B. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 126, n. 1, supl. 1, p. 8-13, 2004.

MONTENEGRO, S. M. R. S.; SILVA, C. A. B. Os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 161-178, ago. 2007.

MOREIRA, D. et al. Approach about palmar prehension using dynamometer JAMAR: a literature revision. **Revista Brasileira de Ciências & Movimento**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 95-99, 2003.

MOURA, M. L. C. Cuidados com o idoso com tosse produtiva. **Enfermería Global**, Múrcia, n. 7, nov. 2005. Disponível em: <revistas.um.es/eglobal/article/download/470/488>. Acesso em: 10 dez. 2011.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda**: definições e classificações 2005-2006. Porto Alegre: Artmed, 2006.

NASCIMENTO, C. M. et al. Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p.174-180, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/367/353>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 6, supl. 1, p. 4-6, 2008. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2011.

NERI, A. L. (Org.). **Palavras-chave em gerontologia**. 2. ed. Campinas: Alinea, 2005.

NEU, D. K. M. et al. Indicadores de depressão em idosos institucionalizados .. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 418-423, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/24217/16224>>. Acesso em: 15 out. 2011.

NIEIRO, M. B. P.; ALENCAR, G. P.; BERGAMASCHI, D. P. Morbi-mortalidade por doenças do aparelho respiratório em idosos antes e após a introdução da vacina contra influenza Município de Cubatão, São Paulo, 1999-2005. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 46-54, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_04.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2011.

NOVAES, C. O.; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia a em mulheres idosas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25, supl. 2, p. 310-320, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25s2/13.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2012.

NOVAES, M. R. C. G. **Assistência farmacêutica ao idoso**: uma abordagem multiprofissional. Brasília: Thesaurus, 2007.

NOVAES, R. H. L. **Os asilos de idosos no Estado do Rio de Janeiro**: repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

NOGUEIRA, S. L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 4, p. 322-329, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019_10.pdf>. Acesso em: 15 out. 2011.

NUNES, D. P. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a26v15n6.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 734-736, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n4/26.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2011.

OLIVEIRA, D. N. et al. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/4194/3650>. Acesso em: 10 nov. 2011

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs. **World Economic and Social Survey 2007: Development in an Ageing World**. New York: United Nations, 2007. Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf. Acesso em: 10 set. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Thomson, 2004.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7-19, jan./fev. 2005. Acesso em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n1/02.pdf>. Acesso em: 17 out. 2011.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; HECKMAN, M. F. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 74, p. 950.

PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T.; SALLES, R. F. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 4, p. 43-62.

PAPALÉO NETTO, M.; KEIN, E. L.; BRITTO, F. C. Avaliação geriátrica multidimensional. In: PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 6. p. 73-85.

PAPALÉO NETTO, M.; YUASO, D. R.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 594-607, out./ dez. 2005. Disponível em: http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/32/13_Longevidad._desafios3mil.pdf. Acesso em: 20 dez. 2011.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 2. p. 19-34.

PASSOS, J. P.; FERREIRA, K. S. Caracterização de uma instituição de longa permanência para idosos e avaliação da qualidade nutricional da dieta oferecida. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 21, n. 2, p. 241-249, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://200.145.71.150/seer/index.php/alimentos/article/view/1027/a10v21n2.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2011.

PAULA, J. S. et al. **Dificuldade visual em adultos e idosos**. Ribeirão Preto: FMRP, [200-]. Disponível em: <http://www.rca.fmrp.usp.br/protocolos/baixa_acuidade_visual.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2012.

PAVAN, F. J. et al. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2187-2190, set. 2008. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/25.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

PECHER, S. A. Asma brônquica no idoso. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 21, n. 3, p. 47-51, set. 2007. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v21n3/v21n3a08.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2012.

PELEGRINI, A. K. A. P. et al. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 4, p. 182-188, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20297.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2012.

PEREIRA, L. S. M. et al. Programa de melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 7., 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: UFMG, 2004. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Saude143.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2010.

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 USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229-236, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/07.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2010.

PIMENTA, C. A. M. Conceitos culturais e a experiência dolorosa. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 179-186, ago. 1998. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/432.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2011.

PLATI, M. C. F. et al. Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 118-121, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n2/29778.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2011.

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**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 29-44, 2008. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2010.

PONTES, R. J. S. et al. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 6. p. 123-152.

PORTO, C. C. et al. Sistema cardiovascular: exame clínico. In: PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Semiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. cap. 43. p. 398-442.

PORTO, C. C.; BRANCO, R. F. G. R.; PINHO, F. M. O. Exame físico geral. In: PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Semiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. cap. 7. p. 86-151.

PORTO, M. L. L.; NÓBREGA, M. M. L. Instrumento de coleta de dados para o atendimento ao idoso no programa de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 2, n. 1, p. 1-9, jan./mar., 2008.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PRZYLYNSKI, D. S. et al. Ações educativas de enfermagem em saúde bucal de idosos em uma instituição de longa permanência. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 696-702, out./dez. 2009.

RANTANEN, T. et al. Handgrip strength and cause-specific and total mortality in older disabled women: exploring the mechanism. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 51, n. 5, p. 636-641, may. 2003.

REBELATTO, J. R. et al. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 1, p. 127-132, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n1/v10n1a17.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012

REIS, L. A.; TORRES, G. V. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 274-280, mar./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a09v64n2.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2011.

RESENDE, D. M.; BACHION, M. M.; ARAÚJO, L. A. O. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.168-173, 2006 Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a08v19n2.pdf>> Acesso em: 19 out. 2011.

REZENDE, C. H. A. et al. Experiência de aprendizagem na avaliação multidimensional de saúde em instituição de longa permanência para idosos. **Em Extensão**, Uberlândia, v. 6, 2007. Disponível em: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:yUBEw6Wq29sJ:scholar.google.com/+visita+em+ILPI&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>. Acesso em:

RIBEIRO, R. C.; MARIN, H. F. Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 204-212, mar./abr. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a06v62n2.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2012.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROSA, P. S. S. **A caracterização das instituições de longa permanência para idosos do município de Gravataí/RS**. 2010. 48f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, fev. 2003. <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2011.

ROSI JUNIOR, J. et al. Infarto cerebelar: análise de 151 pacientes. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 64, n. 2B, p.456-460, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/anp/v64n2b/a20v642b.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2011.

SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA, L. J. E. S. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1127-1132, jul./ago. 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/08.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2011.

SAKANO, L. M.;YOSHITOME, A. Y. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 495-498, out./dez. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/17.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2011.

SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 507-514, out./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n4/22898.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2011.

- SANTOS, A. S. R. et al. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 141-149, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/16.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2011.
- SANTOS, K. C.; ANDRIOLI, J. L. Incidência de fungos em unhas de Idosos de um asilo na cidade de Franca-SP. Investigação. **Revista Científica da Universidade de Franca**, Franca, v. 5, n. 1/6, p. 36-42, jan. 2003/dez. 2005.
- SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida Diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40811508010.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2012.
- SANTOS, S. S. C. et al. Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. **Ciências, Cuidado, Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 129-136, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5530/5747>>. Acesso em: 04 set. 2011.
- SANTOS, Z. M. G.; OLIVEIRA, M. L. C. Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas dos idosos sobre a vacina contra a Influenza, na UBS, Taguatinga, DF, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 205-216, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n3/v19n3a03.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2012.
- SCALCO, M. Z.; SCALCO, A. Z.; MIGUEL, E. C. Transtornos psiquiátricos: depressão, ansiedade e psicoses. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 60. p. 155-170.
- SCHNEIDER, R. H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R. R. Avaliação funcional de idosos. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2090/2806>>. Acesso em: 10 jan. 2012.
- SCHROETER, G. et al. Terapia anti-hipertensiva utilizada por pacientes idosos de Porto Alegre/RS, Brasil. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 14-19, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1644/1839>>. Acesso em 5 fev. 2012.
- SEMAN, A. P.; GOLIM, V.; GORZONI, M. L. Estudo da hipotermia acidental em idosos institucionalizados. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 6, p. 663-671, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n6/10.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2011.

SENGER, J. Doença pulmonar obstrutiva crônica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 60. p. 600-609.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, n. 39, v. 1, p. 36-45, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a05v39n1.pdf>>. Acesso em 28 dez. 2011.

SILVA, B. T. et al. Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 118-125, out./dez. 2009.

SILVA, B. T.; SANTOS, S. S. C. Cuidados aos idosos institucionalizados - opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 775-781, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/10.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

SILVA, F. C.; THULER, L. C. S. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio Janeiro, v. 84, n. 4, p. 344-349, jul./ago. 2008.

SILVA, F. M. Dispepsia: caracterização e abordagem. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 87, n. 4, p. 213-223, out./dez. 2008.

SIQUEIRA, G. R. et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 253-259, jan./fev. 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, G. B. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Cuidado de saúde ao idoso. In: _____; _____. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 11. p. 141-166.

SNOWDON, J. How high is the prevalence of depression in old age? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 42-47, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8856.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2011.

SOARES, R. F. N. Reflexões sobre espaço de moradia para idosos e Políticas Públicas. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 8, p. 91-107, nov. 2010.

SOUSA, R. L. et al. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 102-107, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a05v56n2.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, supl 1., p. 1-5, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2011.

SOUZA, E. H. A. et al. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos Institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2955-2964, 2010.

SOUZA, A.; ODA, A. L. A importância do levantamento de queixas de idosos institucionalizados durante a entrevista para o planejamento da reabilitação fonoaudiológica. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 157-169, abr./jun. 2008.

SOUZA, I. S. M. et al. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados em instituição de longa permanência para idosos. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 22, n. 2, p. 3-18, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufv.br/seer/oikos/index.php/httpwwwseerufvbrseeroikos/article/view/31/51>>. Acesso em: 2 jan. 2012.

SOUZA, P. A.; SANTANA, R. F. Diagnóstico de enfermagem memória prejudicada em idosos hospitalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 36-42, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a05.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2011.

STOOPE, A. et al. Psiquiatria geriátrica. In: LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 39. p. 668-690.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE: Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TARANTINO, A. B. Sistema Respiratório: noções de anatomia e fisiologia. In: PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Semiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. cap. 31. p. 297-301.

TIER, C. G.; LUNARDI, V. L. L.; SANTOS, S. S. C. Cuidado ao idoso deprimido e institucionalizado à luz da complexidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 530-536, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a24.htm>>. Acesso em: 02 jan. 2012.

TIIHONEN, K.; OUWEHAND, A. C.; RAUTONEN, N. Human intestinal microbiota and healthy ageing. **Ageing Research Reviews**, Oxford, v. 9, n. 2, p. 107-116, apr. 2010.

TONIOLO NETO, J. et al. Vacinas. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 89 p. 856-864.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças Crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-895, out./dez. 2004.

TRELHA, C. S. et al. Capacidade funcional de idosos restritos ao domicílio, do Conjunto Ruy Virmond Carnascialli, Londrina/PR. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n. 1, p. 37-46, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3612/2921>>. Acesso em: 18 ago. 2011.

TRENTINI, C. M. et al. The influence of somatic symptoms on the performance of elders in the Beck Depression Inventory (BDI). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 119-123, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n2/a09v27n2.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2012.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-853, maio./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15888.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2010.

VALCARENGHI, R. V. **Funcionalidade, cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas na cidade do Rio Grande do Sul/RS**. 2009. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande (RS), 2009. Disponível em: <http://bdtd.furg.br/tde_arquivos/9/TDE-2010-01-18T101444Z-162/Publico/Rafaela.pdf>. Acesso em: 12 dez 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/-jun. 2009.

VERAS, R.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/22.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2009

VOYER, P. et al. Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 42, n.1, p. 1-20, jan./feb. 2006.

XIMENES, M. B.; CÔRTE, B. B. A instituição asilar e seus fazeres cotidianos: um estudo de caso. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 11, p. 29-52, 2007.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

YU, H. et al. Prevalence, interference and risk factors for chronic pain among taiwanese community older people. **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v. 7, n. 1, p. 2-11, mar. 2006.

WAJNGARTEN, M. et al. Arritmias cardíacas. In: FREITAS et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2006. cap. 49, p. 500-507.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Encuesta multicentrica: salud, bien estar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Reunión del comité asesor de investigaciones en salud, 36., 2001. **Anales...** Washington (DC): WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Consulation. Geneva: WHO, 1998.

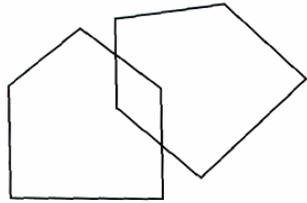
APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO			
Nome:		Data de nascimento: ___/___/___	Data de Entrada: ___/___/___
Idade (anos completos):	Sexo: 1() Masculino 2() Feminino		Etnia: 1() branco 2() negro 3() pardo 4() outra _____
Naturalidade:	Procedência (Cidade):	Escolaridade (anos de estudo)	Religião: 1() católico 2() espírita 3() evangélico 4() não possui 6() outros:
Procedência(local): 1() casa 2() lar dos idosos 3() hospital psiquiátrico 4() hospital geral 5() assistência social 6() outro: _____			
Estado conjugal: 1() nunca se casou ou morou com companheiro(a) 2() morou com esposo(a) ou companheiro(a) 3() viúvo(a) 4() separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) 5() não sabe informar			
Renda atual (em salários mínimos): 1() sem renda 2() < 1 3() 1 4() 1 - 3 5() 3 - 5 6() > 5			
Fonte da renda atual : 1() aposentadoria 2() pensão 3() renda/aluguel 4() doação familiar/outros 5() renda mensal vitalícia 6() sem rendimento próprio 7() outra _____			
MOTIVO DA ADMISSÃO: 1() morar só 2() não possuir família 3() dificuldade de conviver com familiares 4() adoecimento 5() outros:			
ANTECEDENTES PESSOAIS			
Doenças atual			
Alergias: 1() sim 2() não Se sim, qual:			
Cirurgia anteriores: 1() sim 2() não 3() não sabe informar			Se sim, qual:
Imunizações: 1() influenza 2() febre amarela 3() vacina pneumocócica 4() hepatite b 5() vacina anti-tetânica 6() não possui cartão de va 7() H1N1			
Medicamentos em uso:			
Prescrição médica: 1() sim 2() não		Se sim, quais:	
Automedicação : 1() sim 2() não		Se sim, quais:	

Hospitalização: 1() sim 2() não			Causa:		
HÁBITOS DE VIDA:					
Tabagismo: 1() sim 2() não		Quantos cigarros/dia: _____		Tempo: _____	
Ex- fumante: 1() sim 2() não	Quantos cigarros/dia: _____		Tempo: _____	Há quanto tempo parou: _____	
Etilismo: 1() sim 2() não	Frequência: _____		Tempo: _____	Bebida: _____	
NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS					
<i>A) Oxigenação/ Respiração:</i>					
1() batimentos de asa de nariz 2() congestão nasal 3() coriza 4() tosse seca 5() epistaxe 6() obstrução nasal -77() não se aplica					
Tosse produtiva: 1() sim 2() não		Expectoração: 1() sim 2() não		Característica: _____	
Dor torácica: 1() sim 2() não			Local: _____		
Oxigenoterapia: 1() sim 2() não			Tipo: _____		
Traqueostomia: 1() sim 2() não					
Inspeção Estática do Tórax:					
1() tórax chato 2() tórax em tonel 3() tórax peito de pombo 4() tórax em sino 5() cifoescoliose torácica					
Cianose: 1() sim 2() não		Intensidade: _____	Localização: 1() lábios 2() nariz 3() orelha 4() mão 5() pé		Observação: _____
Inspeção Dinâmica do Tórax:					
FR: _____ ipm		1() eupnéia 2() taquipneia 3() bradipneia 4() ortopneia			
Respiração: 1() superficial 2() profunda			Uso musculatura acessória: 1() sim 2() não		
Respiração: 1() torácica 2() abdominal 3() tóraco-abdominal					
Ritmo respiratório: 1() regular 2() respiração de Kussmaul 3() respiração de Cheyne-stokes 4() respiração de Biot					
Expansibilidade torácica: 1() preservada 2() diminuída unilateral 3() diminuída bilateral				Tiragem: 1() sim 2() não	Localização: _____
Ausculta: 1() murmúrio vesicular 2() crepitações 3() sibilos 4() roncos 5() atrito pleural 6() estertores					Localização: _____
<i>B) Circulação</i>					
PA (1º aferição) _____ mmhg		PA (2º aferição) _____ mmhg	PA (3º aferição) _____ mmhg	Local de aferição: 1() braço D 2() braço E 3() perna D 4() perna E	
			1º aferição	Posição: 1() decúbito dorsal 2() sentado 3() posição ortostática	
			2º aferição	Posição: 1() decúbito dorsal 2() sentado 3() posição ortostática	
Pulso(periférico): _____ ppm		1() regular 2() irregular 3() pequeno 4() moderado 5() amplo 6() filiforme			

Observações:		
Ausculta cardíaca:		
Frequência: _____ bpm	1()rítmica 2()arritmica	Bulhas: 1()normofonéticas 2()hipofonéticas 3()hiperfonéticas
Presença de sopros: 1() Sim 2() Não		Observações:
Edema: 1() Sim 2() Não	Localização: 1() MIE 2() MID 3() MSE 4() MSD 5() Fície	
Intensidade: _____	Consistência: 1() duro 2() mole	Elasticidade: 1() elástico 2() inelástico
Sensibilidade: 1() dolor 2() indolor		
Temperatura da pele: 1() normal 2() diminuída 3() aumentada		
Alterações da pele: 1() ausente 2() hiperemia 3() cianose 4() icterícia 5() lesão 6() macha hiperocrômica 7() mancha hipocrômica		
Varizes: 1() sim 2() não		Localização:
Rede ganglionar: 1() palpável 2() não palpável	Local:	Característica:
C) Termorregulação:		
Temperatura axilar: _____ °C		
Febre: 1() Sim 2() Não	Início:	Duração:
D) Percepção sensorial:		
Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)		
1) Orientação para tempo: 1) Em que ano estamos? _____ 2) Em que mês estamos? _____ 3) Em que dia do mês estamos? _____ 4) Em que dia da semana estamos? _____ 5) Em que estação do ano estamos? _____ Nota: _____		
2) Orientação para local: 1) Em que país estamos? _____ 2) Em que estado vive? _____ 3) Em que cidade vive? _____ 4) Em que lugar estamos? _____ 5) Em que andar estamos? _____ Nota: _____		
3) Memória Imediata: "Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor" 1) Pêra _____ 2) Gato _____ 3) Bola _____ Nota: _____		
4) Atenção e Cálculo: "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar". 100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65 _____ Nota: _____		
5) Evocação: 1) Pêra _____ 2) Gato _____ 3) Bola _____ Nota: _____		
6) Linguagem		
a) "Como se chama isto? Mostrar os objeto": 1) relógio: _____ 2) lápis: _____ Nota: _____		
b) "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" Nota: _____		
c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa":		

1)Pega com a mão direita____ 2)Dobra ao meio ____ 3)Coloca onde deve____ Nota:_____	
d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. 1)Fechou os olhos____ Nota:_____	
e.) "Escreva uma frase inteira aqui". Frase: _____ Nota:_____	
7)Capacidade Construtiva Visual	
	Cópia: Nota:
Total (MEEM):_____	Declínio cognitivo: 1()sim 2() não
Consciência:	
Indicadores de delírium: 1()facilmente distraído 2()período de letargia 3()período de percepção alterada 4()período de fala desorganizada 5()períodos de inquietação 6()funcionamento mental varia ao longo do dia	
Olhos:	
Pálpebras: 1()sem alteração 2()edema palpebral 3() hordéolos 4() ptose palpebral 5 ()lagofalmo 6()entrópio 7() ectrópio 8 xantelasma	
Cílios: 1()sem alteração 2() madarose parcial 3() madarose difusa 4() madarose total	
Globos oculares:1()sem alteração 2()exoftalmia 3()enofthalmia 4()estrabismos 5 ()nistagmo	Observações:
Conjuntivas: 1()normocorada 2()hipocorada 3()ictérica 4()hiperemiada 5 ()secreção 6() úmida 7() seca	
Esclerótica: 1()branca 2()amarelada 3()ictérica () hiperemida	
Pupilas:1()isocóricas 2()anisocóricas 3()fotorreagentes 4()midríase 5()miose	
Acuidade visual: 1()preservada 2()diminuição a E 3()diminuição a D 4()diminuição abaixo 5() diminuição acima	
Uso de lentes corretivas: 1()sim 2()não	
Ouvidos:	
Pavilhão auricular: 1()sem alteração 2()deformidade congênita 3()nódulos 4() hematoma 5()cerume 6() secreções:_____	
Acuidade auditiva: 1 ()normal 2() diminuída 3() surdez 4()uso de prótese auditiva	Localização:
Nariz:	
1()sem anormalidade 2 ()desvio de septo 3()lesões 4()outros:	
Dor:	
1() Sim 2() Não	Início:1() súbito 2()gradual Duração:
Intensidade (Anexo B):_____	Localização:_____ Irradiação:
Característica da dor: 1()queimação 2()latejante 3()pontada 4()cansativa 5()outros	

Fatores desencadeantes:				
Fatores que aliviam:				
Fatores que intensificam a dor:				
Respostas a dor: 1 () sim 2 () não		1() irritabilidade 2() foco em si próprio 3() interação reduzida com as pessoas 4() medo de nova lesão 5() relato verbal de dor 6() temperatura da pele diminuída 7() mudança na posição do corpo 8() comportamento de proteção		
Expressão facial de dor: 1 () não 2 () sim		Se sim: 1() olhos sem brilho 2() aparência abatida 3() movimento fixo ou disperso 4() careta 5() outros:		
E) Integridade Tecidual				
Pele:				
Coloração: 1() normocorada 2() hipocorada 3() icterícia 4() hiperemia				
Tugor: 1() normal 2() diminuído		Elasticidade: 1() normal 2() diminuída 3() aumentada		
Umidade: 1() normal 2() sudorenta 3() seca		Espessura: 1() normal 2() atrofica 3() hipertrófica		
Lesões: 1() 2() não		Localização:		
1() mancha senil 2() manchas 3() equimose 4() hematoma 5() vesícula 6() outro:		Prurido: 1() sim 2() não		
Nódulos: 1() sim 2() não		Localização:		Característica:
Úlcera por pressão: 1() sim 2() não		Localização:		Característica:
Unhas: 1() sem alteração 2() pálida 3() cianótica 4() espessas 5() deformadas 6() hiperqueratose subungueal 7() quebradiças				
Cabelos: 1() embranquecidos 2() coloração artificial 3() calvície 4() quebradiços 5() presença de queda 6() outros:				
Couro cabeludo: 1() sem alterações 2() descamação 3() lesões 4() outros:				
Musculatura:				
Trofismo: 1() normal 2() hipertrófica 3() hipotrófica			Tônus: 1() normal 2() espática 3() flácida	
F) Nutrição/Hidratação				
Peso atual: _____ kg		Peso habitual: _____ kg		Perda ponderal: _____ %
Tempo: _____				
Altura: _____ m		IMC: _____ Kg/m ²	Circunferência do quadril:	Circunferência abdominal:
Relação cintura-quadril:				
Alimentação:				
1() normal 2() inapetência 3() anorexia 4() aversão a comida 5() pirose 6() dispepsia 7() náuseas 8() outros:				
Vômito: 1() sim 2() não		Volume: 1() pequeno 2() médio 3() grande		Característica:
Número de refeições: _____		Suplementos alimentares: 1() sim 2() não		Se sim, qual?
Restrição alimentar: 1() sim 2() não				Se sim, qual:
Sonda nasoesférica: 1() sim 2() não		Volume:		
Ingesta hídrica: _____ copos/dia				

Restrição hídrica: 1() Sim 2() Não		Quantidade ingerida nas 24 horas: _____	
Boca:			
Lábios: 1() sem alteração 2() comissura labial 3() edema 4() fissura 5() ulcerações 6() desvio da rima			
Mucosa oral: 1() normocorada 2() hiperemiada 3() ictérica 4() úmida 5() seca 6() afta 7() úlceras			
Gengiva: 1() sem alteração 2() lesões 3() hipertrofia 4() retração 5() sangramento 6() abscesso			
Língua: 1() normal 2() saburrosa 3() lisa 4() seca			
Dentes: 1() preservados 2() falhas detentárias 3() mal conservados 4() amolecidos 5() ausentes			
Prótese dentária: 1() sim 2() não		1() total 2() parcial superior 3() parcial inferior	
Estado de conservação: 1() conservada 2() desajustada 3() gasta			
1() higiene oral precária 2() halitose 3() sialorréia 4() higiene oral preservada			
Orofaringe: 1() sem alteração 2() hiperemiada 3() placa de pus			
Deglutição: 1() sem alteração 2() disfagia 3() deglutições múltiplas 4() odinofagia 5() eructação 6() outros:			
Acuidade gustativa: 1() distingue sabor 2() xerostomia 3() não percebe sabor			
<i>G) Eliminação</i>			
Urinária:			
Coloração: 1() sem alteração 2() sedimentos 3() hematúria 4() piúria		Odor: 1() sem alteração 2() característico 3() fétido	
Frequência: 1() sem alteração 2() poliúria 3() anúria 4() noctúria 5() polaciúria 6() nictúria			
Queixas urinárias: 1() sem queixas 2() hesitação 3() retenção 4() urgência 5() perda involuntária observada de pequenos volumes 6() perda de urina antes de alcançar o banheiro 8() incontinência urinária			
Perda involuntária de urina ao: 1() sem perda 2() rir 3() tossir 4() durante esforço 5() constante			
Estomia: 1() sim 2() não		Localização:	
Uso de sonda ou cateter: 1() Sim 2() Não		Tipo:	Data da última troca: _____ Tempo de uso: _____
Teste de Giordano: 1() positivo 2() negativo			
Intestinal:			
Frequência: 1() diária 2() 2 vezes ao dia 3() dias alternados 4() incapacidade de eliminar fezes 5() outros:		Data da última evacuação:	
Vol. de fezes: 1() habitual 2() diminuído 3() aumentado		Odor: 1() característico 2() fétido	
Dor a evacuação: 1() sim 2() não			
Característica das fezes: 1() fezes macias e bem formadas 2() fezes liquefeitas 3() fezes duras e mal formadas 4() eliminação involuntária de fezes líquidas manchas de fezes no vestuário 5() mancha de fezes na roupa de cama 6() incapacidade de retardar a evacuação 7() esforço para evacuar 8() relato de pres de sangue nas fezes			
Reto e anus: 1() sem alteração 2() prolapso retal 3() úlcera retal 4() hemorroidas 5() nódulos 6() presença de fezes 7() fissuras			

8() presença de sangue 9() presença de muco		
Estomia: 1() sim 2() não	Se sim, localização:	
Abdome:		
Inspeção:		
1() plano 2() globoso 3() escavado 4() em avental		
Cicatriz cirúrgica: 1() sim 2() não	Se sim, localização:	
Ausculta:		
RHA: 1() ausentes 2() presentes	Frequência: _____	Localização:
Palpação:		
Dor: 1() sim 2() não	Se sim, localização:	
Massa: 1() sim 2() não	Se sim, localização:	Característica:
Fígado: 1() não palpável 2() palpável	Distância do rebordo costal:	
Baço: 1() não palpável 2() palpável	Distância do rebordo costal:	
Percussão: 1() timpânico 2() maciço 3() submaciço 4() s/a	Localização:	
<i>H) Sono/ Repouso</i>		
Horas diárias de sono ininterrupto: _____ h		
Satisfação com horas de sono? () Sim () Não		
Queixas: 1() dificuldade para adormecer 2() adormece, acorda e não dorme mais 3() acorda cedo demais 4() sonolento 5() dificuldade permanecer dormindo 6() não sente descansado após o sono 7() fica acordado 8() bocejos		
Fatores que interferem na qualidade do sono e repouso: 1() iluminação 2() falta de privacidade 3() ruído 4() temperatura do ambiente 5() pesadelos 6() dor 7() outros:		
<i>I) Atividade física e mobilidade</i>		
Locomoção:		
1() deambula sem apoio 2() deambula com apoio 3() acamado 4() caderante		
Pratica atividade física: 1() sim 2() não	1() caminhada 2() dança 3() musculação 4() natação/hidroginástica 5() outros: _____	
Avaliação das atividades básicas da vida diária - Índice de Katz (Anexo D)		
Atividade	Pontuação	Observação
Banho		
Vestir		

Banheiro		
Transferência		
Continência		
Alimentação		
	Total:	Classificação:
Pescoço: 1() simétrico 2() assimétrico 3() torcicolo 4() rigidez de nuca 5() tumoração		
Coluna: 1() cifose 2() lordose () escoliose		
Movimentação: 1() preservada 2() diminuída 3() ausente		
MMSS		
Ombro:		
Movimentação : 1() preservada 2() diminuída 3() ausente Observação:_____		
Mãos:		
1() sem alteração 2() contratura em flexão das mãos 3() edema 4() dor 5() tremor fino 6() tremor de repouso 7() tremor grosseiro		
Observação:_____		
Teste de Força de preensão:	Mão E: 1() preservada 2() diminuída 3() ausente	
	Mão D: 1() preservada 2() diminuída 3() ausente	
Teste de funcionalidade: 1() preservada 2() diminuída 3() ausente		
Dedos:		
1 () sem alteração 2() nódulos dolorosos nas pontas 3() nódulos nas interfalanges distais 4() nódulos nas interfalanges proximais		Observação:
MMII		
1 () sem alteração 2() arqueamento dos MMII 3() rotação lateral do MI_____ 4 () amputação_____ Observação:		
Joelho:		
1()sem alteração 2() crepitação 3() genu valgum 4() genu varus		
Teste de Força dos MMII:	MID gradação:_____	MIE gradação:_____
Pés: 1() cavo 2() plano 3() hálux valgus 4() dedo em martelo 5() nódulos 6() calosidades 7()		
Localização:_____		
Marcha:1()sem alteração 2 () andar cauteloso 3() hemiparética 4() ataxia cerebelar 5() festinante 6() marcha do lobo frontal		
7() anserina 8() parkinsoniana 9() não deambula 10() outros:_____		
Equilíbrio:		
Sinal de Romberg: 1() positivo 2() sensibilizado 3() sem alteração 4() não é possível observar		

<i>L) Higiene</i>		
Banho:		
1() aspersão 2() no leito	Necessidade de ajuda e/ou acessórios: 1() sim 2() não	Se sim, qual? 1() lavar partes do corpo 2() pegar acessórios 3() totalmente dependente 4() outros:
<i>M) Regulação Hormonal:</i>		
Tireóide:		
Palpável:1() sim 2() não	Características:	
<i>N) Sexualidade:</i>		
Atividade sexual: 1() sim 2() não	Condição atual: 1() satisfatória 2() regular 3() insatisfatória	
Alteração percebida na excitação sexual: 1() não 2() diminuição do desejo sexual 3() limitação imposta pela doença 4() dispauremia		
MULHER		
Data do último exame de Papanicolau: 1() mês atual 2() há 6 meses 3() há 1 ano 4() há 2 anos 5() nunca fez 6() não sabe informar		
Data do último exame mamografia: 1() mês atual 2() há 6 meses 3() há 1 ano 4() há 2 anos 5() nunca fez 6() não sabe informar		
Genitália externa:		
1()sem alteração 2()cistocele 3()prolapso uterino 4()lesões do períneo 5()cicatrices de partos ou cirúrgicas 6() prurido Observação:_____		
Secreção: 1()sim 2() não	Características:	Higiene: 1() preservada 2() precária
MAMAS		
Mamilo: 1()protuso 2()semi-protuso 3() invertido 4()pseudo-invertido 5() hipertrófico		
Forma: 1()globosa 2()periforme 3() discóide ou plana 4()pendente		
Nódulos: 1()sim 2() não	Local:	Característica:
Mastectomia: 1()sim 2() não	1() parcial 2() total	1() unilateral__ 2() bilateral
HOMEM		
Pênis: 1() sem alteração 2() lesões 3() edema 4() nódulos		
Glândula: 1() sem alteração 2() lesões 3() edema 4() secreção Outros:_____		
Escroto : 1() sem alteração 2() edema 3() lesões 4() cisto		
Higiene: 1() preservada 2() precária		
Ginecomastia: 1()sim 2() não		

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS		
<i>A) Segurança</i>		
Verbaliza ou manifesta: 1() ansiedade 2() medo 3() calma 4() agressividade 5() aflições 6() retraído 7() incapacidade 8() desamparo 9() irritabilidade 10() apatia 11() passividade		
<i>B) Comunicação:</i>		
1() sem alteração 2() verbalização diminuída 3() ausência de contato visual 4() afasia 5() dislalia 6() disartria 7() não fala 8() verbalização imprópria 9() outros: _____		
<i>C) Interação social:</i>		
1() Boa interação social 2() resposta diminuída a estímulos 3() não comunica-se com os outros 4() permanece sozinho 5() não participa de atividades		
Recebe visitas: 1() sim 2() não	Frequência: 1() diária 2() semanalmente 3() mensal 4() raramente	
Quem: 1() filhos 2() amigos 3() irmãos () outros familiares		
Avaliação das atividades instrumentais da vida diária - Escala de Lawton (Anexo A)		
Atividade	Pontuação	Observação:
Em relação ao uso do telefone		
Em relação a viagens		
Em relação a realizar compras		
Em relação ao preparo de refeições		
Em relação ao trabalho doméstico		
Em relação ao uso de medicamento		
Em relação a manipulação de dinheiro		
<i>D) Lazer/ recreação:</i>		
1() jogos 2() assiste jornal e novela na televisão 3() rádio 4() jornal/ revista 5() assiste filme na televisão 6() não possui atividade de lazer 7() passeios 8() outros: _____		
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS		
Prática religiosa: 1() sim 2() não		
Qual: 1() ir a missa ao templo religioso 2() orar 3() outros		
Deseja participar de alguma prática religiosa? 1() sim 2() não		
Qual: 1() ir a missa ao templo religioso 2() orar 3() fazer visitas 4() outros		

Escala de depressão Geriátrica			
1	O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a vida?	(1) NÃO*	(2) SIM
2	O(a) Sr(a) interrompeu muitas das suas atividades?	(1) SIM*	(2) NÃO
3	O(a) Sr(a) acha sua vida está vazia?	(1) SIM*	(2) NÃO
4	O(a) Sr(a) fica com frequência aborrecido?	(1) SIM*	(2) NÃO
5	(a) Sr(a) está de bem com a vida na maior parte do tempo?	(1) NÃO*	(2) SIM
6	O(a) Sr(a) tem medo de que algo ruim lhe aconteça?	(1) SIM*	(2) NÃO
7	O(a) Sr(a) se acha alegre na maior parte do tempo?	(1) NÃO*	(2) SIM
8	O(a) Sr(a) com frequência se sente desamparado(a)?	(1) SIM*	(2) NÃO
9	O(a) Sr(a) prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	(1) SIM*	(2) NÃO
10	O (a) Sr(a) acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	(1) SIM*	(2) NÃO
11	O(a) Sr(a) acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora?	(1) NÃO*	(2) SIM
12	O (a) Sr(a) vale a pena viver como está vivendo agora?	(1) NÃO*	(2) SIM
13	O(a) Sr(a) se sente cheio(a) de energia?	(1) NÃO*	(2) SIM
14) O(a) Sr(a) acha que sua situação tem solução?	(1) NÃO*	(2) SIM
15	O(a) Sr(a) acha que tem muita gente em situação melhor que o Sr(a)?	(1) SIM*	(2) NÃO
Pontuação:		Indicativo de depressão: 1() sim 2() não	

APÊNDICE B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS/UFTM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Substanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA PARA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Darlene Mara dos Santos Tavares
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 09/12/2010
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1832

6. ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES

Serão necessários computador e impressora, disponíveis no Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva. Para a coleta dos dados será utilizado espaço reservado designado pela ILPI.

7. ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

O risco da perda de confidencialidade, que constitui o risco em potencial, será evitado pelo uso de números nos questionários. A elaboração de um prontuário eletrônico auxiliará na avaliação e documentação dos dados referentes à saúde dos idosos. Com isso será possível organizar uma assistência a saúde de qualidade e garantir a continuidade do trabalho, uma vez que todas as informações necessárias estarão devidamente registrada e de fácil acesso

8. RETORNO DE BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO E/OU PARA A COMUNIDADE

Informado no item anterior.

9. JUSTIFICATIVA DE SUSPENSÃO TERAPÊUTICA (“Wash out”) – Não pertinente.

10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.

11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA

Material	Quantidade	Preço unitário	Preço total
Folha A4	2000	R\$0,018	R\$36,00
Cartucho de tinta preta	2	R\$20,00	R\$40,00
Cartucho tinta colorida	1	R\$ 20,00	R\$ 20,00
Lápis preto	2	R\$ 0,30	R\$ 0,60
Caneta esferográfica	4	R\$ 0,50	R\$ 2,00
borracha	1	R\$ 0,40	R\$ 0,40
Grampos para grampeador	1cx	R\$ 10,00	R\$ 10,00
Pasta de arquivo grande	4	R\$ 3,00	R\$ 12,00
Total			R\$121,00

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

A pesquisadora responsável recebe o salário de Professor Associado da UFTM e é bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq.

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

Obteve-se autorização por escrito das ILPI para a coleta dos dados. O consentimento livre e esclarecido será obtido pelos entrevistadores antes da realização da coleta dos dados junto aos idosos ou seus responsáveis.

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARECER DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 08/04/2011

Profª. Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO DOS PRESIDENTES DAS ILPIs

A Diretoria da Instituição de Longa Permanência

Estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Prontuário eletrônicos de enfermagem: uma proposta para Instituição de Longa Permanência para idosos” que tem como objetivo: elaborar uma proposta de prontuário eletrônico de enfermagem para idosos residentes em ILPI.

Desta forma, solicitamos autorização para que a coleta dos dados seja realizada no espaço da própria instituição. Informo que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM.

Atenciosamente,

Darlene Mara dos Santos Tavares
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo de “Prontuário eletrônico de enfermagem: uma proposta para Instituição de Longa Permanência para idosos”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é elaborar uma proposta de prontuário eletrônico de enfermagem para idosos residentes em ILPI. Caso você participe, será necessário passar por uma consulta de enfermagem. Na qual será realizada algumas perguntas sobre sua saúde e feito o exame físico. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,.....//.....

 Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: _____

 Assinatura do pesquisador responsável
 entrevistador

 Assinatura do

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3318 5483 (34) 3318 5484

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PELO RESPONSÁVEL LEGAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TERMO DE ESCLARECIMENTO

O idoso está sendo convidado a participar do estudo de “Prontuário eletrônico de enfermagem: uma proposta para Instituição de Longa Permanência para idosos”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é elaborar uma proposta de prontuário eletrônico de enfermagem para idosos residentes em ILPI. Caso você participe, será necessário passar por uma consulta de enfermagem. Na qual será realizada algumas perguntas sobre sua saúde e feito o exame físico. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você, em nome do idoso, poderá ter todas as informações que quiser e poderá não permitir a sua participação na pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, o idoso e você não receberão qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão da responsabilidade de vocês. O nome do idoso não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que o nome dele não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo que ele participe do estudo.

Uberaba,.....//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: _____

Assinatura do pesquisador responsável
entrevistador

Assinatura do

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3318 5483 (34) 3318 5484

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA DE LAWTON E BRODY (AIVD)

Atividade	Avaliação	
1)Em relação ao uso do telefone....	Recebe e faz ligações sem assistência	3
	Necessita de assistência para realizar as ligações telefônicas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	1
2)Em relação a viagens....	Realiza viagens sozinha	3
	Somente viaja quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	1
3)Em relação a realizar compras...	Realiza compras, quando é fornecido o transporte	3
	Somente faz compras quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	1
4)Em relação ao preparo de refeições	Planeja e cozinha as refeições completas	3
	Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda	2
	Não tem o hábito ou é incapaz	1
5)Em relação ao trabalho doméstico	Realiza tarefas pesadas	3
	Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos	1
6)Em relação ao uso de medicamento	Faz uso de medicamento sem assistência	3
	Necessita de lembretes ou assistência	2
	É incapaz de controlar sozinho os medicamentos	1
7)Em relação ao manuseio de dinheiro	Preenche cheque e paga contas sem auxílio	3
	Necessita de assistência para uso de cheques e contas	2
	Não tem o hábito de lidar com dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiros, contas	1

ANEXO B – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta)

Em que país estamos? _____
 Em que estado vive? _____
 Em que cidade vive? _____
 Em que lugar estamos? _____
 Em que andar estamos? _____

Nota: _____

3) Memória Imediata (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100_93_86_79_72_65

Nota: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

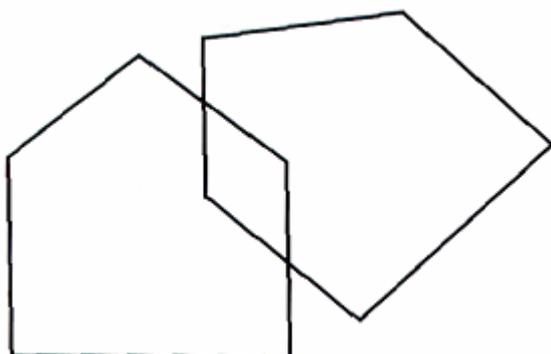
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

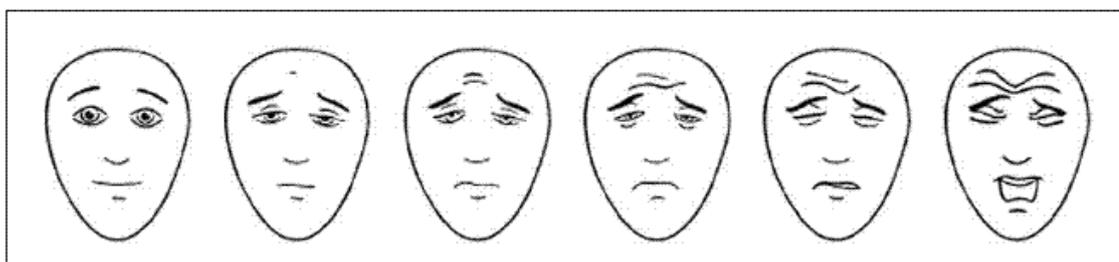
12) TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo: • analfabetos \leq 13 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade \leq 18

• com escolaridade superior a 11 anos \leq

ANEXO C – ESCALA DE FACES REVISADA



Instruções: "Essas faces mostram o quanto algo pode provocar dor. Esta face (aponte para a face mais à esquerda) não expressa dor alguma. As faces mostram cada vez mais dor (aponte para cada uma da esquerda para a direita) até esta (face mais à direita) – esta expressa muita dor. Aponte para a face que expressa quanta dor você sente (neste momento)".

Figure 1 - Final Version of the FPS-R in Portuguese

ANEXO D – INDEX DE KATZ

Formulário de avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD)

Para cada área do funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho – a avaliação da atividade “banhar-se” é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho e essa é usualmente utilizada para banho) 1()	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) 2()	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo 3()
Vestir – para avaliar a função “vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.		
Pega as roupas e se veste completamente 1()	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos 2()	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido 3()
Banheiro - a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso alterasse sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes.		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) 1()	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite 2()	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar 3()
Transferência - a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não alterava a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) 1()	Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira com auxílio 2()	Não sai da cama 3()
Continência - "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar 1()	Tem “acidentes” ocasionais. *acidentes=perdas urinárias ou fecais 2()	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente 3()
Alimentação - a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à		

<p>boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas enterais para se alimentarem são considerados dependentes.</p>		
<p>Alimenta-se sem assistência 1()</p>	<p>Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão 2()</p>	<p>Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral 3()</p>

ANEXO E – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

- 1) O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a vida? Sim(1) *Não(2).....
- 2) O(a) Sr(a) interrompeu muitas das suas atividades? *Sim(1) Não(2).....
- 3) O(a) Sr(a) acha sua vida está vazia? *Sim(1) Não(2).....
- 4) O(a) Sr(a) fica com frequência aborrecido? *Sim(1) Não(2).....
- 5) O(a) Sr(a) está de bem com a vida na maior parte do tempo? Sim(1)*Não(2).....
- 6) O(a) Sr(a) tem medo de que algo ruim lhe aconteça? *Sim(1) Não(2).....
- 7) O(a) Sr(a) se acha alegre na maior parte do tempo? Sim(1) *Não(2).....
- 8) O(a) Sr(a) com frequência se sente desamparado(a)? *Sim(1) Não(2).....
- 9) O(a) Sr(a) prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?*Sim(1) Não(2).....
- 10) O(a) Sr(a) acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? *Sim(1) Não(2).....
- 11) O(a) Sr(a) acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? Sim(1) *Não(2).....
- 12) O(a) Sr(a) vale a pena viver como está vivendo agora? Sim(1) *Não(2).....
- 13) O(a) Sr(a) se sente cheio(a) de energia? Sim(1) *Não(2).....
- 14) O(a) Sr(a) acha que sua situação tem solução? Sim(1) *Não(2).....
- 15) O(a) Sr(a) acha que tem muita gente em situação melhor que o Sr(a)? *Sim(1) Não(2).....