



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA  
(ILACVN)**

**SAÚDE COLETIVA**

**PERFIL DE SAÚDE DO IDOSO IGUAÇUENSE:  
ACHADOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

**ROBERTH STEVEN GUTIÉRREZ MURILLO**

Foz do Iguaçu/PR,  
2019

**PERFIL DE SAÚDE DO IDOSO IGUAÇUENSE:  
ACHADOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

**ROBERTH STEVEN GUTIÉRREZ MURILLO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Justina Gamarra.  
Co-orientadora: Profa. MSc. Alessandra Sibim

ROBERTH STEVEN GUTIÉRREZ MURILLO

**PERFIL DE SAÚDE DO IDOSO IGUAÇUENSE:  
ACHADOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. PhDra. Carmen Justina Gamarra  
UNILA

---

Co-orientadora: Profa. MSc. Alessandra Sibim  
UNILA

---

Prof. Dr. Antulio Hoyos Rivera  
UNILA

Foz do Iguaçu, 05 de dezembro de 2019.

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor: ROBERTH STEVEN GUTIÉRREZ MURILLO

Curso: SAÚDE COLETIVA

	Tipo de Documento
<input checked="" type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo
<input type="checkbox"/> especialização	<input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso
<input type="checkbox"/> mestrado	<input type="checkbox"/> monografia
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação
	<input type="checkbox"/> tese
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais
	<input type="checkbox"/> _____

Título do trabalho acadêmico: PERFIL DE SAÚDE DO IDOSO IGUAÇUENSE: ACHADOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Nome da orientadora: CARMEN JUSTINA GAMARRA

Data da Defesa: 05/12/2019

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons* **Licença 3.0 Unported**.

Foz do Iguaçu, 05 de dezembro de 2019.

---

Assinatura do Responsável

# *DEDICATORIA*

Viejitos, ustedes fueron y serán siempre mi mayor  
orgullo. Serán siempre mi norte de vida y mis  
estrellas a alcanzar.

Doña Betty y Don Gabriel (*in memoriam*)

Mamita, gracias por permitirme alcanzar este sueño.

Gracias por siempre estar y ser mi fuerza. ¡Mamita  
yo te amo, por siempre!

¡Este trabajo pensado y hecho con mucho amor, les  
dedico!

## AGRADECIMENTOS

---

Não me cabe dúvida de que somos seres tão frágeis, porém tão fortes ao mesmo tempo. Somos seres tão individualmente coletivos. Somos um conjunto de contradições e de definições, que aceitamos e rejeitamos, de ensejos em ensejos, de tempos em tempos. Somos seres tão sonhadores, que almejamos voar alto. Somos pássaros sem tal liberdade, quiçá?

Eu tenho mesmo de nomear uma lista de parentes/amigos/colegas a quem destinar meus agradecimentos, nesta última etapa, que chamo da minha primeira conquista profissional? Acho que esta seção seja para tal fim. Sei disto. Mas eu me nego. Me nego, pois, sabidamente, eu estarei a esquecer-me de nomes, momentos e dias. Anos, talvez. Eu não quero esquecer-me de ninguém. Realmente não quero esquecer-me de nada que eu vivi nesta etapa. Quero recordar-me daquilo que foi bom e daquilo que não foi tão bom assim, também!

Provavelmente, se tu estás a ler este trabalho, tu já saibas que meu agradecimento vai a ti. Provavelmente, tu tenhas visto-me trabalhar nisto. Provavelmente, tu tenhas me ouvido falar nisto. Provavelmente, tu tenhas me ajudado a conseguir isto. Provavelmente, tu tenhas muito a ver com isto.

Não estou a querer encher de nomes esta lauda. Esta página não precisa disso. Permito-me olhar para trás, vê-los todos e todas rindo e desfrutando comigo. Chorando comigo. Presencialmente ou à distância, vocês estiveram comigo. Eu sei quem vocês são e vocês estão a sabê-lo, também. Que bom que nós saibamos disto! Sinto-me feliz que saibamos disto! Caramba! Nós desfrutamos muito juntos, não foi mesmo?!

Hoje eu faço público um trabalho personalíssimo. Hoje eu compartilho com vocês muitas manhãs, tardes e noites, momentos esses que eu passei lendo, aprendendo e escrevendo, sobre aquilo que eu sinto paixão. Entretanto, reconheço que eu não teria chego até aqui sem vossa ajuda e vosso carinho! Vosso amor sempre me motivou a alcançar esta meta.

Por isso e, para mais disso, eu vos entrego meu mais sentido agradecimento, por termos caminhado juntos nessa maravilhosa aventura que a vida nos regalou! ¡Muchas gracias, de corazón! Merci, du fond du mon coeur!

*Eu pertenço à natureza do envelhecimento; não há nenhum modo de escapar do envelhecimento. Eu pertenço à natureza das doenças; não há nenhum modo de escapar de sofrer alguma doença. Eu pertenço à natureza da morte; não há nenhum modo de escapar da morte. Tudo aquilo que me é querido e todos que amo pertencem à natureza da impertinência, não há nenhum modo de evitar me separar deles algum dia. **Silva Lenildo***

MURILLO, Roberth Steven Gutiérrez. **Perfil de Saúde do Idoso Iguaçuense**: Achados de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. 2019. 94 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu/PR.

## RESUMO

Trata-se de um estudo transversal geronto-epidemiológico com abordagem quantitativa, que teve por finalidade conhecer o perfil de saúde dos idosos que residem em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), no Município de Foz do Iguaçu/PR. Obteve-se participação de 94% do total de idosos que habitavam na ILPI. A coleta de dados ocorreu nos meses de março a junho do corrente ano. Foi aplicado um instrumento previamente elaborado que continha questões relativas à Capacidade Funcional (Índice de Katz); Independência Funcional (Escala de Lawton), Grau de Depressão (Escala Geriátrica de Depressão), Perfil Sociodemográfico e Patológico e Motivos de Institucionalização na ILPI. As respostas obtidas foram inseridas em banco de dados virtual no Software Epi-Info, versão 7.2, posteriormente tratadas pelo método estatístico descritivo. Os resultados apontaram predominância do sexo masculino (68%); cor de pele branca (52%), idade média de 74 anos (Dp=10.81), estado civil solteiro (54%) e altos níveis de analfabetismo (72%). Constatou-se tempo médio de institucionalização de 1 a 3 anos. Neste trabalho, os homens avaliaram melhor seu estado de saúde. De forma geral, viu-se que o aparelho circulatório (34%) e o aparelho nervoso (32%) são os mais acometidos, entretanto, grande parte dos homens não referiu morbidade. Em relação ao tempo de diagnóstico, evidenciou-se que os idosos as possuem há mais de três anos. A dependência farmacológica foi expressamente maior nas mulheres (61,77%). A prática de, pelo menos, uma atividade física foi relatada por mais da metade dos idosos (56%). Apenas 5 idosos tinham passado por internamento hospitalar, em até 12 meses prévios à coleta de dados. As três ABVD melhor avaliadas foram: se alimentar (84%); tomar banho (74%) e vestir-se (68%). Em alternativa, nas AIVD teve-se índice supremo de independência funcional para as atividades de usar o telefone (52%), fazer compras (34%) e controlar o dinheiro/finanças (30%). Constatou-se independência funcional completa em apenas 8,0% dos idosos; independência funcional assistida em 36,0% e dependência total em 56,0%. Isto é, afirma-se que a maior parte dos idosos que residem na ILPI é altamente dependente em AIVD. Tratando em depressão, não houve diferença estatística por sexo ( $p=0,1236$ ;  $t=1,57$ ). Observou-se que metade dos idosos não foi caracterizada como depressiva, ou seja, esteve dentro da categoria normal. Do restante, 50% alcançaram até 15 pontos na EGD-15. Deles, 36% foram classificados como portadores de depressão leve e apenas 14% apresentaram depressão grave, havendo predominância de quadro depressivo grave nas mulheres. Conclui-se que o perfil de saúde do idoso institucionalizado segue o padrão dos idosos internados em ILPI na região sul brasileira. Ademais, a institucionalização tem fator adverso e se torna essencial que os profissionais incumbidos pelo cuidado da saúde do idoso realizem intervenções com prioridade na manutenção dos índices da capacidade funcional, logo significando maior índice de autonomia no idoso.

**Palavras-chave:** Saúde do Idoso institucionalizado. Avaliação Multidimensional em Idosos. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Perfil de Saúde do Idoso.

MURILLO, Roberth Steven Gutiérrez. **Health Profile of the Elderly Habitant of Foz do Iguacu**: Findings of a Long-term Care Institution for the Elderly. 2019. 94 pages. Course Conclusion Research (Bachelor in Collective Health) – Federal University for Latin-American Integration, Foz do Iguacu, 2019.

## ABSTRACT

This is a cross-sectional geronto-epidemiological study with a quantitative and qualitative approach, which aimed to know the health profile of the elderly residing in the Long-term Care Institution for the Elderly (LCIE), in the municipality of Foz do Iguacu/PR. 94% of the total elderly living in the LCIE participated. Data collection took place from March to June this year. A previously elaborated instrument containing questions regarding Functional Capacity (Katz Index); Functional Independence (Lawton Scale), Degree of Depression (Geriatric Depression Scale), Sociodemographic and Pathological Profile and Institutionalization Reasons at the LCIE, was applied. The answers obtained were entered into a virtual database using Epi-Info Software, version 7.2, and then treated by the descriptive statistical method. The results showed a predominance of males (68%); white skin color (52%), mean age 74 years (SD=10.81), single marital status (54%) and high levels of illiteracy (72%). An average institutionalization time of 1 to 3 years was found. In this study, men better evaluated their health status. In general, it was found that the circulatory system (34%) and the nervous system (32%) are the most affected, however, most men did not report morbidity. Regarding the time of diagnosis, it was evidenced that the elderly have had them for more than three years. Pharmacological dependence was significantly higher in women (61.77%). The practice of at least one physical activity was reported by more than half of the elderly (56%). Only 5 seniors had been hospitalized within 12 months prior to data collection. The three-best evaluated BADL were: eating (84%); bathe (74%) and get dressed (68%). Alternatively, IADL had a supreme index of functional independence for telephone use (52%), shopping (34%) and control of money/finances (30%). Complete functional independence was found in only 8.0% of the elderly; assisted functional independence in 36.0% and total dependence in 56.0%. That is, it is argued that most older people residing in LCIE are highly dependent on IADL. Treating in depression, there was no statistical difference by gender ( $p=0.1236$ ;  $t=1.57$ ). It was observed that half of the elderly was not characterized as depressive, thus, it was within the normal category. Of the remainder, 50% achieved up to 15 points in the EGD-15. Of these, 36% were classified as having mild depression and only 14% had severe depression, with a predominance of severe depression in women. It is concluded that institutionalization has an adverse factor and it is essential that professionals responsible for health care of the elderly perform interventions with priority in maintaining the functional capacity indexes, thus meaning greater autonomy index in the elderly.

**Key words:** Institutionalized Elderly Health. Multidimensional Evaluation in the Elderly. Long Term Care Institution. Long Term Institution for the Elderly. Health Profile of the Elderly.

MURILLO, Roberth Steven Gutiérrez. **Perfil de Salud del Adulto Mayor Iguazuense: Hallazgos de una Institución de Atención a Largo Plazo para Ancianos.** 2019. 94 páginas. Trabajo de Conclusión de Curso (Licenciatura en Salud Colectiva) – Universidad Federal de la Integración Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

## RESUMEN

Este es un estudio transversal gerontoepidemiológico con un enfoque cuantitativo, cuyo objetivo fue conocer el perfil de salud de los ancianos que residen en la Institución de Atención a Largo Plazo para Ancianos (IALPA), en el municipio de Foz do Iguaçu/PR. 94% del total de ancianos que viven en la IALPA participaron. La recopilación de datos tuvo lugar de marzo a junio de este año. Se aplicó un instrumento previamente elaborado que contenía preguntas relacionadas con la Capacidad Funcional (Índice de Katz); Independencia funcional (escala de Lawton), grado de depresión (escala de depresión geriátrica), perfil sociodemográfico y patológico y razones de institucionalización en la IALPA. Las respuestas obtenidas se ingresaron en una base de datos virtual utilizando el software Epi-Info, versión 7.2, y luego se trataron mediante el método estadístico descriptivo. Los resultados mostraron un predominio de varones (68%); color de piel blanca (52%), edad media 74 años (DE=10.81), estado civil soltero (54%) y altos niveles de analfabetismo (72%). Se encontró un tiempo de institucionalización promedio de 1 a 3 años. En este estudio, los hombres evaluaron mejor su estado de salud. En general, se encontró que el sistema circulatorio (34%) y el sistema nervioso (32%) son los más afectados, sin embargo, la mayoría de los hombres no informaron morbilidad. Con respecto al momento del diagnóstico, se evidenció que los ancianos los han tenido por más de tres años. En este estudio, los hombres calificaron mejor su salud (52%). En general, se encontró que el sistema circulatorio (34%) y el sistema nervioso (32%) son los más afectados, sin embargo, la mayoría de los hombres no informaron morbilidad (35,29%). Con respecto a la duración del diagnóstico, se evidenció que los ancianos los han tenido por más de tres años. La dependencia farmacológica fue significativamente mayor en las mujeres (61,77%). La práctica de al menos una actividad física fue informada por más de la mitad de los ancianos (56%). Sólo 5 ancianos habían sido hospitalizados en los últimos 12 meses anteriores a la recopilación de datos. Los tres ABVD mejor evaluados fueron: comer (84%); bañarse (74%) y vestirse (68%). Alternativamente, las AIVD que tuvieron índice superior de independencia funcional fueron: uso del teléfono (52%), hacer compras (34%) y controlar de dinero/finanzas (30%). Se encontró independencia funcional completa en solo el 8.0% de los ancianos; independencia funcional asistida en 36.0% y dependencia total en 56.0%. Es decir, se argumenta que la mayoría de las personas mayores que residen en IALPA dependen en gran medida de AIVD. Con respecto a la depresión, no hubo diferencia estadística por género ( $p=0,1236$ ;  $t=1,57$ ). Se observó que la mitad de los ancianos no se caracterizaron como depresivos, es decir, estaban dentro de la categoría normal. Del resto, 50% alcanzó hasta 15 puntos en el EGD-15. El 36% de ellos se clasificaron con depresión leve y sólo el 14% tenían depresión severa, con predominio de síntomas depresivos severos en las mujeres. Es esencial que los profesionales responsables del cuidado de la salud de los ancianos realicen intervenciones con prioridad en el mantenimiento de los índices de capacidad funcional, lo que significa un mayor índice de autonomía en los ancianos.

**Palabras clave:** Salud Institucionalizada de Ancianos. Evaluación Multidimensional en Ancianos. Institución a Largo Plazo para Ancianos. Perfil de Salud de los Ancianos.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Portaria da Instituição de Longa Permanência .....	38
<b>Figura 2</b> – Composição Estrutural do Instrumento de Coleta de dados .....	39
<b>Figura 3</b> – Região de origem dos idosos .....	48
<b>Figura 4</b> – Autopercepção do Estado de Saúde .....	50
<b>Figura 5</b> – Grau Geral de Dependência para ABVD, segundo sexo do idoso .....	53
<b>Figura 6</b> – Grau Geral de Independência em AIVD, segundo sexo do idoso .....	54

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Principais diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso .....	23
<b>Quadro 2</b> – Caracterização da Instituição de Longa Permanência .....	37
<b>Quadro 3</b> – Escala Geriátrica de Depressão .....	42
<b>Quadro 4</b> – Efeitos-benefícios da atividade física no envelhecimento humano .....	67

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Perfil sociodemográfico dos idosos, segundo sexo .....	47
<b>Tabela 2</b> – Perfil de institucionalização dos idosos, segundo sexo .....	49
<b>Tabela 3</b> – Grau de Deficiência, segundo tipo de deficiência e sexo .....	51
<b>Tabela 4</b> – Perfil patológico dos idosos, segundo sexo .....	52
<b>Tabela 5</b> – Distribuição do grau de dependência em AIVD, segundo atividade e sexo .....	55
<b>Tabela 6</b> – Relação EGD-15, segundo sexo .....	57
<b>Tabela 7</b> – Classificação do grau de depressão geriátrica, segundo sexo .....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AG	Avaliação Geriátrica
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CP	Capacidade Funcional
DF	Dependência Funcional
DFa	Dependência Farmacológica
EGD-15	Escala Geriátrica de Depressão (15)
IF	Independência Funcional
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
RAISI	Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso
SI	Saúde do Idoso

## SUMÁRIO

<b>APROXIMAÇÃO COM O TEMA E JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>ASPECTOS INICIAIS SOBRE SAÚDE DO IDOSO.....</b>	<b>18</b>
<b>ASPECTOS LEGAIS DA SAÚDE DO IDOSO.....</b>	<b>22</b>
<b>INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E</b>	<b>26</b>
<b>INSTITUCIONALIZAÇÃO COMO NOVO MODO DE VIDA.....</b>	
<b>CONCEITOS BÁSICOS EM SAÚDE DO IDOSO.....</b>	<b>31</b>
<b>ABORDAGEM METODOLÓGICA.....</b>	<b>36</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
<i>Perfil sociodemográfico.....</i>	<i>47</i>
<i>Motivos de institucionalização.....</i>	<i>48</i>
<i>Deficiências e Morbidades.....</i>	<i>51</i>
<i>Capacidade Física e Dependência Funcional.....</i>	<i>53</i>
<i>Grau de Depressão Geriátrica.....</i>	<i>55</i>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>60</b>
<b>REFLEXÕES FINAIS.....</b>	<b>72</b>
<b>BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>83</b>
<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</i>	<i>84</i>
<i>Instrumento de Coleta de dados.....</i>	<i>86</i>
<i>Carta de Aceite Institucional.....</i>	<i>92</i>
<i>Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa.....</i>	<i>93</i>

## APROXIMAÇÃO COM O TEMA

---

A minha vida toda sempre esteve marcada pelo interesse de compreender o processo do envelhecimento humano, embora agora meu interesse tenha se orientado à pesquisa acadêmica, sempre soube que gostava da temática. De criança, questionava-me o motivo pelo qual minha avó e meu avô tinham a pele diferente à do resto da família. A pele deles era velha, tinha linhas do tempo desenhadas na palma de suas mãos, eles demoravam muito mais tempo em fazer as coisas que eu criança conseguia realizar em minutos, e o tom de sua voz era leve e atardado. Ao crescer e, eventualmente, assistir às aulas de biologia humana, filosofia, educação cívica e física no ensino médio, fui entender de forma pouco mais próxima o envelhecimento. Entretanto, nessa etapa da minha vida, eu pouco sabia ainda sobre o envelhecimento, realmente.

Sentava-me, nas cadeiras que meus avós tinham colocado do lado à porta principal de casa, a bater papo com eles e escutar suas histórias. Por vezes, essas histórias referiam questões familiares: “a tua mãe era assim e assim de criança, ela gostava disto, ela gostava daquilo”, “teus tios faziam isso, teus tios não faziam aquilo lá”, “tu perdeste teu primeiro dentinho quando eu pulei daquele fiozinho, a tirá-lo e acabar com aquela dor de dente que tu tinhas, filho”. Noutras ocasiões, contavam sucessos históricos que tinham tomado lugar no bairro, anos atrás. Eles sempre encontravam espaços oportunos para narrar alguma história e eu, adolescente, enxergava sua emoção e satisfação de me ver prestar-lhes devida atenção. Certamente, eu o fazia com muito respeito e amor e, na maioria das vezes, sem sequer ter noção do tempo. Podíamos, de quando em quando, conversar por mais de 4 horas, sem dar-nos conta dos minutos. Acatávamo-nos do tempo quando do anoitecer.

Naturalmente, meus vovôs envelheceram, adoeceram e, dolorosamente, deixaram-me. Diante de não os ter mais comigo, meu interesse por compreender mais às circunstâncias do envelhecimento humano foi aumentando, a cada vez mais, ele aumentou. Por quê nós envelhecemos? Tem alguma maneira de parar esse tal do envelhecimento? Envelhecer tem sempre de ser uma coisa tão chata assim? Será que eu não quero envelhecer? Eu estou preparado para ficar velho? Essas eram algumas das perguntas que corriam dentro da minha cabeça quando pensava no envelhecimento.

Assim, no decorrer do tempo eu terminei meus estudos no ensino médio e comecei uma carreira universitária. De preferência, eu queria estudar alguma coisa que tivesse a ver com a saúde das pessoas e, que na passagem, eu pudesse estudar mais

questões ligadas ao envelhecimento humano. De certo, entrei no curso de Saúde Coletiva, na Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) e pensei que isso iria me ajudar a alcançar meu objetivo. Sabendo pouco sobre envelhecimento, eu fui compreendendo melhor o ciclo *saúde – doença – tratamento* na perspectiva assistencial biopsicossocial e me aproximando aos primeiros saberes.

Infelizmente, ao longo da minha formação como sanitarista, na UNILA, nunca tive contato com nenhuma disciplina que discutisse questões relacionadas ao envelhecimento humano. Para mim, isso é difícil de cognitar, uma vez que o envelhecimento é notável temática de interesse contemporâneo e pesquisa da Saúde Pública/Coletiva. Na verdade, o envelhecimento humano é um dos temas mais controversos dentro da Saúde Pública e, animo-me a asseverar que também seja um dos desafios mais complexos para os sistemas de saúde em qualquer canto no mundo. Bem, embora o curso não aborde questões do envelhecimento humano diretamente, posso acenar para a realização de atividades no trinômio do *Ensino – Pesquisa – Extensão* que podem ter potencial dialógica entre a produtividade do curso e oportunidades de inserção dessa área de pesquisa.

Achando motivação pela lacuna existente no curso, decidi apresentar a ideia deste projeto à minha orientadora, que desde o começo assentiu me ajudar com a investigação e que, satisfatoriamente, hoje estamos apresentando o resultado deste lindo trabalho, pensado e desenvolvido com muito amor e, para além desses sentimentos, com muito respeito e agradecimento aos seres maravilhosos que aceitaram fazer parte deste estudo. Aos idosos que sofreram e ainda sofrem os produtos da vulnerabilidade social.

Este trabalho de conclusão de curso, como requisito para minha formação como sanitarista, trata sobre o estudo do envelhecimento humano na perspectiva coletiva da saúde, especificamente de um grupo de idosos esquecidos pela sociedade, mas que não deixaram de ser cidadãos de igual incumbência para a Saúde Coletiva/Pública, cabendo-lhes iguais direitos e deveres sociais fundamentais. Este estudo aborda os desafios socio sanitários enfrentados por idosos em regime de internamento em instituição de longa permanência, no município de Foz do Iguaçu/PR.

## JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

---

Todos os seres vivos animais apresentam uma característica comum; o envelhecimento. É esse, para todos, um processo dinâmico e progressivo, onde se experimentam inúmeras modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicossociais, que podem levar à perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (PAPALÉO NETTO, 1996).

Numa primeira visão biologista sobre envelhecimento, esse processo tem sido identificado só em organismos eucariontes, embora não em todos e, não exatamente em forma simétrica naqueles que conseguem chegar à velhice (AUSTADA, 2010). Contudo, o envelhecimento deve ser medido na sua forma de expressão no indivíduo. Citando por exemplo: envelhecimento biológico; cronológico; funcional; psicológico e social. Portanto, este estudo se interessa por aportar ao estudo do envelhecimento funcional.

Assim, assevera-se que o envelhecimento é um processo subjetivo de todo organismo eucarionte e unicamente os seres humanos sofrem os efeitos do envelhecimento social. Tocando em significação social do envelhecimento, é importante reter que cada sociedade estabelece critérios intrínsecos com respeito à definição dessa fase da vida humana. No Brasil, por exemplo, é considerado idoso aquele indivíduo que alcança idade igual ao superior aos 60 anos (BRASIL, 2003).

Envelhecer representa o desafio de afrontar o declínio funcional (DF) na realização das atividades básicas (ABVD); instrumentais (AIVD) e avançadas (AAVD) da vida diária. O DF é considerado como a perda gradual da capacidade funcional (CF). Para Neri (2005, pág. 29), a CF está relacionada à medida do grau de preservação da capacidade do indivíduo de realizar ABVD e do grau de capacidade para desempenhar AIVD. Comenta ainda que ABVD são aquelas atividades relacionadas ao autocuidado (tomar banho; alimentar-se; ter continência; locomover-se; vestir-se e usar o banheiro) e as AIVD referem à vida independente na comunidade (fazer compras; cozinhar; arrumar a casa; telefonar; lavar a roupa; usar o transporte; lidar com as finanças e tomar remédio). Por outro lado, o DF é índice geriátrico-gerontológico recomendado para medir o nível de CF das pessoas, especialmente em idosos. Assim, idosos com CF comprometida (alto grau de DF), usualmente requerem de assistência em saúde individualizada e de intervenções com maior número de profissionais da saúde.

Como produto do fenômeno científico-industrial da globalização, a estrutura dos núcleos familiares sofreu mudanças importantes, como por exemplo a saída das mulheres

para o mercado laboral e acadêmico, afetando diretamente na tomada de cuidados das pessoas com CF comprometida, especialmente dos indivíduos de maior idade, antigamente incumbida às mulheres. Nesse ambiente, surge a opção da institucionalização do idoso, como forma resolutiva e imediata. Hoje, falar em institucionalização significa pensar mecanismos assistenciais, geralmente filantrópicos, que visam para a oferta das necessidades básicas de todo indivíduo, tais sejam: alimentação adequada, moradia digna, convívio social, promoção da autonomia e da dignidade humana (PEDREIRA e OLIVEIRA, 2012).

Depolito; Leocadio e Cordeiro (2009), acrescentam que a institucionalização em idosos pode ocorrer de forma multifatorial: “*situação financeira desfavorável, indisponibilidade temporal do núcleo familiar para tomar cuidado do idoso, estrutura domiciliar física e socialmente incompetente à atenção das necessidades específicas do idoso*”. Percebe-se, desse modo, que a institucionalização do idoso configura questão contemporânea na atenção geriátrico-gerontológica oferecida pelos Estados socialmente justos, cabendo importância ao estudo do perfil de saúde dos idosos residentes em ILPI.

Assim, o espaço físico (instituições) destinado à institucionalização do idoso é chamado de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). No caso do Brasil, a inspeção de tais instituições é desenvolvida pela Agência de Vigilância Sanitária, mediante uma série de quesitos avaliativos, que vão desde a estrutura física da instituição até a qualificação e perfil dos trabalhadores da saúde que ali exercem atribuições específicas de sua profissão (ANVISA, 2005).

“*Pesquisadores e profissionais buscam com vigor a possibilidade de se viver mais e com saúde. A preocupação é acentuada quando analisarmos o quanto a população de idosos tem crescido no mundo, inclusive no Brasil*” (PEREIRA e RODRIGUES, 2012, pág. 28). No que concerne à magnitude demográfica do envelhecimento e, tendo como base o censo realizado pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, o município de Foz do Iguaçu/PR registraram-se, em 2010, um total de 20.350 idosos sendo 47% do sexo masculino e o 53% do sexo feminino (IPARDES, 2010). Tais estatísticas corroboram mais uma vez o fenômeno mundial da feminização no envelhecimento humano (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Embora na atualidade a expectativa de vida tenha aumentado substancialmente tanto para homens como para mulheres, isso não tem significado no aumento da qualidade de vida, que Ferrer *et al.*, (2019) relacionam como o produto da relação entre *indivíduo – meio ambiente*, resultando nos índices de capacidade funcional (CF) na velhice. Cunha *et*

*al.*, (2009), reforçam que a velocidade em que acontece o envelhecimento se tornou um tema da atualidade, sobretudo quando a discussão atinge a questão do (*des*)preparo do sistema de saúde para acolher as demandas dessa parcela crescente da população. Para mais das mudanças sociodemográficas e epidemiológicas experimentadas no Brasil, tem se um perfil de atendimento ao idoso ineficaz, com falta de suporte para desenvolver cuidados integrais, obstruindo à visualização dos fatores que podem interferir na homeostase da pessoa envelhecida (AGUILAR *et al.*, 2019).

Conseqüentemente, a escassez de evidência, em relação ao perfil de saúde dos idosos institucionalizados no município de Foz do Iguaçu/PR foi fator que impulsionou a realização desta pesquisa. É fundamental, primeiramente, reconhecer as características do território e identificar o perfil da população idosa institucionalizada, de maneira a reproduzir dados que possam auxiliar na proposta de ações que propiciem a melhora dos índices de saúde manifestados nessa população. É nessa lógica que este trabalho acredita nas ações e reflexões que sejam consonantes com a epidemiologia gerontológica, crítica, a partir de um enfoque que possa superar a visão reducionista dada pelo discurso preventivo tradicional que, intencionalmente, torna opaco o processo dos fenômenos, e que por sua vez enaltece o processo dos achados de proporções e frequência gerados pelos dados, é preciso qualificá-los e com isso exercitar a tão complexa tarefa da interdisciplinaridade na Saúde Coletiva.

Este estudo fundamenta indagação sobre a realidade socio sanitária dos idosos iguaçuenses que moram em regime de internamento em ILPI e segue recomendações feitas pelo Estado do Paraná, através dos delineamentos da Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso (RAISI), uma vez que reconhece o alto número de idosos que habitam no Paraná, implicando na urgente necessidade de revisar a estrutura e metodologias adotadas pelo atual sistema de saúde, que foi originalmente desenhado para indivíduos jovens, com doenças agudas únicas (SESA/PR, 2017). Portanto, este trabalho se propõe a identificar riscos potenciais em idosos institucionalizados, seja na esfera preventiva, seja na esfera promotora ou reabilitadora. Outrossim, reafirmando a necessidade de monitorar o perfil de saúde do idoso, tendo como objetivo realizar intervenções precoces e/ou paliativas com os idosos iguaçuenses<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> O termo “*iguaçuense*” será utilizando reiteradamente neste trabalho, fazendo referência ao indivíduo que, não necessariamente tenha como local de nascimento o município de Foz do Iguaçu/PR, podendo referi-lo também como morador no município.

Este tipo de investigação, vista através das lentes da Saúde Coletiva, vem a ser de vital importância para o fortalecimento do SUS, uma vez que este campo tem como objetivo existencial promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas e o acesso universalizado dos serviços de saúde, com um embasamento equitativo, respeitando a integralidade desses serviços e a responsabilidade estatal com a sociedade, muito especialmente, com os grupos vulneráveis, tal seja o caso dos idosos institucionalizados (LIMA *et al.*, 2010).

Em virtude da extrema importância do tema em abordagem, traçaram-se os seguintes:

#### *OBJETIVO GERAL:*

- Conhecer o perfil de saúde dos idosos que residem em Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI, no município de Foz do Iguaçu/PR.

#### *OBJETIVOS ESPECÍFICOS:*

- Traçar o perfil socioeconômico dos idosos;
- Avaliar a capacidade funcional e o nível de independência funcional dos idosos;
- Caracterizar a razão de internamento na ILPI;
- Identificar patologias e deficiências expressas pelo idoso;
- Investigar possível grau de depressão geriátrica nos idosos;
- Indagar possível relação de depressão (EGD-15) segundo sexo.

## ASPECTOS INICIAIS SOBRE A SAÚDE DO IDOSO

---

### ASSISTÊNCIA GERONTO-SANITÁRIA E AS QUESTÕES SUBJETIVAS DO ENVELHECIMENTO HUMANO

Os atos em saúde, segundo Merhy, são gerados através do trabalho em saúde que, pela sua vez, se produzem de diversas maneiras: procedimentos; acolhimentos; responsabilizações, entre outros, e que, são fortemente influenciados pelo subjetivismo por trás de cada profissional (MERHY, 1999, pág. 3). Desse modo, o trabalho esperado de cada profissional não necessariamente gera os mesmos resultados. Aliás, nas décadas recentes, produto do vasto debate entre os profissionais, têm surgido novos campos de estudo e de atuação, no que concerne à Saúde do Idoso (SI), novos campos interessados em investigar e descrever elementos mediadores no processo do envelhecimento humano, em suas diversas esferas (biológica, social, legal, religiosa, cultural, entre mais).

Nas palavras de Ferreira e colaboradores (2010, pág. 357), *“o envelhecimento é um fenômeno do processo da vida, sendo marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo”*. As fases vitais do ser humano podem ser divididas em quatro grandes etapas, sendo essas: infância; adolescência, idade adulta e velhice. Para Santos e Junior (2014, 592), *“o envelhecimento é um processo, a velhice é uma fase e o idoso, por si, é o produto”*.

Para alcançar a velhice, o indivíduo precisa, inevitavelmente, de ter afrontado as três primeiras fases vitais. O produto das referidas fases pode ser considerado como “história de vida”, e nessa história de vida, o envelhecimento acarreta momento decisório para a definição da qualidade e vida (LIMA e COELHO, 2011).

Para Baltes (1987;1997), citado por Neri (2005), o desenvolvimento humano e o envelhecimento devem ser entendidos sobre um prisma individual e coletivo, não generalizando as características observadas em cada esfera, porém, podendo existir uma correlação entre ambas. Neri ressalta os principais apontamentos feitos por Baltes, sendo:

Eventos genético-biológicos, socioculturais e psicológicos subjetivos interagem durante todo o ciclo vital e têm pesos distintos em diferentes momentos do ciclo vital. Dessa interação, resultam as trajetórias de vida individuais e suas circunstâncias;  
Nem a passagem do tempo histórico nem a do tempo individual determinam alterações comportamentais; apenas refletem os critérios convencionais

socialmente para demarcar e registrar os comportamentos sociais e individuais e suas circunstâncias;

O estudo do desenvolvimento e do envelhecimento exige a contribuição de várias disciplinas, por sua vez, o envelhecimento envolve equilíbrio constante entre potencialidades e limites para o funcionamento. O desenvolvimento é um processo multidirecional, isto é, não é caracterizado por processos isolados de crescimento e declínio. O desenvolvimento é um processo finito, limitado por influências genético-biológicas que determinam que na velhice avançada o indivíduo seja cada vez mais dependente de recursos do ambiente e ao mesmo tempo, cada vez menos responsivo às suas influências;

Ao longo da vida adulta e da velhice, acontecem processos concorrentes de crescimento e contração no desenvolvimento, que podem ser analisados como ganhos ou perdas evolutivas;

O envelhecimento é uma experiência heterogênea, isto é, que pode ocorrer de modo diferente para indivíduos e coortes que vivem em contextos históricos e sociais distintos;

Com o envelhecimento, diminui a plasticidade comportamental, definida como a possibilidade de mudar para adaptar-se ao meio e diminui a resiliência, definida como a capacidade de reagir e de recuperar-se dos efeitos da exposição a eventos estressantes;

Na velhice, fica resguardado o potencial de desenvolvimento, dentro dos limites da plasticidade individual;

Os mecanismos de autorregulação da personalidade mantêm-se intactos na velhice, fato que responde, em parte, pela continuidade do funcionamento psicossocial e pelo bem-estar subjetivo dos idosos, mesmo na presença de doenças ou de fatores externos considerados incompatíveis com satisfação com a vida por parte de pessoas mais jovens, mais educadas, mais sadias ou mais ricas (NERI, 2005, pág. 152-153).

Ressalta-se que a maioria dos profissionais da saúde que prestam atenção às premências socio sanitárias do idoso achega consenso filosófico sobre a abordagem do envelhecimento, em forma geral. A visão mais adotada pelas ciências biológicas parte do entendimento multidisciplinar e multidimensional das questões ligadas ao processo de morte celular acelerada, da senescência e da senilidade, as questões ligadas ao ambiente no qual o idoso está inserido, a própria percepção sobre o estado de saúde do idoso e a ação estatal na busca pela manutenção e promoção da qualidade de vida e do envelhecimento ativo e saudável (MORAES, 2014).

Em tempos modernos, tal visão leva em consideração às mudanças nos diferentes segmentos populacionais, passando por uma (re)conceituação e, contemplando, também, às formas culturais e modos de viver de cada sociedade. Em alguns casos, faz-se uso de termos relacionados à concepção de mundo<sup>2</sup>, tais sejam: “subjetivismo”, “realidade do indivíduo”, “qualidade de vida” que resultaria das “experiências de vida”, que questionam a efetividade do conceito de saúde indicado pela Organização Mundial da

---

<sup>2</sup> Gramsci acreditou que se por um lado, todo homem é portador de uma concepção de mundo que foi construída ao longo da sua vida, por outro, a sua concepção está diretamente relacionada ao senso comum o qual é por sua vez, pretensamente insuperável e jamais crítico e político (BUCZENKO, 2014).

Saúde: “Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de afeções ou enfermidades” (OMS, 2000).

Tendo esse entendimento como ponto de partida, a visão “subjetivista” do ciclo *saúde – doença – cuidados*, em/para idosos, é defendida pelos movimentos gerados através do olhar bioético, que exploram e enriquecem a característica intrínseca da autonomia reconhecida em cada indivíduo e o autogoverno como pilar da integridade moral de todo ser humano. Isto é, a capacidade cognitiva, de raciocínio e julgamento, mediada pela experiência de vida, que dota ao indivíduo a aptidão avaliadora da sua própria condição de saúde, situando-o como agente central desse processo, com total poder decisório.

Nessa última fase da vida, é fácil entender o conceito de saúde como algo subjetivo, uma vez que cada indivíduo idealiza as experiências de vida pessoal e intrinsecamente, adocece e recupera-se distintamente, sendo essa uma característica própria e intransferível. Chopra oferece uma versão bastante interessante sobre o subjetivismo na velhice, uma vez que:

“Não há duas pessoas que experimentem seus corpos exatamente da mesma maneira, porque cada um de nós interpreta a experiência – inclusive a experiência que habita o mesmo corpo – de acordo com suas crenças pessoais, seus valores, suposições e lembranças. Um corpo que envelhece envolve um estilo de interpretação; um corpo sem idade envolve o estilo oposto” (CHOPRA, 1994, pág. 57).

Tenha-se, por exemplo, aquilo que para um idoso de 75 anos representa “ter saúde”, não necessariamente seja a percepção que, um outro idoso da mesma idade, possa expressar. Conseqüentemente, esse entendimento daquilo que significa “estar sadio” ou “ter saúde” vai mudando e se (*re*)constituindo ao longo das etapas da vida, andamento que também vai levando em consideração as realidades socioeconômicas e espaciais de cada indivíduo, ou seja, os determinantes sociais em saúde, nos diferentes grupos populacionais.

Torna-se essencial esclarecer que a presença de doença não está diretamente ligada a uma visão (autopercepção) negativa da saúde, sendo a parte fisiológica apenas um elemento do conjunto “saúde”. Outros fatores também são importantes indicadores do estado de saúde em idosos, como por exemplo: sentimento de satisfação pessoal com os anos vividos, cumprimento de metas pessoais, manutenção de laços/vínculos sociais e familiares, acesso à educação e justa remuneração econômica, entre mais.

Uma vez esclarecidos os pontos anteriores, passamos a falar em SI. Assim, a SI pode ser compreendida como o produto do processo de relações multidimensionais que, segundo dito pela OMS, leva em consideração o aspecto físico, mental (aqueles ligados à capacidade cognitiva e às emoções) mas que também fita, detalhadamente, o nível de autonomia, os laços sociais, o suporte de origem familiar e o nível de independência econômica, objetos de estudo da Gerontologia. Essa concepção é aceita de forma geral no estado do Paraná, e norteia às ações de saúde do município de Foz do Iguaçu/PR, no que se refere às atividades de manutenção e promoção da saúde realizadas com os cidadãos de maior idade.

Por conseguinte, grande erro seria justificar a inexistência da heterogeneidade no envelhecimento, pois não se pode assumir que, embora um grupo de indivíduos sejam diagnosticados com a mesma patologia, esses tenham experimentado o mesmo processo de adoecimento e recuperação, muito menos ainda, que eles tenham tido iguais condições para acarearem dita condição, até porque fisiologicamente tratando, cada organismo responde de modo divergente aos fatores intrínsecos e extrínsecos. Tal posicionamento circundaria considerar que todos os idosos pertencem ao mesmo estrato social e negaria, irrefletidamente, as inequidades em saúde identificadas de maneira reiterada em idosos.

Propositadamente, a definição que cada idoso constrói sobre a significação do envelhecer interliga todas as quatro fases da vida (concepção de mundo) e os espaços onde essas experiências tomaram lugar (memória espacial-cronológica), fazendo desses elementos uma ferramenta para emitir uma crítica sobre seu próprio estado de saúde, cogitando sob estados prévios, entre condições melhores ou piores. Reforçando o anterior:

O envelhecimento é um processo multifatorial e se manifesta de maneira peculiar e individual considerando as diferentes regiões geográficas. Portanto, para promover um envelhecimento saudável, é necessário que cada equipe de saúde da família conheça o perfil da população idosa de sua região. Tal conhecimento fornecerá os subsídios necessários para uma promoção integral da saúde desse seguimento populacional (BARBOSA *et al.*, 2013).

Muito tem sido debatido no Paraná, atentando por uma resposta rápida e eficaz, que permita considerar a particularidade do estágio prodômico das patologias mais comuns relacionadas ao processo do envelhecimento e que não ignore, como tal, a característica multidimensional e heterogênea do conceito de saúde do idoso. Inegavelmente, a maior conquista do Paraná, nesse cenário, pode ser observada na elaboração e aplicabilidade do Mapa Estratégico da Rede de Atenção à Saúde do Idoso – REASI, (SESA – PR, 2017), que

veio como resposta à análise das necessidades e situações de saúde, considerando o perfil demográfico dos paranaenses. Sobre a criação da rede:

“[...]estamos fazendo algo novo mundialmente, uma avaliação que propõe identificar e manejar a fragilidade como ponto de partida para a manutenção da capacidade funcional do idoso. [...] o Paraná já é referência em saúde pública para todo o Brasil. Queremos o mesmo para essa área, nos tornar referência em Atenção à Saúde do Idoso com o resultado de um envelhecimento ativo da população paranaense”, (NETO, 2017).

Dita compreensão das particularidades e subjetividades da composição demográfica teve como objetivo focal responder positivamente e eficientemente à principal preocupação dos paranaenses (segundo pesquisa realizada em 2010), que colocou à situação de saúde do Estado em prioridade, quando comparada com outros temas relevantes, como: economia, tecnologia e desenvolvimento rural. A proposta foi, então, concentrar tratamento e acompanhamento das condições estratificadas na APS na própria Unidade de Saúde (UBS), considerando a redução das distâncias e o tempo de resposta do atendimento às necessidades da atenção à saúde do cidadão. Portanto, pretendeu-se, por meio dessa rede, levar à saúde mais perto das pessoas, (SESA – PR, 2017).<sup>3</sup>

As afirmações acima colocadas perfuram notoriamente a responsabilidade dos profissionais da área da saúde incumbidos pela atenção e acompanhamento dessa população socialmente vulnerável, expondo seu papel primordial na promoção e manutenção da capacidade funcional do geronte e a necessidade das equipes de trabalhar em sinergia, por meio do aperfeiçoamento das aptidões de identificação e prevenção de situações que atentem contra o estado e a qualidade da saúde em idosos.

## **ASPECTOS LEGAIS DA SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL**

---

Este estudo, tem, como aporte político, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), aprovada pela Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que considera o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro, os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão em saúde, o conhecimento atual da ciência, o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de

---

<sup>3</sup> Objetivos definidos no Plano Estadual de Saúde PARANÁ, no período de 2012 a 2015.

autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica, e a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde. Agregando, se assume que o principal problema que pode afetar ao idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda de atividades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas (BRASIL, 1999).

A PNSI (MS, 2016), apresenta, por sua vez, diretrizes essenciais que servem como pilar para a investigação aqui proposta, validando assim o objetivo geral:

**Quadro 01 – Principais diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso:**

1. Promoção do envelhecimento saudável voltado ao desenvolvimento de ações que orientem os idosos em relação à importância da melhoria de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida, a eliminação de comportamentos nocivos à saúde;
2. Manutenção da capacidade funcional referente às ações com vistas à prevenção de perdas funcionais em dois níveis específicos: 1) prevenção de agravos à saúde que determinam ações voltadas para imunização dos idosos; 2) reforço de ações dirigidas para a detecção precoce de enfermidades não-transmissíveis, com a introdução de novas medidas, como a antecipação de danos sensoriais, utilização de protocolos de situações de risco de quedas, alteração do humor e perdas cognitivas, prevenção de perdas dentárias e outras afeções da cavidade bucal, prevenção de deficiências nutricionais, avaliação das capacidades e perdas funcionais no ambiente domiciliar e prevenção do isolamento social;
3. Assistência às necessidades de saúde do idoso, extensiva aos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar;
4. Reabilitação da capacidade funcional comprometida com foco especial na reabilitação precoce, ou seja, prevenir a evolução e recuperar a perda funcional incipiente, de forma a evitar que as limitações da capacidade funcional avancem e fazer com que essas limitações sejam ameaçadas;
5. Estímulo à participação e controle social;
6. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS, na área da saúde da pessoa idosa;
7. Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa.

**Fonte:** Política Nacional de Saúde do Idoso (MS, 2006, pág. 5).

Seguindo o mencionado por Veras *et al.*, (2008), a realização de políticas de saúde na área do envelhecimento tem sido recomendada pela OMS como processos que devem levar em consideração múltiplos fatores, quais sejam: sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e o acesso aos serviços, especificamente os determinantes sociais em saúde. Nesta perspectiva, também tem sido ressaltada a necessidade de que esses processos enfatizem as desigualdades sociais e as questões de gênero. Ainda, reforçando:

“Percebe-se que há uma crescente necessidade de abordar o rápido crescimento de problemas de saúde em idosos; bem como de elaborar projetos e oferecer programas de assistência, prevenção e tratamento de doenças, e de aumentar o alcance e efetividade dos serviços de saúde para esta população por meio de uma série de reformas sistemáticas” (BIPARTISAN, 2004).

Na visão de Faller *et al.*, (2010), a questão social do idoso, junto à complexidade da própria vida, demandam uma resposta urgente, com vista a atingir o principal objetivo da PNSI, que diz com respeito ao envelhecimento saudável, preservando a capacidade funcional, a autonomia, mantendo assim a qualidade de vida dos idosos.

Ademais, em 24 de junho de 2017, foi instituído em Foz do Iguaçu/PR, baixo decreto municipal nº 25.717, o Grupo de Trabalho (GT) para a Elaboração do Plano Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa. O objetivo desse GT é estudar, discutir, planejar e elaborar dito plano nos âmbitos da assistência social, saúde, cultura, esporte, lazer, turismo, educação e habitação dos idosos no município, sendo esses elementos do conceito ampliado de saúde (Foz do Iguaçu/PR, 2017).

A elaboração do plano encontra-se caracterizada pela intersetorialidade em saúde, uma das características principais da organização do SUS (BRASIL, 1988). Estão envolvidas instituições públicas e autarquias de Foz do Iguaçu /PR.

Fortalecendo ainda o motivo legal que gerou o levantamento desta investigação, consideram-se algumas diretrizes explícitas no Estatuto do Idoso (Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), que vêm a garantir a proteção à vida e à saúde, pois:

*Art 1º.* É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;

*Art 3º.* É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária;

*Art 8.* O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta lei e da Legislação vigente;

*Art 9.* É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável em condições de dignidade;

*Art 15º.* É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal, e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente ao idoso;

*Art 18º.* As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda;

*Art 22º.* Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria;

*Art 35º.* Todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada:

β. No caso de entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade.

β. Se a pessoa idosa for incapaz, caberá a seu representante legal firmar o contrato a que se refere o caput deste artigo;

*Art 20º.* O idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substitutiva, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada:

β. A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono, ou carência financeira próprios ou da família;

β. Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação visível, sob pena de interdição, além de atender toda a Legislação pertinente;

*Art 48º.* As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, observadas as normas de planejamento e execução emanadas do órgão competente da PNSI, conforme Lei Nº 8.842, de 1994;

*Art 49.* As entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios:

β. Preservação dos vínculos familiares;

β. Atendimento personalizado e em pequenos grupos;

β. Manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;

β. Participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo;

β. Observância dos direitos e garantias do idosos;

β. Preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade.

Portanto, este tipo de investigação, vista através das lentes da Saúde Coletiva, vem a ser de vital importância para o fortalecimento do Sistema de Saúde Público, uma vez que este campo tem como objetivo existencial promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas e o acesso universalizado dos serviços de saúde, com um embalsamento equitativo, respeitando a integralidade desses serviços e a responsabilidade estatal com a sociedade, muito especialmente, com os grupos vulneráveis.

De acordo com Andrade *et al.*, (2010), para a Saúde Coletiva o envelhecimento populacional representa um dos maiores desafios, onde a pobreza e desigualdade social são alvo de estudo e crítica. Esta, por sua vez, é uma forte área do conhecimento que pode auxiliar em investigações relevantes à saúde comunitária, especialmente no que diz

respeito à SI, pois conta com expertise<sup>4</sup> em planejamento, administração e desenvolvimento de políticas públicas, considerando as esferas individual e coletiva e, está, cabalmente, dotada de competências técnico-científicas para as correspondentes interpretações/análises.

Para Silva e Santos (2008), é importante que os estudantes dos cursos da área da saúde participem das atividades realizadas na ILPI, pois acreditam que sua inserção e contato com esse grupo socialmente vulneráveis poderia capacitá-los em questões gerontológicas, os sensibilizando no cuidado ao idoso institucionalizado. Além do mais, as instituições de ensino superior também poderiam receber benefícios, pois a prática nesses locais permitiria fixar os ensinamentos teóricos e, conseqüentemente, renovar os saberes, por meio de novos estudos e pesquisas relativos a questões atuais da saúde do idoso.

## **INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E INSTITUCIONALIZAÇÃO COMO NOVO MODO DE VIDA**

---

### **INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)**

ANVISA conceitua Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) como “Instituições governamentais, ou bem, não-governamentais, com o objetivo de servirem de residência a idosos (indivíduos de idade igual ou superior aos 60 anos), podendo ter suporte ou não, por parte dos familiares” (ANVISA, 2005). É importante ressaltar que, o atendimento oferecido nessas instituições não necessariamente obedece ao motivo de dependência funcional do idoso, pois também é brindado abrigo/guarda a idosos independentes, que comprovada a carência de suporte familiar e/ou dificuldades econômicas, sejam considerados como não-autônomos. Nesses espaços, embora eles não sejam estritamente espaços de atendimento clínico, brindam-se além da reabilitação, serviços que, de certa forma, visam a promoção da saúde e prevenção de agravos.

A definição de asilo se dá como casa de assistência social onde são recolhidas para sustento, ou também para educação, pessoas pobres e desamparadas, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos (SILVA *et al.*, 2017). Assim, o local

---

<sup>4</sup> *Expertise* é o conhecimento adquirido com base no estudo de um assunto e a capacidade de aplicar tal conhecimento, resultando em experiência, prática e distinção naquele campo de atuação. Está relacionada com as habilidades e competência para executar algo (significados.com.br).

denominado de asilo relaciona-se à ideia de guarita, abrigo, proteção, independentemente de seu caráter social, político ou de cuidados com dependências físicas e/ou mentais. Atualmente o termo mais utilizado é ILPI (COSTA e MARCANTE, 2013).

Ditos espaços, são considerados como “excelentes opções” para o desenvolvimento de capacidades de socialização entre os idosos internados. Isto é, o cotidiano desses indivíduos pode, em grande maneira, robustecer laços sociais que irão prevenir/combater o isolamento e a depressão, uma vez que, em muitos casos, o idoso percebe o processo de internamento como sinônimo de isolamento, afastamento com outros semelhantes e até perda das capacidades cognitivas. Como resultado, sendo o seu público-alvo um coletivo de idosos, a responsabilidade da ILPI recai muito no quesito da socialização. Guidette e Pereira agregam:

“[...] acredita-se que, por meio de uma vida ativa baseada na comunicação e no entretenimento, o idoso pode melhorar sua qualidade de vida dentro da instituição, visto que por estar longe de sua família e do contato social, tende a se isolar, o que muitas vezes acarreta falta de vontade de se comunicar com os outros. [...] a institucionalização constitui quase sempre um grupo privado de seus projetos, pois se encontra afastado da família, da casa, dos amigos, das relações nas quais sua história de vida foi construída” (GUIDETTE e PEREIRA, 2010).

Para entender melhor a origem das ILPI, Lima apresenta passagem histórica sobre o surgimento da primeira instituição a oferecer cuidados ao idoso no país:

A primeira instituição destinada aos velhos no Brasil foi numa chácara. Foi construída em 1790, para acolher soldados portugueses que participaram da campanha de 1792 e que, naquela ocasião, encontraram-se “avançados em idade e cansados de trabalho”, que pelos seus serviços prestados, “se faziam dignos de uma descansada velhice”. A chamada casa dos inválidos foi construída por decisão do 5º Vice-Rei, Conde de Resende que, contrariando todas as normas da época, cria esta instituição, inspirando-se na obra de Luis XIV (Hôtel des Invalides) destinado aos heróis (...). Como podemos ver, a primeira instituição criada no Brasil era restrita a soldados militares e não à velhice em geral. Como a vinda da Família Real Portuguesa, em 1808, a casa que abrigava essas pessoas foi “cedida” ao médico particular do Rei e os internos foram transferidos para a Casa de Santa Misericórdia (LIMA, 2005, pág.26).

Ademais, explicando o que foi essa chamada Casa de Santa Misericórdia, Lima esclarece:

No que se refere à Casa de Santa Misericórdia, sabe-se que foram os serviços de hospitalização da época colonial. Fundados e administrados por irmandades de leigos ou eclesiásticos (origem privada), exerciam uma atividade assistencial, destinada aos doentes pobres. Mas não só os pobres se beneficiavam desses serviços, também os indigentes, forasteiros, soldados e

marinheiros. A manutenção desses hospitais dependia da caridade dos habitantes, doações ou esmola, recolhidos nas ruas e das arrecadações dos dízimos concedidos pelo Rei (LIMA, 2005, pág. 26).

Em relação à organização das ILPI, Costa e Mercante, comentam:

Pensando na trajetória histórica das instituições, em seu desenvolvimento e nos significados construídos no decorrer do tempo até chegar ao que elas são hoje, passamos a entender o fato de estarem ligadas à ideia de “rejeição”. Contudo, com todas as mudanças ocorridas na sociedade, gerando uma maior expectativa de vida, novas formas de organizações, essas instituições passarão a receber mais foco de atenção, visando a que sejam reestruturadas, geridas de forma mais competente e humana (COSTA e MERCADANTE, 2013, pág. 218).

É válido considerar o apontamento feito por Pavan, Meneghel e Junges, ao indicarem que as ILPI:

“Raramente articulam propostas para incentivar a independência e autonomia dos usuários. Eles vivem, na maioria das vezes, com possibilidades limitadas de vida social, afetiva e sexual. Confirma-se a situação de “depósitos” de pessoas, fundamentada na ideia do amparo aos desabrigado” (PAVAN et al., 2008, pág. 2188).

Um dos maiores aportes no que se refere à compreensão das ILPI seja a pesquisa censitária realizada por Camarano e Kanso (2010), que teve por objetivo conhecer o perfil das ILPI a nível nacional, uma vez que as autoras reconhecem o pouco trabalho de pesquisa feito e a falta de informação no que diz ao respeito do número de ILPI disponíveis no país, a infraestrutura e os serviços oferecidos em ditas instituições. Obtiveram-se dados sob 3.295 instituições, abrigando mais de 100.000 indivíduos, quantidade que se mostra amplamente representativa, para o período de 2007 a 2009.

Segundo as autoras, a maioria das ILPI no território brasileiro são de natureza filantrópica (65,2%), sendo outorgadas com a isenção de algumas taxas e impostos, o que facilita suas tarefas de caridade. Embora a participação do Estado junto a novas formas de moradia para idosos seja fraca, percebe-se contribuições como medicamentos e serviços médicos.

Indicam, também, que as novas instituições parecem estar seguindo um padrão de natureza privada com fins de lucro. O ingresso principal recebido por essas instituições vem das próprias famílias e o gasto mensal por idoso representa ao redor de R\$ 700.00 e R\$ 900.00. Sobre o orçamento, comentam:

[...] a maior parcela das despesas das ILPI é destinada ao pagamento dos seus funcionários, o que corresponde a 52,5% do total. Outros 14,1% destinam-se à alimentação e 9,4% ao pagamento de despesas fixas (telefone, gás, água). [...] os outros gastos, como aluguel, pequenos consertos, combustível, manutenção da casa e/ou aquisição de material de escritório, respondem por 18,8% do total das despesas (CAMARANO e KANSO, 2010, pág. 235)".

No que concerne especificamente às ILPIs paranaenses, as autoras concluem que, em 2008, o Paraná registrou presença de 251 instituições, das quais 49 encontravam-se em Curitiba, capital do estado. Para Locatelli (2017, pág. 72) "*o processo de institucionalização não vem acompanhado de um projeto de retorno à comunidade e à família e pode, em muitos casos, formalizar o abandono previamente constituído no ambiente familiar*". O trabalho voluntário e as diversas ações de extensão universitária fortalecem as tarefas e ações propostas, no sentido de que o voluntariado contribui para que exista uma real diversificação no desenvolvimento das atividades, uma vez que quando se tem a presença desses agentes voluntários se promove a integração do serviço com a comunidade e a academia, criando-se como resultado uma sensibilização do processo do envelhecimento populacional e lutando contra o isolamento social que o idoso sofre pelo processo da institucionalização.

## INSTITUCIONALIZAÇÃO COMO NOVO MODO DE VIDA

A palavra "institucionalização" possui ampla abrangência e constitui termo recente na literatura gerontológica. De acordo com o dicionário on-line Priberam® de língua portuguesa, o termo refere "*colocar alguém, ou colocar-se de forma permanente ou por longo período de tempo numa instituição de correção, de assistência ou de cuidados de saúde*". A definição oferecida pelo Dicionário On-line de Português DICIO®, traz uma versão de vínculo entre o indivíduo e a instituição, pois indica que institucionalização é "*passar a pertencer, de fazer parte de uma instituição ou de uma organização que atende às necessidades sociais e coletivas de uma sociedade*".

Institucionalizar ao geronte é muitas vezes uma realidade, consequência da falta de uma resposta satisfatória às suas necessidades existenciais no seio da sua comunidade. Com a ida para a ILPI, este vai ao encontro de um ambiente coletivo de regras e imposições que poderão não ser consoante, com a sua história de vida (LOURENÇO, 2014). Guidetti e Pereira (2008, pág. 121) vêm que "*a institucionalização constitui quase sempre um grupo privado de seus projetos, pois se encontra afastado da família, da casa, dos amigos, das*

*relações nas quais sua história de vida foi construída*". Contudo, Gonçalves *et al.*, (2010, pág. 1738) afirmam que *"a institucionalização ainda não configura prática comum em nossa sociedade"*.

Bentes, Pedroso e Maciel (2012, pág. 203) acrescentam que estar institucionalizado é uma questão de extenso debate, por um lado as ILPIs com as funções de proteger e cuidar, e por outro, o idoso frente às novas adaptações, ambos perpassam momentos de transitoriedade, que também requisitam o reconhecimento de suas demandas e necessidades. Ademais, os supracitados autores afirmam que, se por um lado, as ILPI contribuem para o acolhimento e assistência ao idoso, por outro, pensa-se acerca de um lugar que o impossibilita de um contato social externo, que representa um confinamento social, que o restringe apenas à vida institucionalizada ao romper com os elos familiares e sociais (BENTES *et al.*, 2012, pág. 200).

Em tempos atuais, a institucionalização configura tipo de serviço assistencial que, na maioria das vezes, tende a ser de caráter definitivo. A isto Chaimowicz e Greco (1999), adicionam que alguns dos motivos para a institucionalização permanente do idoso são: necessidade de reabilitação intensiva no período entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do cuidador domiciliar, quer familiar, quer particular e, por último, estágios terminais de doenças, principalmente crônicas não transmissíveis (DCNT), junto a níveis de dependência funcional muito altos. Para os autores, *"a institucionalização do idoso acelera a velocidade das perdas funcionais dos idosos, forçando o declínio das funções física e cognitiva, além da submissão ao governo do asilo"* (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999, pág. 457).

O fato de estar institucionalizado na ILPI e não receber nenhuma visita pode ser um fator negativo na qualidade de vida dos idosos, ou seja, um agravante tanto no que tange a percepção da própria saúde, quanto no que tange a percepção de convivência com outros idosos que sim recebem visitas. Partindo da ideia de que a institucionalização, *per se*, configura tipo de isolamento vivencial para o idoso, não ter contato com pessoas que formaram parte da história de vida desses idosos é grande desafio para a sobrevivência dentro da ILPI. Isto porque se pensando em igualdade imediata, na visão paternista, ver que seu colega de quarto recebe constantemente visitas, de pessoas que se preocupam pelo seu estado de saúde, mesmo estando internado na ILPI gera desconfortos e sentimento de tristeza para quem não recebe esse mesmo trato da família, ou dos amigos. Não que seja esse um sentimento de inveja, muito pelo contrário, é característica natural do ser humano como tal. Somos seres sociais, necessitamos estabelecer espaços de

socialização para nos mantermos ativos e socialmente produtivos. De modo contrário, estamos prestes à isolamento social e ao *deteriore* de nossos laços sociais.

A fim de contrastar tal realidade, a ILPI conta com participação de pessoas da comunidade que se encargam de alegrar um pouco os dias cinzas desses idosos em condição de esquecimento social. São realizadas reuniões religiosas, rodas de conversa, ou simples papos às tardes com os idosos. A escuta ativa e a oportunidade de ser considerado para qualquer atividade de cunho social representa altas chances para manter a qualidade de vida nos idosos institucionalizados. Essas duas intervenções são consideradas também espaços para realizar promoção em saúde, em nível individual e coletivo.

Os instrumentos normativos brasileiros em matéria geronto-assistencial, especificam que o idoso tem o direito de se manter no seu núcleo familiar e na sua comunidade (BRASIL, 2013). Vendruscolo e Marconcin (2006), esclarecem que “a legislação vigente marca um movimento crescente em prol do que passou a ser reconhecido como direito de cidadania e como necessidade social e não simplesmente como benefício”. Nesse sentido, o que se pretende é, verdadeiramente, fazer com que o idoso desfrute no máximo tempo possível dos vínculos sociais e familiares que tem alimentado por anos.

## **CONCEITOS BÁSICOS EM SAÚDE DO IDOSO**

---

### **AUTONOMIA**

Define-se autonomia como a capacidade de decisão, de comando; e independência como a capacidade de realizar algo com seus próprios meios, desconsiderando o auxílio de terceiros (NETTO, 2011), que pode ser entendido também sob o conceito de “autogoverno”. São sinônimo de autonomia: liberdade, privacidade, livre-escolha, autorregulação, harmonia com si e os outros. No entendimento de Evans (1984), a autonomia deve ser considerada com um maior grau de importância para a pessoa idosa do que a independência, sendo que essa primeira pode ser restaurada a qualquer momento, mesmo que o idoso seja ou chegue a ser dependente.

Segundo Lemos e Medeiros (2013) qualidade de vida em idosos pode ser verificada por meio da identificação do grau de autonomia na realização das atividades da

vida diária – AVD, também devendo ser considerado o meio no qual o idoso se encontra inserido. Acrescentando, Freire (2000, pág. 66) aborda a questão da autonomia de relacionando o conceito à perspectiva ética da integralidade do ser humano, pois “*o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros*”.

## CAPACIDADE E INCAPACIDADE FUNCIONAL

Nas palavras de Alves *et al.*, (2007, pág. 1925) define-se capacidade funcional (CF) como “*a potencialidade para desempenhar as atividades da vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda, imprescindíveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida*”. Duca *et al.*, (2011), colocam que a incapacidade funcional (IF) remete à presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e atividades da vida cotidiana, ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las.

De acordo com Pereira e Rodrigues (2012, pág. 28), “*a capacidade funcional abrange dois grupos de atividades, a saber: atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD)*”.

## ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA (ABVD) E ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD)

Na linguagem geriátrico-gerontológica é comum encontrar dois termos que, à primeira vista, parecessem serem a mesma coisa, mas representam divergência no seu conceito como na sua prática. Ao falar em ABVD se faz referência às atividades de autocuidado que se aprendem desde a primeira idade, ou seja, comandos básicos aprendidos na infância. Já as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) são aquelas tarefas mais complexas, que permitem desenvolver a independência, e geralmente são aprendidas ao longo da adolescência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

Para medir o domínio na execução das ABVD e AIVD são aplicados dois instrumentos de validade internacional, que pretendem identificar a grau de funcionalidade dos idosos. Concordando com Duarte *et al.*, (2007), “*a realização de avaliações funcionais em idosos permite verificar o nível no qual as doenças ou agravos impedem o desempenho do cotidiano dos idosos, refletindo sua autonomia e independência*”. Para as autoras, a

importância da realização desse tipo de avaliação vem ao encontro de estabelecer diagnósticos, prognósticos e julgamentos clínicos adequados, fundando o tratamento e o cuidado a ser oferecidos ao idoso.

O Índice de Katz (Capacidade Funcional) é o instrumento utilizado para realizar a avaliação das ABVD. Por sua vez, ele contempla seis atividades: banhar-se; vestir-se; ir ao banheiro; continência; alimentação e transferência. Para sua aplicação não se requer uma formação superior. Outrossim, para sua utilização, se faz necessária uma capacitação sobre como realizar dita avaliação, com vistas a obter resultados fieis na prática. Por outro lado, a Escala de Lawton-Brody (Dependência Funcional) é orientado à avaliação das AIVD e a identificação do grau de independência dos idosos em relação às atividades avaliadas. O instrumento compreende oito tarefas específicas, sendo: usar o telefone; fazer compras; preparar a alimentação; limpar a casa; lavar as roupas; usar o transporte; consumir a medicação e gerir o dinheiro (APÓSTOLO, 2012, pág. 6).

## DEFICIÊNCIA

Deficiência “*é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiologia ou anatômica que gere incapacidade a o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano*” (BRASIL, 1999). Diniz e Medeiros (2004), afirmam que envelhecer e apresentar algum tipo de deficiência é uma realidade para muitas pessoas, portanto, o estudo sobre esse tipo acometedor da saúde em idosos tem se tornado questão de interesse público, na medida a propor intervenções individuais (tratamentos) e coletivas (políticas públicas) para seu correto manejo.

Diniz e colaboradores classificam duas maneiras para compreender a deficiência. A primeira compreensão considera deficiência como uma manifestação da diversidade humana, ou seja, um corpo com impedimentos é o de alguém que vivencia impedimentos de ordem física, intelectual ou sensorial). Já, na sua segunda compreensão, os autores relacionam deficiência como o modelo biomédico. Isto é, um corpo com impedimentos deve ser objeto de intervenção dos saberes biomédicos (DINIZ *et al.*, 2009. Pág. 67-68).

Favreto, Carvalho e Canini (2008), indicam que a “*deficiência visual é caracterizada pela presença de massas, cores e formas que limitam a visão à distância ou à proximidade, impossibilitando a identificação de objetos e pela dificuldade com alguns aspectos visuais como traços e texturas*”. Deficiência auditiva, segundo Pagliuca *et al.*, (2007), “*é um distúrbio neurológico sensorial que afeta a capacidade de comunicação oral e de*

*aprendizagem*”. Já deficiência cognitiva é explicada por Almeida (2017), como “*a limitação do funcionamento intelectual, para a aquisição da aprendizagem e no desempenho de tarefas como comunicação, cuidado pessoal e relacionamento social*”. A deficiência física remete à diminuição da capacidade motora no organismo, dificultando ou até, impossibilitando a locomoção ou mesmo produzindo aumento do grau de lentidão na execução das tarefas que requeiram algum esforço físico.

## SENESCÊNCIA E SENILIDADE

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, a senescência abrange todas as alterações produzidas no organismo de um ser vivo – seja do reino animal ou vegetal – e que são diretamente relacionadas a sua evolução no tempo, sem nenhum mecanismo de doença reconhecido (SBGG, 2016). Comenta ainda que, no ser humano idoso, podem se tomar como exemplos de senescência o embranquecimento dos cabelos, a queda, o aparecimento de arrugas e perda da capacidade de flexibilidade da pele. Já a senilidade está relacionada às “*condições que acometem o indivíduo no decorrer da vida baseadas em mecanismos fisiopatológicos*” (SBGG, 2016). Citando por exemplo: perda hormonal, osteoartrose, diabetes e depressão.

## FUNCIONALIDADE GLOBAL E AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

A funcionalidade global é a base do conceito de SI, que é considerado saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinho, de forma independente e autônoma, mesmo que manifeste doenças ou mal-estares (SESA – PR, 2017). Entrelaçando independência e autonomia:

“Existem pessoas com dependência física, mas capazes de decidir as atividades de seu interesse. Por outro lado, há pessoas que têm condições físicas para realizar determinadas tarefas do cotidiano, mas não têm condições de decidir e escolher com segurança sobre como, quando e aonde se envolver nestas atividades. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas”, (SESA/PR, 2017).

De acordo com Paixão Jr e Reichenheim (2005), a avaliação geriátrica (AG) deve de estar bem estruturada, e a avaliação do estado funcional é a sua dimensão-base, sendo

essa resumida na avaliação dos fatores físicos, psicológicos e sociais que afetam a saúde dos idosos. Ainda sobre a avaliação geriátrica esses autores comentam que:

“A avaliação geriátrica se baseia em diagnósticos funcionais interdisciplinares, sendo correntemente denominada Avaliação Geriátrica Ampla. Inicia-se pela avaliação do estado funcional, dimensão central neste contexto. Este pode ser definido como o nível com o qual a pessoa desempenha funções e atividades da vida diária. São utilizados instrumentos que, por sua vez, necessitam estar bem estruturadas. Importam questões psicométricas como validade e confiabilidade” (PAIXÃO Jr e REICHENHEIM, 2005, pág. 8).

## ABORDAGEM METODOLÓGICA

---

### DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Apresenta-se um estudo geronto-epidemiológico, de delineamento transversal descritivo, tipificado pela abordagem quantitativa e qualitativa. De acordo com as notas epidemiológicas e estatísticas de Bastos e Duquia (2007), os estudos transversais são os mais comuns nos estudos epidemiológicos. Por outro lado, as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição de características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações de variáveis. Ainda, comentam que, algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação. Neste caso tem-se uma pesquisa descritiva que se aproxima da explicativa. Ainda, há pesquisas que, embora definidas como descritivas a partir de seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias.

As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2008). Nesse sentido, justificou-se a adoção desse método de estudo no fundamento de criar um diálogo prático entre a Saúde Coletiva e a Gerontologia. Quando vinculados aos métodos de intervenção dessas ciências do conhecimento, obtêm-se resultados mais concretos e fiéis para o delineamento do perfil geronto-sanitário em idosos.

### LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em uma instituição caracterizada por brindar Atenção Integral à Saúde do Idoso em condição de fragilidade socioeconômica e fisiopatológica. Foi selecionada uma ILPI, localizada no município Foz do Iguaçu/PR.

Reconhecido municipalmente sobre o código 4108304, Foz do Iguaçu possui uma área territorial de 618,353 km<sup>2</sup> e uma população estimada de 258.823 pessoas em 2018. O último censo (IPARDES, 2010), indicou a presença de 20.350 idosos no município, sendo 47% do sexo masculino e 53% feminino, representações bastante simétricas com a população idosa paranaense (46% masculina e 54% feminina). A densidade demográfica

corresponde a 414,58 hab/km<sup>2</sup> e o índice de desenvolvimento humano municipal – IDHM é equivalente a 0,751 (IBGE, 2017).

Geograficamente falando, Foz do Iguaçu/PR é um município fronteiriço, com o Paraguai e a Argentina. Assim, a multiculturalidade é uma das características mais marcantes do território, pela presença de mais de 70 nacionalidades, criando assim uma heterogeneidade cultural, religiosa e política (KLACUK e SZEKUT, 2012).

A seguir, são apresentadas as principais características da instituição onde esta pesquisa foi realizada:

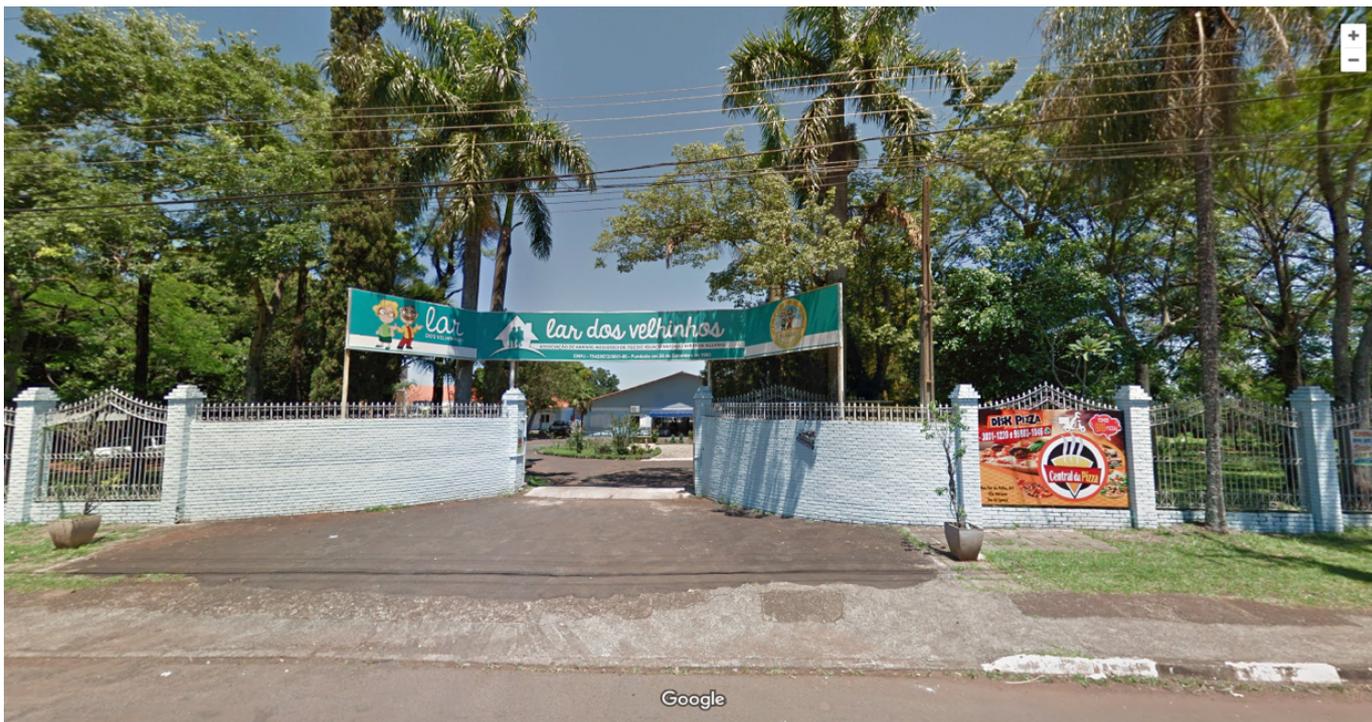
**Quadro 02:** Caracterização da ILPI investigada: Associação de Amparo aos idosos de Foz do Iguaçu Antônio Ayres de Aguirra:

Ano de Abertura	Com inícios em 1980, sendo oficializada como ILPI em 1990.
Endereço	Av. General Meira, 2100 Parque Ouro Verde CEP 85855-000, Foz do Iguaçu/PR
Site Oficial	<a href="https://lardosvelhinhosfoz.com.br">https://lardosvelhinhosfoz.com.br</a>
Modalidade de Atendimento	Filantrópica com aporte dos moradores, familiares dos moradores e doações de pessoas jurídicas e naturais.
Filosofia Institucional	Atenção integral e humanizada a idosos em condição de vulnerabilidade social. Participação comunitária como mecanismos de promoção da saúde.
Responsável Técnico	Silvana Tosti dos Santos (Assistente Social)
Composição Equipe Profissional	Assistente Social; Enfermeira; Técns. Enfermagem, Psicóloga, Fisioterapeuta.
Atividades de Promoção da Saúde Realizadas	Caminhada da felicidade; ginástica fisioterapêutica; rodas de conversa; reuniões de células religiosas; orientações nutricionais.
População Atendida	53 idosos em regime de internação

**Fonte:** Elaborado pelo autor, com base nas informações disponíveis no site oficial da ILPI (2019).

O Lar dos Velhinhos de Foz do Iguaçu/PR é uma instituição que desempenha atividades assistenciais sem fins lucrativos, com filosofia de justiça social e mantida por doações econômicas e materiais oriundas da comunidade e de entidades públicas e privadas. Destaca-se também a participação do voluntariado comunitário e acadêmico dos moradores no município.

O fato de não receber subsídio financeiro fixo pela própria Secretaria Municipal faz com que, em ocasiões, as atividades desenvolvidas pela instituição sofram interrupções/suspensões, afetando diretamente à atenção integral oferecida aos idosos residentes.



**Figura 01:** Portaria da ILPI “Lar dos Velhinhos de Foz do Iguaçu/PR”

**Fonte:** Imagem obtida por meio da busca de satélite do Google Maps, inserindo o endereço físico da ILPI (2019).

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

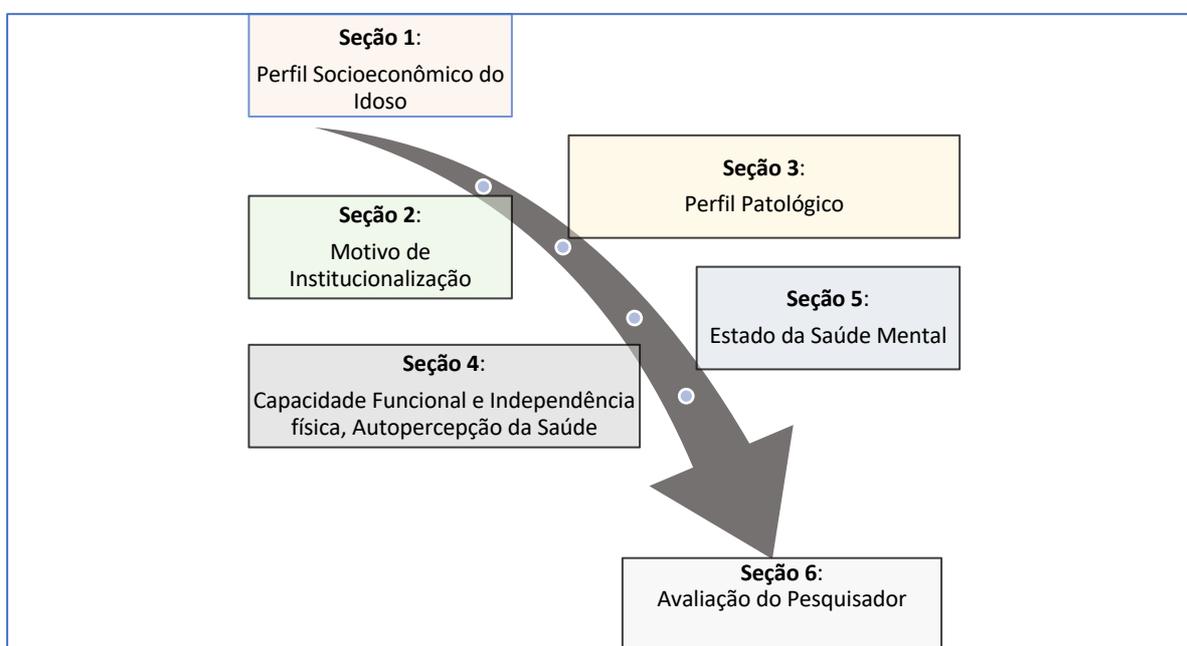
Foram incluídos neste estudo indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos sexos, que aceitaram participar, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) ou que, consentida sua participação, obteve-se a assinatura do representante legal da instituição.

Na aplicação dos critérios de inclusão, ficaram fora desta pesquisa três indivíduos, uma vez que um não atingiu a idade esperada (pois tinha 58 anos de idade) e dois não consentiram participar da pesquisa.

## INSTRUMENTO

No intuito de auxiliar no processo de coleta de dados, foi previamente elaborado um questionário semiestruturado intitulado “*Perfil de Saúde do Idoso Iguaçuense*” (Anexo II). O instrumento foi elaborado através da plataforma Microsoft Office®, de livre licença, na versão 2016, para iOS.

Na etapa de elaboração do instrumento foram considerados elementos como: conforto para o idoso no processo da aplicação; capacidade de síntese das principais informações relevantes à pesquisa; duração da aplicação, com vistas a não tediarem os indivíduos entrevistados e reprodução do instrumento para outras pesquisas que levarem em consideração a identificação do perfil patológico do idoso, o grau de capacidade funcional; o nível de independência física dos idosos e o grau de depressão, além de claro, os outros elementos atendidos pelo instrumento. Por isso, foi pensada uma duração média de 50mins como máximo e 30mins como mínimo. A Figura 01 mostra a estrutura do instrumento:



**Figura 02:** Composição estrutural do instrumento “Perfil de Saúde do Idoso Iguaçuense”  
**Fonte:** Elaboração própria do autor (2019).

O instrumento de coleta de dados foi composto por outros instrumentos geriátrico-gerontológicos validados no Brasil para a realização de intervenções gerontossanitárias. Para melhor compreender a estrutura do instrumento utilizado, são detalhadas as seções e seus determinados componentes:

*Seção 1: Identificação do idoso.* Nesta primeira sessão foram coletados os dados referentes ao perfil socioeconômico do idoso;

*Seção 2: Motivos de institucionalização.* Aqui foram identificados o ano de institucionalização junto com o motivo que levou o idoso morador em ILPI, a ser institucionalizado;

*Seção 3: Perfil patológico de saúde do idoso.* Esta sessão permitiu a coleta de dados referentes às patologias que acometem à saúde do idoso (quando existente), a historicidade e os tratamentos/medicamentos utilizados para a manutenção/combate dessas patologias;

*Seção 4: Capacidade Funcional, Dependência, Independência e auto percepção de saúde do idoso.* Na quarta sessão foram aplicadas as escalas a seguir:

+ Índice de Katz (1963) na versão mais recente adotada pelo Estado do Paraná (Guia do Idoso Paranaense, 2017), sendo esse o método oficializado pelos profissionais da saúde do idoso no Paraná (SESA/PR, 2017). Esse instrumento avalia às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) em ordem a determinar a capacidade funcional do idoso;

+ Escala de Lawton (1969) – a Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), em ordem a determinar os índices de independência funcional no idoso;

+ Escala Geriátrica de Depressão (EGD-15), permitindo identificar padrões depressivos;

*Seção 5: Avaliação do estado mental do idoso.* Sabe-se que o processo de institucionalização do idoso em ILPI pode desencadear o aumento da prevalência/incidência de quadros depressivos em idosos, é por isso que esta seção teve como tarefa analisar a presença de quadros de depressão no idoso.

*Seção 6: Avaliação do aplicador.* Foi agregada esta sessão em vigo de corroborar a veracidade das informações coletadas e a percepção geral do idoso ao longo da coleta de dados. Isto é, esta sessão permitiu, no subjetivo do aplicador do instrumento, classificar a qualidade das entrevistas e a qualidade das respostas recebidas pelo idoso.

Após aplicação do instrumento, foi realizada breve auto avaliação, com vistas a reforçar a veracidade dos dados coletados, para sua posterior análise e interpretação estatística. Isto é, a auto avaliação não influenciou nos dados coletados, porém, permitiu entender aspectos positivos e/ou negativos do instrumento (Sessão 5, do questionário), visando encontrar possibilidades para o aperfeiçoamento do instrumento utilizado ou reconhecimento das fortalezas de tal. A seção “*avaliação do entrevistador*” foi readaptada do conteúdo do Questionário “*Brazil Old Age Schedule*” (BOAS), adequada estritamente aos objetivos específicos desta investigação (Veras, 2008).

## COLETA DE DADOS

O instrumento foi aplicado diretamente aos idosos, salvo caso de incapacidade de resposta, em tal situação foi solicitada intervenção do profissional de saúde responsável. Sobre abordagem direta na aplicação de questionários, considerando-se os apontamentos trazidos por Ricci *et al.*, pois:

“Há várias fontes de informação para a avaliação do desempenho dos idosos na realização das AVD, como a observação indireta (relato de cuidadores/ familiares), observação direta (feita por profissionais da área da saúde) e o auto-relato do idoso. [...] nem sempre é possível aplicar um instrumento baseado no auto-relato do paciente, em virtude de déficits cognitivos que podem interferir nos resultados” (RICCI *et al.*, 2005, pág. 13).

Foi julgado como “incapaz de responder” àquele idoso acamado, comprometido de fala e/ou com distúrbios psiquiátricos previamente diagnosticados, que impossibilitassem sua capacidade de resposta.

O instrumento foi aplicado durante os meses de março a junho, do corrente ano, por meio de visitas semanais à instituição. A ordem seguida no processo de coleta dos dados foi: 1) primeiramente o entrevistador se apresentou ao idoso e explicou os detalhes da pesquisa, com vistas a esclarecer possíveis dúvidas nos entrevistados. Nesse momento, 2) foi solicitada a assinatura do TCLE. Assim, 3) foram coletadas as informações sobre o perfil sociodemográfico dos idosos; o motivo de institucionalização na ILPI; o perfil patológico (doenças autorreferidas e auto percepção do estado de saúde); capacidade, dependência e independência funcional; escala geriátrica de depressão (G-15) e, 4) finalmente a avaliação do estado de saúde mental do idoso.

Ressalta-se que informações previamente identificadas no prontuário foram omitidas no momento da entrevista, evitando assim desconfortos, e produzindo eficácia na média de duração dos questionários. É cabível retomar que, em situações tais que o idoso esteve impossibilitado de responder ou seguir orientações, as informações foram registradas sobre indicação do profissional responsável, cabendo a verificação de ditas informações nos prontuários institucionais.

Os questionários foram aplicados de forma ética, mantendo sua integridade em todo momento. A linguagem usada foi clara e simples, evitando usar termos técnicos (*médicos – sanitaristas*), permitindo uma comunicação ativa entre o pesquisador e o entrevistado, com vistas a produzir informações precisas e a evitar vieses de escuta ou, inclusive, de má-interpretação em alguma das partes.

Nas ocasiões onde foi possível perceber dificuldades na habilidade auditiva do(a) idoso(a) a pergunta foi repetida, no mínimo três vezes, pois o interesse era conferir que o idoso entendesse a pergunta e que ao fazê-lo, se registrasse a resposta correspondente. Ademais, foi designado um ambiente/espço calmo, silencioso e bem iluminado, que propiciou a interação “*face to face*”.

## VARIÁVEIS DEPENDENTES

Caracterizaram-se como variáveis dependentes: índice de capacidade funcional (Katz); índice de independência funcional (Lawton) e índice de depressão (EGD-15).

Para apresentação em tabelas, o desfecho “Katz” foi estratificado em duas opções de resposta, sendo: independente e dependente.

Para apresentação do desfecho “Lawton”, estratificaram-se em três opções: sem ajuda (pontuação igual a 24), com ajuda parcial (pontuação de 16 a 23) e incapaz (pontuação inferior a 16).

No caso do desfecho EDG-15, cada questão do instrumento foi apresentada em ordem numérica, sendo:

**Quadro 03:** Escala Geriátrica de Depressão (EGD-15)

<b>Abreviatura</b>	<b>Categorização</b>	<b>Provocação</b>
Q <sub>1</sub>	Positiva	<i>Está bastante satisfeito/a como sua vida?</i>
Q <sub>2</sub>	Negativa	<i>Se aborrece com frequência?</i>
Q <sub>3</sub>	Negativa	<i>Se sente inútil nas atuais circunstâncias?</i>
Q <sub>4</sub>	Negativa	<i>Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?</i>
Q <sub>5</sub>	Negativa	<i>Sente que a sua situação não tem solução?</i>
Q <sub>6</sub>	Negativa	<i>Tem medo de algum mal vá lhe acontecer?</i>
Q <sub>7</sub>	Negativa	<i>Acha que a sua situação é sem esperança?</i>
Q <sub>8</sub>	Positiva	<i>Acha maravilhoso estar vivo?</i>
Q <sub>9</sub>	Negativa	<i>Sente que sua vida está vazia?</i>
Q <sub>10</sub>	Negativa	<i>Sente que a maioria das pessoas está melhor do que você?</i>
Q <sub>11</sub>	Negativa	<i>Se sente com mais problemas de memória do que a maioria?</i>
Q <sub>12</sub>	Negativa	<i>Deixou muitos de seus interesses e atividades de lado?</i>
Q <sub>13</sub>	Positiva	<i>Se sente de bom humor a maior parte do tempo?</i>
Q <sub>14</sub>	Positiva	<i>Se sente cheio de energia?</i>
Q <sub>15</sub>	Positiva	<i>Se sente feliz a maior parte do tempo?</i>

**Fonte:** Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria do autor (2019).

O objetivo é identificar o grau de depressão por meio da somatória das questões que apresentam potencial risco. Assim, segundo Costa *et al.*, (2017, pág. 294) considera-se: normal, quando a pontuação for de 0 a 5; depressão leve, quando a pontuação for de 6 a 10; e depressão grave, quando a pontuação for de 11 a 15.

As provocações Q<sub>1</sub>; Q<sub>8</sub>; Q<sub>13</sub>; Q<sub>14</sub> e Q<sub>15</sub> tratam sobre possíveis percepções positivas do idoso perante seu estado de saúde e o grau de satisfação com sua vida. As provocações Q<sub>2</sub>; Q<sub>3</sub>; Q<sub>4</sub>; Q<sub>5</sub>; Q<sub>6</sub>; Q<sub>7</sub>; Q<sub>9</sub>; Q<sub>10</sub>; Q<sub>11</sub> e Q<sub>12</sub>, por sua vez, tratam sobre situações estressantes, permitindo identificar percepções negativas por parte do idoso.

#### VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Considerando os objetivos deste estudo, foram incluídas as seguintes variáveis independentes:

✓ Perfil sócio demográfico:

- 1- Sexo: Masculino ou Feminino;

- 2- *Nacionalidade: Brasileira, outra;*
- 3- *Raça/Cor de pele: Branca, Parda, Negra, Amarela, Indígena;*
- 4- *Idade: Considerada em anos completos (dado quantitativo discreto) a partir da data de nascimento e da data de coleta dos dados;*
- 5- *Faixa etária: 60 a 69 anos – 70 a 79 anos – 80 a 89 anos e 90 e mais anos;*
- 6- *Escolaridade: Analfabeto, Fundamental completo, Meio completo, Superior completo;*
- 7- *Estado civil: Casado (a), Solteiro (a), Viúvo (a) ou divorciado (a);*
- 8- *Religião: Católica, Evangélica, Outra, Não possui religião;*
- 9- *Filiação: Sim, Não;*
- 10- *Situação de previdência social: Aposentado (a), pensionista, aposentado (a) e pensionista, não é aposentado e/ou pensionista;*
- 11- *Renda mensal: Menos do que um salário mínimo, Um salário mínimo.*

✓ Perfil de Institucionalização:

A. Tempo de Internamento<sup>5</sup>:

1. *Menos de um ano (<1a);*
2. *De um a menos de três anos (1a<3a);*
3. *De três a cinco anos (3a<5a);*
4. *Mais do que cinco anos (>5a)*

B. Motivo de internamento:

1. *Incapacidade Socioeconômica para própria manutenção;*
2. *Ausência de Suporte Familiar (responsável legal);*
3. *Ausência de habitação própria;*
4. *Presença de polipatologias que requerem acompanhamento constante de um profissional de saúde;*
5. *Decisão própria;*
6. *Outros motivos: (indique qual)*

C. Composição do núcleo familiar antes da institucionalização:

1. *Sozinho (a);*
2. *Esposa, marido, companheiro (a);*
3. *Filhos (as), enteado(a), nora, genro;*

---

<sup>5</sup> Leia-se “a” variável para “anos confirmados de internamento”.

4. *Irmão (a), sobrinho(a);*
5. *Neto (a);*
6. *Outros não-parentes;*

✓ Perfil Patológico:

A. Doenças referidas:

1. *Doenças do Aparelho Respiratório;*
2. *Doenças do Aparelho Locomotor;*
3. *Doenças do Aparelho Nervoso;*
4. *Doenças do Aparelho Circulatório;*
5. *Doenças do Aparelho Digestório;*
6. *Outras*

B. *Dependência farmacológica:* Sim, Não;

C. *Internação hospitalar nos últimos 12 meses:* Sim, Não;

D. *Prática de atividade física:* Praticante, Não praticante.

## ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados coletados foi utilizado o método estatístico indutivo. De acordo com Costa Neto (2002, pág. 2), o objetivo desse método é “*obter resultados sobre as populações estudadas a partir das amostras, dizendo também qual a precisão desses resultados e com que probabilidades se pode confiar nas conclusões obtidas*”.

A primeira etapa da análise foi a criação de um formulário eletrônico no software *Epi-Info® versão 7.2* (Centers of Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), de livre licença, para posterior inserção de todos os questionários aplicados.

Em seguida, uma vez definido o banco de dados da pesquisa, os dados foram apresentados sobre a forma de tabelas, seguidos por uma análise descritiva e comparativa.

Na análise estatística comparativa, foi utilizado o software *Past®* de livre licença, na versão para Windows. Para o cálculo da média aritmética nas variáveis sociodemográficas, usou-se a fórmula:

$$\bar{X} = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n}{n}$$

E, para o cálculo do desvio padrão, foi empregada a fórmula:

$$s = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

Foram realizados testes estatísticos para os dados de EGD-15, a fim de comprovar se eles eram bem modelados por distribuições normais ou não, considerando uma significância de 5%. No caso onde encontrada normalidade nos dados, foi utilizado o método paramétrico Test-*t* pareado, no caso de não haver normalidade nos dados, foi utilizada a técnica não paramétrica de Mann-Whitney para amostras Independentes.

As variáveis do perfil sociodemográfico foram representadas por tabelas de frequência com valores absolutos (n) e relativos (%), sendo finalmente utilizadas no estudo de correlação com as variáveis dependentes. Para as variáveis contínuas foram realizadas medidas de posição e dispersão (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo) e para as variáveis categóricas foram feitas medidas de frequência com valores absolutos (n) e relativos (%).

## ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeitou os aspectos éticos, concordando com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos expostas na Resolução 466/2012 e 510/2015 do Conselho Nacional de Saúde, adscrito ao Ministério da Saúde. Prévio a aprovação do CEP, foi realizado contato com a instituição, com vistas a obter assinatura do Termo de Instituição Coparticipante.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (UDC), CAAe: 05538818.1.0000.8527, sobre parecer nº 3.205.884.

## RESULTADOS

---

De um total de 53 idosos residentes na ILPI no início da coleta de dados, obteve-se participação de 50 gerontes.

### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

A Tabela 01 oferece a relação das variáveis observadas, em relação ao perfil sociodemográfico dos gerontes. Identificou-se superior presença de homens (68%; n=34), havendo maior concentração na faixa-etária de 70 a 79 anos. As mulheres, embora com menor representação (32%; n=16), também concentraram maior número nessa faixa-etária. A idade média para os homens foi de 73 anos (Dp=7.63), sendo 62 anos o limite inferior e 85 anos o limite superior. No concernente às mulheres, obteve-se idade média de 75 anos (Dp=10.81), sendo 63 anos o limite inferior e 103 anos o limite superior. Assim, a média geral da idade foi de 74 anos. Afirma-se que o idoso iguaçuense institucionalizado em ILPI é predominantemente septuagenário.

Por outro lado, quando consultada filiação, mais da metade dos idosos (56%) indicou ter filho(a). No que concerne à raça/cor de pele, as mulheres deste estudo foram predominantemente brancas (75%), havendo apenas quatro mulheres com auto declaração de raça parda. Nos homens observaram-se valores congêneres entre as cores de pele parda (44.12%) e branca (41.18%), pois somente quatro idosos indicaram ter cor de pele preta (11.76%), e um deles disse ser de origem indígena (2.94%).

Os idosos eram predominantemente brasileiros, para ambos os sexos (90%; n=45), havendo registro de três nacionalidades estrangeiras: italiana (2%); libanesa (2%) e paraguaia (6%). Metade das mulheres eram viúvas. Contrariamente, os homens indicaram ser maiormente solteiros (46%). Metade dos idosos institucionalizados expressaram seguir à crença religiosa católica, mas é importante perceber que alto número de idosos disse não ter/praticar nenhuma religião (28%).

Registrou-se baixo perfil de escolaridade entre os idosos estudados, para ambos os sexos. Mulheres deste estudo apresentaram maior índice de analfabetismo (81,5%), quando comparadas com os homes (67,6%). Quando indagadas capacidades de leitura e escrita, viu-se que as mulheres apresentam maior dificuldade de comunicação social, pois 68,75% não sabiam ler nem escrever. Outrossim, essa dificuldade foi representativa nos

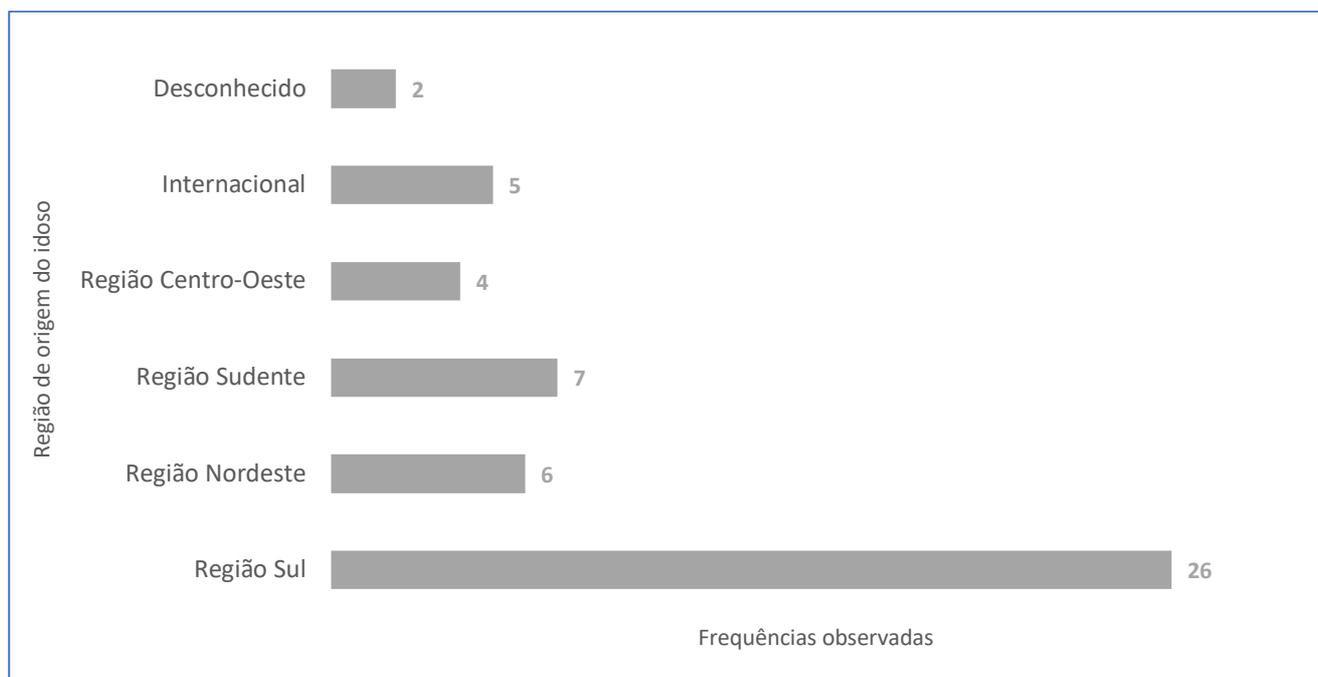
homens, uma vez que apenas 41,18% deles referiu poder ler e escrever. A situação de aposentadoria foi referida por metade dos idosos, e apenas 28% recebe um ingresso mensal superior a um salário mínimo.

**Tabela 01:** Perfil sociodemográfico do idoso, segundo sexo, Foz do Iguaçu/PR, 2019:

VARIÁVEIS	Homens (n=34)		Mulheres (n=16)	
	n	%	n	%
<b>Nacionalidade</b>				
Brasileira	30	88.23	15	93.75
Outra	4	11.77	1	6.25
<b>Faixa etária</b>				
60 – 69 anos	12	35.29	5	31.25
70 – 79 anos	13	38.23	6	37.5
80 – 89 anos	9	26.47	4	25
90 ± anos	-	-	1	6.25
<b>Raça/cor de pele</b>				
Branca	14	41.18	12	75
Parda	15	44.12	4	25
Preta	4	11.76	-	-
Indígena	1	2.94	-	-
<b>Estado civil</b>				
Solteiro(a)	23	67.65	4	25
Casado(a)	2	5.88	1	6.75
Divorciado(a)	5	14.71	3	18.75
Viúvo(a)	4	11.76	8	50
<b>Religião</b>				
Evangélica	8	23.53	2	12.50
Católica	15	44.12	10	62.5
Outra	1	2.94	-	-
Não possui religião	10	29.41	4	25
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental completo	7	20.59	3	18.75
Médio completo	3	8.82	-	-
Superior completo	1	2.94	-	-
Analfabeto(a)	23	67.65	13	81.25
<b>Sabe ler?</b>				
Sim	14	41.18	5	31.25
Não	20	58.82	11	68.75
<b>Sabe escrever?</b>				
Sim	14	41.18	5	31.25
Não	20	58.82	11	68.75
<b>Tem filhos?</b>				
Sim	16	47.06	12	75
Não	18	52.94	4	25
<b>Situação de previdência social</b>				
Aposentado(a)	17	50	8	50
Pensionista	-	-	1	6.25
Benefício Assistencial BPC	6	17.65	5	31.25
Nem aposentado(a) nem pensionista	11	32.35	2	12.50
<b>Renda mensal</b>				
Menos do que 1 salário mínimo	12	35.29	2	12.50
1 salário mínimo	22	64.71	14	87.50

**Fonte:** Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria do autor (2019).

A Figura 03 apresenta as informações referentes à origem dos idosos, de acordo com a região. Como esperado, por causa da localização da ILPI a maior parte dos idosos é oriunda da região sul, especificamente dos estados do Rio Grande do Sul (22%), seguido pelo Paraná (20%) e Santa Catarina (10%).



**Figura 03:** Região de origem do idoso institucionalizado, Foz do Iguaçu/PR, 2019.  
**Fonte:** Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria do autor (2019).

## MOTIVOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO/INTERNAMENTO DO IDOSO

O tempo de internamento é uma variável sumamente importante a estudar quando se tem por objetivo traçar o perfil de saúde dos idosos institucionalizados, uma vez que ela permite conhecer a quantidade de anos/meses nos quais o idoso deixou de formar parte do seu núcleo familiar e deixou de participar das atividades sociais de seu bairro/comunidade. Entende-se por tempo de internamento a data do ingresso à instituição, até o momento de consulta.

No tocante ao processo de institucionalização na ILPI vivenciado pelos idosos, interessou entender as razões pelas quais esse grupo de idosos não está atualmente com seus parentes ou na sua comunidade. A Tabela 02 apresenta os dados referente ao processo de institucionalização.

Constatou-se tempo médio de institucionalização de 1<3a, com maior frequência estatística (34%; n=17). Os motivos que mais influenciaram na razão de institucionalização dos idosos corresponderam a encaminhamento por instituição social (40%; n=20) e estar sozinho(a) e doente (38%; n=19).

Quando questionado, de forma geral, o lugar de moradia prévio à institucionalização na ILPI, a maioria (58%; n=29) dos idosos indicou ter morado sozinho(a). Apenas dois homens já tinham experiência de moradia prévia em ILPI (4%; n=2).

Questionou-se, também, o fato de receber ou não visitas. As respostas apontam que apenas 46% dos idosos recebem visitas. Finalmente, foi interessante também conhecer o grau de satisfação de convivência entre os idosos institucionalizados. Os dados obtidos mostram que os homens deste estudo possuem maior capacidade de convivência (82, 35%, n=28) do que as mulheres (43,75%, n=7).

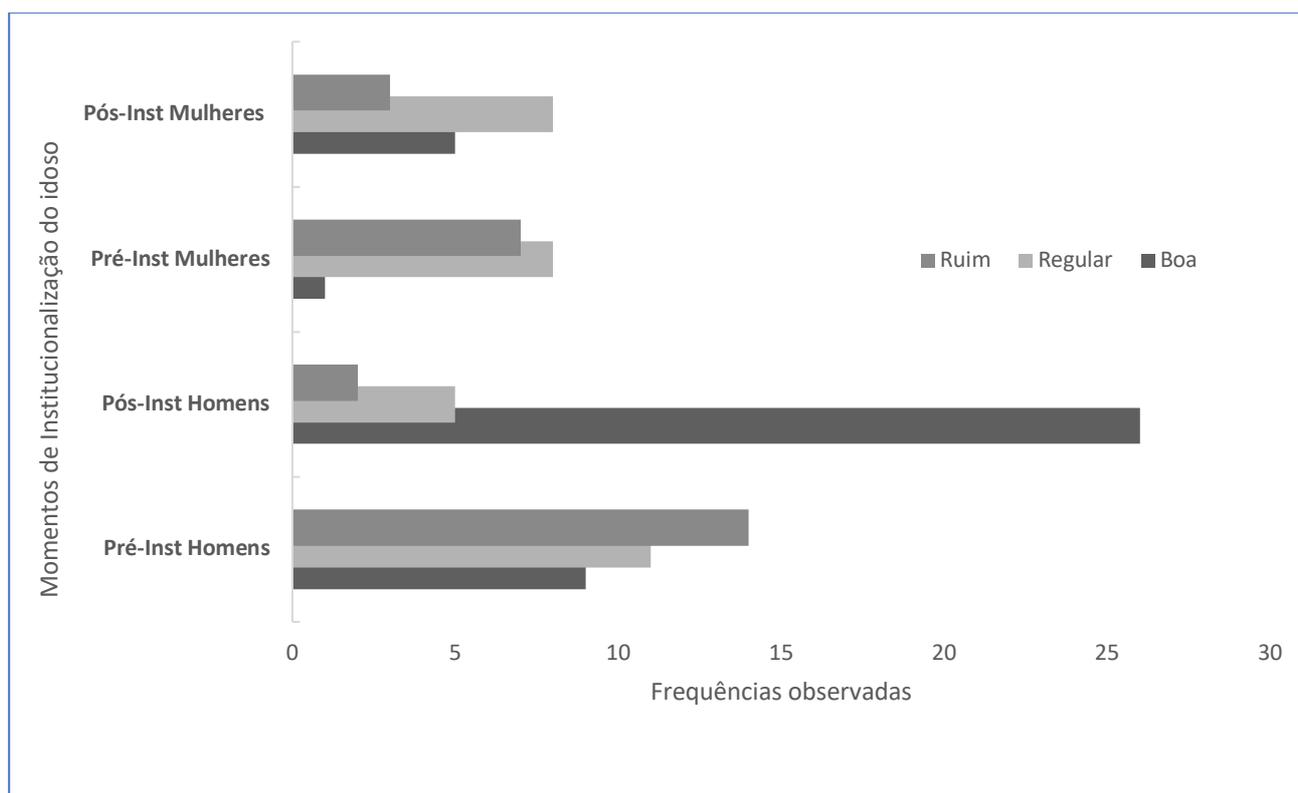
**Tabela 02:** Perfil de institucionalização do idoso segundo sexo, Foz do Iguaçu/PR, 2019:

VARIÁVEIS	Masculino (n=34)		Feminino (n=16)	
	Observações	%	Observações	%
<b>Tempo de internamento na ILPI</b>				
<i>Menos de 1 ano (&lt;1a)</i>	6	17.64	3	18.75
<i>De 1 a 3 anos (1&lt;3a)</i>	10	29.41	7	43.75
<i>De 3 a 5 anos (3&lt;5a)</i>	8	23.52	1	6.25
<i>Mais do que 5 anos (&gt;5a)</i>	10	29.41	5	31.25
<b>Motivo de internamento na ILPI</b>				
<i>Estava sozinho(a) e/ou doente</i>	12	25.29	7	43.75
<i>Decisão própria</i>	1	2.94	2	12.50
<i>Dificuldade no núcleo familiar</i>	5	14.70	3	18.75
<i>Encaminhado(a) por instituição</i>	16	47.05	4	25.0
<b>Com quem morava antes de ser internado?</b>				
<i>Sozinho(a)</i>	20	58.82	9	56.25
<i>Parentes</i>	10	29.41	7	43.75
<i>Amigos</i>	2	5.88	-	-
<i>Instituição</i>	2	5.88	-	-
<b>Recebe visitas?</b>				
<i>Sim</i>	15	44.11	8	50.0
<i>Não</i>	19	55.89	8	50.0
<b>Satisfeito(a) com a relação com as demais pessoas que moram na ILPI?</b>				
<i>Sim</i>	28	82.35	7	43.75
<i>Não</i>	3	8.82	8	50.0
<i>Sem resposta</i>	3	8.82	1	6.25

**Fonte:** Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria do autor (2019).

Outro aspecto relevante considerado nesta pesquisa, foi descobrir qual a autopercepção do estado de saúde através das fases de pré e pós institucionalização na

ILPI. Para tal objetivo, foi provocada as indagações pré-institucionalização: “Antes de ter sido internado (a) na ILPI, o (a) senhor (a) considerava seu estado de saúde como” e pós-institucionalização: “Depois de ter sido internado (a) na ILPI, o (a) senhor (a) considera seu estado de saúde como”. A relação das respostas obtidas, são mostradas na Figura 04, a seguir:



**Figura 04:** Autopercepção do Estado de Saúde, segundo momento de institucionalização, Foz do Iguaçu/PR, 2019.

**Fonte:** Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria do autor (2019).

A autopercepção do estado de saúde “*leva em consideração aspectos da saúde física, cognitiva e emocional e está fortemente associada como o estado subjetivo de saúde das pessoas, determinado por avaliações intrínsecas. Ademais, tem se mostrado como método mais utilizado para a análise global da saúde*” (Nunes et al., 2012, pág. 42).

Neste estudo, observou-se que os homens autoavaliaram seu estado de saúde na fase de pré-institucionalização majoritariamente como “ruim” (n=14; 41,17%), logo, a autoavaliação da fase de pós-institucionalização foi bastante positiva, sendo considerada como “boa” (n=26;76,47%), pela maioria de idosos estudada. Entretanto, é importante notar que número considerável de idosos autoavaliou sua saúde como “boa”, prévia institucionalização, pois (n=9;26,47%). No tangente à população feminina, a autoavaliação

do estado de saúde pré-institucionalização foi prevalente para a categoria “regular” (n=8;50%). Quando questionadas sobre seu estado de saúde na fase de pós-institucionalização as respostas ainda favoreceram à categoria “regular”, em igual peso estatístico.

Analisando-se as autoavaliações, em ambas as fases de institucionalização, segundo sexo, identificaram-se mudanças significativas na autopercepção do estado de saúde nos homens, não havendo mudanças na autopercepção das mulheres. Assim, pode-se intuir que o fato de ter sido institucionalizado, aumenta a autopercepção do estado de saúde de forma positiva para homens.

### PERFIL DE SAÚDE: DEFICIÊNCIAS E MORBIDADES REFERIDAS

De modo a identificar os principais tipos de incapacidades que acometem à saúde idosos residentes na ILPI, foi questionada presença de deficiências. A Tabela 03 projeta a relação entre os tipos de deficiência e o grau de incapacidade.

Em relação às três principais deficiências na população masculina, observou-se predominância de deficiência física (35, 29%); visual (17,64%) e auditiva (11,76%), com oscilação maior entre os graus baixo e moderado. Nas mulheres a predominância esteve acumulada nas deficiências física (56,25%); visual (18,75%), havendo empate entre deficiência cognitiva (6,25%) e auditiva (6,25%). No caso das mulheres, a oscilação foi maior nos graus moderado e severo.

Tais dados apontam que a presença de deficiência em mulheres iguaçuenses institucionalizadas está relacionada a maiores graus de incapacidade. Isto, por sua vez, pode servir de norte para as intervenções dos profissionais incumbidos pela promoção e manutenção da qualidade de vida dos idosos deficientes, na medida em que aponta acentuadas prioridades intervencionistas em mulheres, do que nos homens.

**Tabela 03:** Grau de deficiência em idoso institucionalizado, segundo tipo de deficiência e sexo, Foz do Iguaçu/PR, 2019:

Tipo de deficiência	Homens (n=34)			Mulheres (n=16)		
	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Severa n(%)	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Severa n(%)
<i>Visual</i>	1(2,94)	5(14,7)	-	-	2(12,50)	1(6,25)
<i>Auditiva</i>	3(8,82)	1(2,94)	-	-	1(6,25)	-
<i>Cognitiva</i>	1(2,94)	-	2(5,88)	-	1(6,25)	-
<i>Física</i>	5(14,7)	4(11,76)	3(8,82)	3(18,75)	1(6,25)	5(31,25)

**Fonte:** Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria do autor (2019).

“Mais do que em outros grupos etários, os idosos sofrem de doenças terminais” (PEREIRA *et al.*, 2009, pág. 157). As morbidades que acometem ao idoso são, principalmente, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Tal situação requer de abordagens multidimensionais em todos os níveis de atenção prestados (primário; secundário; terciário e quaternário) e em todas as esferas (prevenção; promoção; cura e reabilitação).

Com vistas a conhecer quais as principais patologias que acometem à saúde dos idosos estudados, foi questionada presença de patologia; tempo de duração da patologia; dependência farmacológica (DFa); internamento nos últimos doze meses (<12m) e realização de atividade física. Os dados obtidos são apresentados na Tabela 04. De forma geral, constatou-se que o aparelho circulatório (34%) e o aparelho nervoso (32%) são os mais acometidos. Foi interessante perceber que grande parte dos homens não referiu morbidade (35,29%). Em relação ao tempo de diagnóstico das morbidades, evidenciou-se que os idosos as possuem há mais de três anos.

A DFa foi menor para os homens deste estudo (38,23%). Outrossim, encontrou-se baixo índice de internação hospitalar nos últimos doze meses tanto em homens (5,88%), como em mulheres (18,75%). Cumpre destacar que mais da metade dos idosos indicou praticar alguma atividade física (56%).

**Tabela 04:** Perfil patológico dos idosos, segundo sexo, Foz do Iguaçu/PR, 2019:

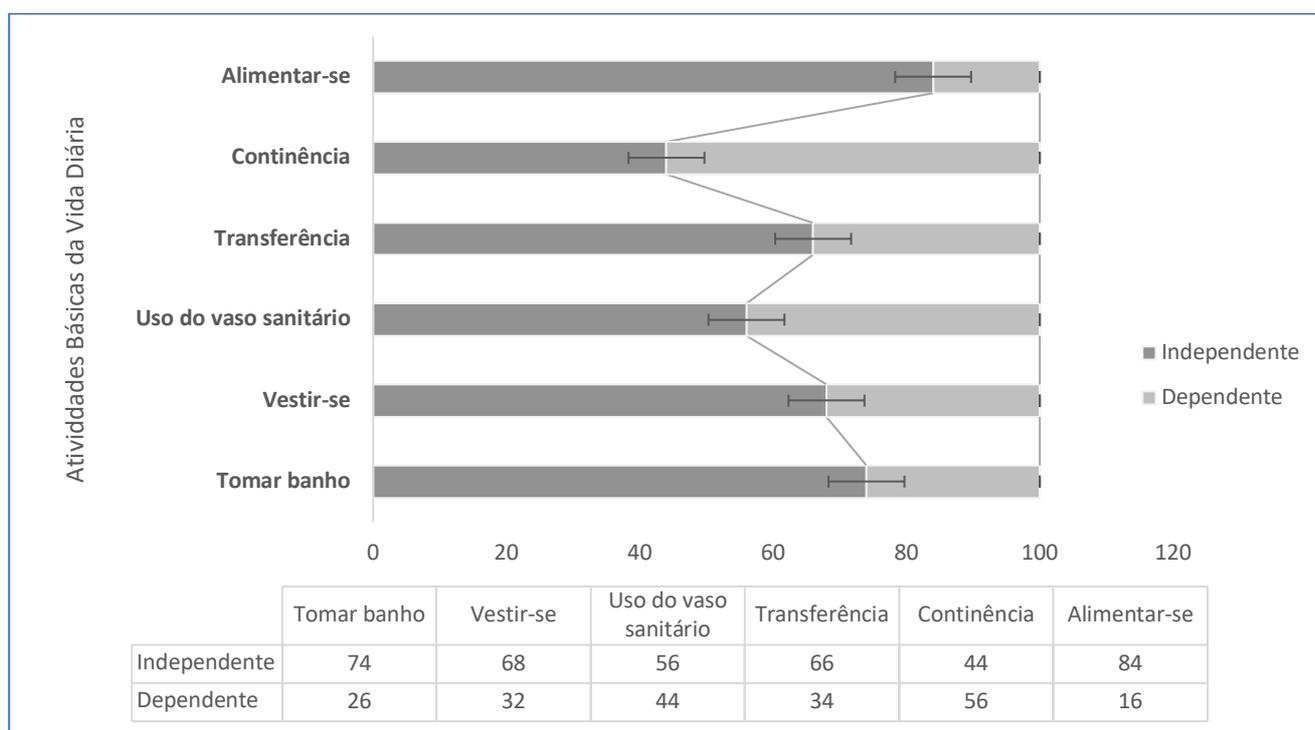
VARIÁVEIS	Homens (N=34)		Mulheres (N=16)		
	n	%	n	%	
*SISTEMA FUNCIONAL ACOMETIDO	<i>Aparelho Respiratório</i>	3	8,82	5	31,25
	<i>Aparelho Locomotor</i>	3	8,82	1	6,25
	<i>Aparelho Nervoso</i>	7	20,58	9	56,25
	<i>Aparelho Circulatório</i>	11	32,35	6	37,50
	<i>Aparelho Reprodutivo</i>	1	2,94	-	-
	<i>Aparelho Renal</i>	2	5,88	-	-
	<i>Não possui</i>	12	35,29	2	12,50
	<b>Tempo de Diagnóstico</b>	<i>De 1 a 2 anos</i>	3	8,82	-
<i>Mais do que 3 anos</i>		19	55,88	14	87,50
<b>Dependência Farmacológica</b>	<i>Sim</i>	21	61,76	13	81,25
	<i>Não</i>	13	38,23	3	18,75
<b>Internamento Hospitalar &lt;12m</b>	<i>Sim</i>	2	5,88	3	18,75
	<i>Não</i>	32	94,11	13	81,25
<b>Atividade Física</b>	<i>Pratica</i>	20	58,82	8	50,00
	<i>Não pratica</i>	14	41,17	8	50,00

\* “Sistema funcional acometido” recebeu-se mais do que 1 asserto, pois idosos apresentaram, em ocasiões mais do que uma patologia.

**Fonte:** Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria do autor (2019).

## ÍNDICE DE CAPACIDADE FÍSICA E GRAU DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Nas palavras de Machado (2010, pág.26), “para que o idoso desempenhe ABVD com maior independência possível, apesar de suas limitações é importante conhecer o contexto vivenciado pelo idoso e suas implicações na execução dessas atividades”. E, nesse sentido, cabe indagar: como o idoso lida com essas situações no seu dia a dia?. A relação dos valores obtidos nesta pesquisa sobre índices de ABVD, é exibida pela Figura 05, a seguir:



**Figura 05:** Grau geral de dependência para ABVD em idosos institucionalizados, Foz do Iguaçu/PR, 2019

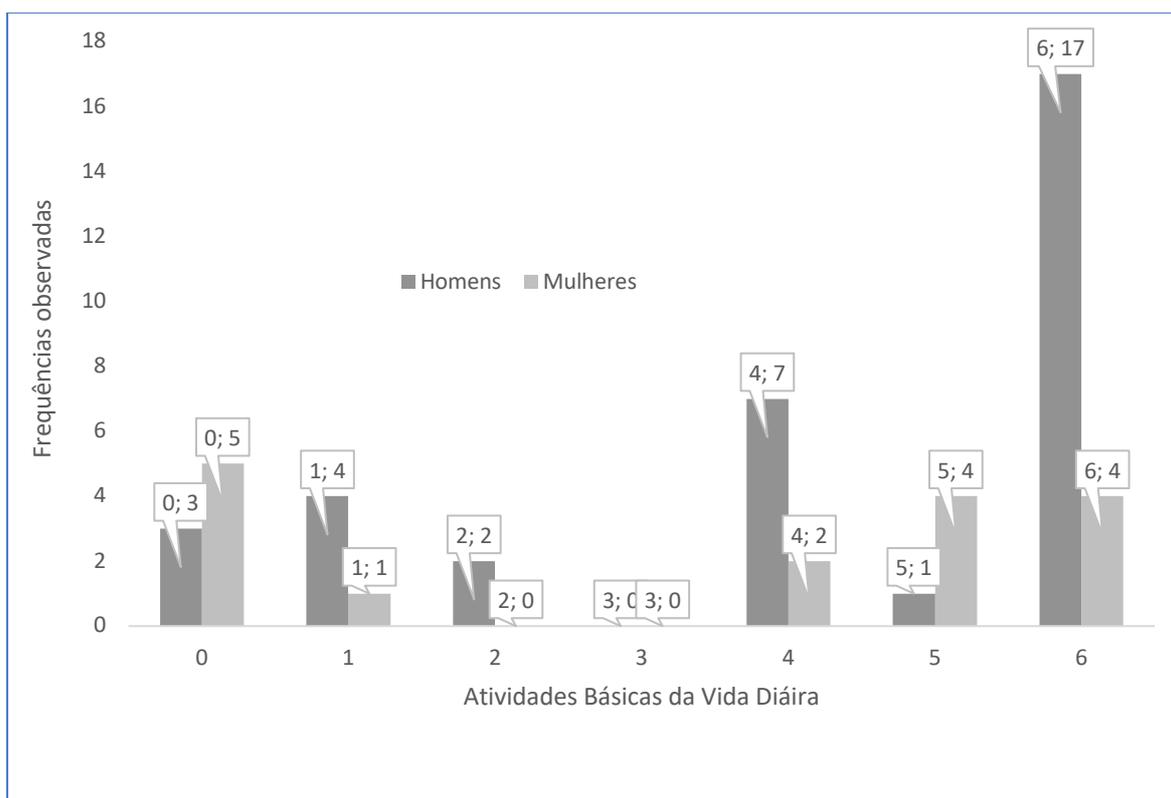
**Fonte:** Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria do autor (2019).

De acordo com os dados projetados na Figura acima, é possível observar que as atividades de se alimentar, tomar banho e vestir-se são as ABVD que melhor pontuaram no índice de capacidade física entre todos os idosos. Em contrapartida, a continência foi a atividade com maior dificuldade de realização para os idosos, seguida pela tarefa cotidiana de usar o vaso sanitário e de transferir-se.

Olhando o total de possíveis respostas para ABVD, observa-se que, em média, os idosos institucionalizados possuem 65,33% grau de independência para realização de ABVD. Entretanto, quando analisado por gênero, é evidente maior dependência nas mulheres e, de fato, o alto índice de independência nos homens produz nivelamento na

média geral. Isto deve ser tomado em conta no momento de pensar intervenções fisioterapêuticas ou de cuidados em enfermagem, uma vez que estes achados reafirmam necessidades prioritárias em mulheres.

A Figura 06, a seguir, apresenta a relação entre o sexo e o número de ABVD desempenhadas de forma independente:



**Figura 06:** Independência em ABVD, segundo sexo do idoso, Foz do Iguaçu/PR, 2019.  
**Fonte:** Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria do autor (2019).

Em relação à análise estatística, foi verificado, pela Escala de Lawton a divergência na capacidade funcional de acordo com o sexo, por meio do teste estatístico Mann-Whitney ( $p=0,10$ ;  $z=2,54$ ). Os homens apresentaram maior desempenho para realização de AIVD, em relação às mulheres.

Em alternativa, nas AIVD teve-se índice supremo de independência funcional para as atividades de usar o telefone (52%), fazer compras (34%) e controlar o dinheiro/finanças (30%). Em seguida, é válido assinalar que, com ajuda parcial, as três AIVD melhor desempenhadas pelos idosos são: tomar remédio na dose e horário certo (50%), controlar o dinheiro ou finanças (30%) e fazer pequenos trabalhos domésticos (26%). Já os três índices de incapacidade em AIVD com maior peso foram concentrados nas atividades de

lavar e passar as roupas (68%), sair de casa sozinho e usar transporte (54%) e preparar próprias refeições (48%).

É importante repensar mecanismos alternativos para desenvolver ditas capacidades nos idosos e, em caso de incapacidade total, repensar mecanismos de reabilitação, embora de forma paliativa.

**Tabela 05:** Distribuição do grau de dependência para as AIVD dos idosos (n=50) segundo atividade e sexo, Foz do Iguaçu/PR, 2019:

ATIVIDADES	Homens (n=34)					
	Sem ajuda		Com ajuda parcial		Incapaz	
	n	%	n	%	n	%
<i>Preparar próprias refeições</i>	10	29,41	11	32,35	13	38,23
<i>Tomar remédios na dose e horário certo</i>	7	20,58	18	52,94	9	26,47
<i>Fazer compras</i>	15	44,11	8	23,52	11	32,35
<i>Controlar o dinheiro ou finanças</i>	14	41,17	10	29,41	10	29,41
<i>Usar o telefone</i>	22	64,70	7	20,58	5	14,70
<i>Fazer pequenos trabalhos domésticos</i>	12	35,29	10	29,41	12	35,29
<i>Lavar e passar as roupas</i>	8	23,52	7	20,58	19	55,88
<i>Sair de casa sozinho e usar transporte</i>	12	35,29	9	26,47	13	38,23
ATIVIDADES	Mulheres (n=16)					
	Sem ajuda		Com ajuda parcial		Incapaz	
	n	%	n	%	n	%
<i>Preparar próprias refeições</i>	3	18,75	2	12,50	11	68,75
<i>Tomar remédios na dose e horário certo</i>	1	16,66	7	43,75	8	50,00
<i>Fazer compras</i>	2	12,50	4	25,00	10	62,50
<i>Controlar o dinheiro ou finanças</i>	1	16,66	5	31,25	10	62,50
<i>Usar o telefone</i>	4	25,00	5	31,25	7	43,75
<i>Fazer pequenos trabalhos domésticos</i>	3	18,75	3	18,75	10	62,50
<i>Lavar e passar as roupas</i>	1	16,66	3	18,75	12	75,00
<i>Sair de casa sozinho e usar transporte</i>	1	16,66	1	16,66	14	87,50

**Fonte:** Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria do autor (2019).

Se visto o total de possíveis respostas para AIVD, obtém-se que, em média, a capacidade funcional completa foi de apenas 4(8,0%) dos idosos; capacidade funcional assistida 18(36,0%) e incapacidade funcional e 28(56,0%). Ou seja, pode se afirmar que a maior parte dos idosos que residem no Lar dos Velhinhos de Foz do Iguaçu/PR possui incapacidade funcional para o desempenho das AIVD.

## GRAU DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Caracteriza-se à depressão como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social (CARREIRA *et al.*, 2011, pág. 269). Para Nóbrega e

colaboradores, “a depressão está diretamente relacionada ao estado nutricional, uma vez que interfere no centro de controle neural, responsável pela fome, ansiedade e compulsões alimentares, podendo levar à desnutrição ou à obesidade” (NÓBREGA *et al.*, 2015, pág. 545). A classificação dos índices de depressão é feita a partir da percepção do idoso perante situações dadas ao longo da vida, sejam negativas, sejam positivas. Nesta classificação, pretende-se identificar possíveis comportamentos depressivos, justamente para realizar intervenções precoces que impeçam ou retrasem o surgimento de quadros estressantes.

A Tabela 07 releva anotações globais registradas mediante aplicação da Escala Geriátrica de Depressão (EGD-15), junto aos idosos institucionalizados na ILPI.

Em consideração com as provocações “positivas” evidenciou-se que 36(72%) dos idosos se sentem bastante satisfeitos com sua vida (Q<sub>1</sub>); 39(78%) acham maravilhoso estarem vivos (Q<sub>8</sub>); 31(62%) se sentem de bom humor na maior parte do tempo (Q<sub>13</sub>) e 30(60%) informou se sentirem felizes na maior parte do tempo. Entretanto, respostas à provocação Q<sub>14</sub> evidenciaram que mais da metade dos idosos não se sente cheio de energia (54%) ao longo do seu fazer diário.

Em relação às provocações com potencial de autopercepção “negativa”, constatou-se que 42(84%) dos idosos deixaram muitos de seus interesses e atividades de lado (Q<sub>12</sub>); 32(64%) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas (Q<sub>4</sub>). Se analisadas essas respostas, poderia se pensar relação em ambas, uma vez que ao se deixar as atividades comuns de lado, o idoso se encontra em estado mais propenso a se desinteressar/desencantar em fazer coisas novas, como constatado nas provocações Q<sub>12</sub> e Q<sub>4</sub>.

Sobre outra perspectiva, as provocações Q<sub>10</sub> e Q<sub>11</sub> permitiram identificar a autopercepção do estado de saúde do idoso em comparação com seus colegas. É justo asseverar que, dos idosos institucionalizados na ILPI 25(50%) acham que os outros idosos estão melhor do que eles e que, 20(40%) se sentem com mais problemas de memória do que a maioria.

Cabe frisar que as provocações Q<sub>2</sub>, Q<sub>3</sub>, Q<sub>5</sub>, Q<sub>6</sub>, Q<sub>7</sub> e Q<sub>9</sub> trataram possíveis sentimentos de incerteza e rejeição por parte dos idosos, em relação às motivações pessoais e metas de vida a mediano e longo prazo. Assim, quando consultados sobre seu estado atual de saúde viu-se que o sentimento de aborrecimento entre os idosos é baixo (26%, Q<sub>2</sub>), porém é necessário trabalhar especificamente com esses indivíduos. Outro sentimento indagado foi o de se sentir útil nas presentes circunstâncias (Q<sub>3</sub>), para o qual foi

observado que 68% dos idosos indicaram se sentirem úteis no seu cotidiano. Nessa linha de pensamento, a provocação Q<sub>5</sub> consultou a possibilidade de melhora das situações atuais do idoso. Em resposta, obteve-se que apenas 10(20%) idosos disse não sentir possibilidade de melhora.

É interessante observar, por vez, que a provocação Q<sub>6</sub> indagou sensações de medo e incerteza nos idosos, por meio da pergunta “*tem medo de algum mal vá lhe acontecer?*”. A isto, constatou-se que metade dos idosos apresentaram tal medo. Tais informações se consideram dado sensível, ao se falar em saúde mental do geronte. O fato de que metade dos idosos estudados sintam medo constante poderia ser considerado como limitador da promoção da qualidade de vida e autopercepção positiva do idoso. Já na provocação Q<sub>9</sub>, que abordou o sentimento de vazio na vida dos idosos, as respostas permitiram traçar que 20(40%) dos idosos assentiram ter tal sentimento.

**Tabela 06:** Relação EGD-15, segundo sexo do idoso, Foz do Iguaçu/PR, 2019:

EGD 15	HOMENS (N=34)				MULHERES (N=16)				GERAL (N=50)	
	SIM		NÃO		SIM		NÃO		IC (95%)	RR
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Q <sub>1</sub>	25	73,52	9	26,47	11	68,75	5	31,25	[0,6349 - 1,3769]	0,9350
Q <sub>2</sub>	7	20,58	27	79,41	6	37,50	10	62,50	[0,7300 - 4,5446]	1,8214
Q <sub>3</sub>	9	26,47	25	73,52	7	43,75	9	56,25	[0,7508 - 3,6382]	1,6528
Q <sub>4</sub>	23	67,64	11	32,35	9	56,25	7	43,75	[0,7508 - 3,6382]	1,6528
Q <sub>5</sub>	6	17,64	28	82,35	4	25,00	12	75,00	[0,5091 - 1,3583]	0,8315
Q <sub>6</sub>	13	38,23	21	61,76	12	75,00	4	25,00	[0,4636 - 4,3287]	1,4167
Q <sub>7</sub>	7	20,58	27	79,41	7	43,75	9	56,25	[1,1751 - 3,2744]	1,9615
Q <sub>8</sub>	29	85,29	5	14,70	10	62,50	6	37,50	[0,8967 - 5,0361]	2,1250
Q <sub>9</sub>	15	44,11	19	55,88	5	31,25	11	68,75	[0,4890 - 1,0980]	0,7328
Q <sub>10</sub>	16	47,05	18	52,94	9	56,25	7	43,75	[0,3122 - 1,6072]	0,7083
Q <sub>11</sub>	12	35,29	22	64,70	8	50,00	8	50,00	[0,6826 - 2,0931]	1,1953
Q <sub>12</sub>	29	85,29	5	14,70	13	81,25	3	18,75	[0,7258 - 2,7651]	1,4167
Q <sub>13</sub>	23	67,64	11	32,35	8	50,00	8	50,00	[0,7245 - 1,2524]	0,9526
Q <sub>14</sub>	17	50,00	17	50,00	6	37,50	10	62,50	[0,4297 - 1,2713]	0,7391
Q <sub>15</sub>	23	67,64	11	32,35	7	43,75	9	56,25	[0,3664 - 1,5352]	0,7500

**Fonte:** Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria do autor (2019).

A Tabela 07 apresenta os dados obtidos após análise geral das respostas individuais mostradas anteriormente. De acordo com os resultados encontrados, observou-se que 25 idosos não foram caracterizados como depressivos, ou seja, estiveram dentro da categoria normal.

Assim, dos idosos restantes, ou seja, os depressivos leves e graves, 25 alcançaram até 15 pontos na EGD-15. Deles, 18 foram classificados como portadores de depressão leve, uma vez que apresentaram um escore de 6 a 11 pontos, e apenas 7,

apresentaram depressão grave, havendo predominância de quadro depressivo grave nas mulheres. Contudo, foi possível verificar que o nível de depressão, segundo sexo, foi  $\bar{X}=5,53$  ( $Dp=0,56$ ) nos homens e  $\bar{X}= 7,31$  ( $Dp=1,15$ ) nas mulheres. No entanto, essa diferença não foi estatisticamente diferente ( $p=0,1236$ ;  $t=1,57$ ).

**Tabela 07:** Classificação do grau de depressão do idoso, segundo sexo, Foz do Iguaçu/PR, 2019:

Sexo	Normal 0-5pts		Depressão leve 6-10pts		Depressão grave 11-15pts	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	19	55,88	13	38,23	2	5,89
Feminino	6	37,50	5	31,25	5	31,25

**Fonte:** Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria do autor (2019).

## DISCUSSÃO

---

A fim de manter a mesma ordem de apresentação dos dados, a discussão seguirá a ordem lógica proposta na seção de resultados.

É importante retomar a importância de se realizarem ações socio sanitárias com idosos institucionalizados em ILPI. Complementarmente, Freitas e Scheicher (2010) afirmam que este tipo de estudos, ou seja, estudos geronto-epidemiológicos que visam compreender o perfil de saúde de pessoas institucionalizadas em casas lar são raros e, geralmente, não avaliam com profundidade os diversos elementos que caracterizam o estado de saúde do idoso. É por isso que, se assevera que as informações prestadas neste estudo buscam aportar ao conhecimento da ciência geronto-sanitária.

Foi realizado levantamento bibliográfico, objetivando corroborar a validade científica dos achados decorrentes desta intervenção geronto-sanitária e oferecer um panorama maior sobre a realidade socio sanitária vivenciada pela pessoa idosa em regime de institucionalização, permitindo realizar comparações com outros idosos institucionalizados em ILPI, em diferentes municípios brasileiros. As informações observadas são discutidas, a seguir:

### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E MOTIVO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO EM ILPI

O idoso institucionalizado no Lar dos Velinhos de Foz do Iguaçu/PR é predominantemente do sexo masculino, branco, septuagenário (com idade média de 74 anos), solteiro, com baixo grau de escolaridade e de religião católica. Possui, em média, até um salário mínimo, com aportes econômicos oriundos do Benefício de Prestação Continuada (PBC), totalizando até um salário mínimo, segundo vigência legal. Tais características são próximos às conclusões de um estudo realizado com 46 idosos institucionalizados no município de Pouso Alegre/MG (GALHARDO *et al.*, 2010).

É cabível notar que 72% dos idosos que residem na ILPI possui ingresso financeiro fixo, com periodicidade mensal, pago sobre a forma de garantia social. Tal situação é fator positivo para a manutenção do idoso na instituição, uma vez que essa trabalha sobre a modalidade filantrópica, não recebendo auxílio financeiro pelo município para o cuidado dos idosos, nem do pagamento de quaisquer taxas por parte do núcleo familiar do gerente (quando existente), acarretando com a manutenção dos idosos e sua alimentação, unicamente por meio dos aportes dos próprios idosos e doações, quando recebidas.

Oliveira e Júnior (2014), encontraram dados similares aos apontamentos desta pesquisa, ao indicarem maior presença de idosos masculinos (55%), com idade média de 74 anos e estado civil predominantemente solteiro, em ILPI localizada no município de Assis/SP. Em adição, Pereira e Rodrigues (2012), ao avaliar 41 idosos em ILPI, também confirmaram predominância de homens (53,65%). Isso também aconteceu na população de idosos observada por Gonçalves *et al.*, (2019), sendo acentuadamente masculina (80,55%).

Em contrapartida, Ferreira e Yoshitome (2010, pág. 993), mantêm que “*presença superior de mulheres em ILPI é um fator característico próprio desse tipo de instituições*”. No seu estudo, as autoras apontam que, de um total de 45 idosas residentes em ILPI paulistas, 84,4% eram mulheres, com idade média de 83, 75 anos. Reforçando o dito por Ferreira e Yoshitome, pesquisa desenvolvida com 110 idosos indivíduos institucionalizados em ILPI no RS, apontou 80% predominância feminina (Pavan *et al.*, 2008). Logo, pesquisa realizada com 105 idosos institucionalizados em Catanduva/SP encontrou predominância de mulheres (59%), com idade média 76,2 anos (LOJUDICE *et al.*, 2010).

Aspecto que merece destaque é o alto índice de analfabetismo (72%), junto ao baixíssimo índice (38%) para habilidade de leitura e escrita defendido pelos idosos que residem no Lar dos Velhinhos de Foz do Iguaçu/PR. Contudo, tais achados não são divergentes com as referências da literatura, que têm por objeto a investigação do grau de escolaridade em idosos institucionalizado, pois achados de Lisboa e Chianca também relataram alto grau de analfabetismo (55%), em 97 idosos institucionalizados em Itaúna/MG (LISBOA e CHIANCA, 2012).

Peres diz que “*pensar na relação entre velhice e educação, numa sociedade que tem a infância e juventude como fases tradicionalmente destinadas à vida escolar soa até estranho*” (PERES, 2010, pág. 631). Trata, ainda, questões que remetem à ideia da desigualdade social intergeracional, ao citar:

(...)É bom lembrar que a Constituição de 1988 garante o alcance indiscriminado da oferta obrigatória e gratuita do ensino público fundamental, estendido a toda a população, independentemente da idade (art. 208, I). (...)dessa forma, ao não contemplar os idosos como destinatários das políticas educacionais, o Estado brasileiro descumpra a própria Constituição, dessa vez não por ação, mas por omissão. (PERES, 2010, pág. 633).

A anterior colocação é complementada por Lima, Lima e Ribeiro, ao abordarem à falta de atividades educativas como um dos principais desafios das instituições asilares,

pois mencionam que “*nem sempre são oferecidas atividades aos idosos, por falta de mão de obra especializada, problemas financeiros ou até mesmo pela restrição do espaço físico*” (LIMA et al., 2010).

Entretanto, tal inconveniente poderia ser tratado de forma articulada com instituições de ensino superior (IES) estabelecidas no município, ora públicas, ora particulares. Isto porque as IES possuem responsabilidade social, em relação às comunidades aonde suas práticas de ensino são desenvolvidas. O anterior se justifica na visão de que uma das principais tarefas da IES é justamente a concretização da democracia sanitária, por meio do compartilhamento dos saberes teóricos e práticos, sendo levados para além das paredes universitárias e aproveitados pelos membros externos da instituição.

Foi visto, neste trabalho, alto índice de encaminhamento por instituição social, com maior peso na população masculina. O encaminhamento dos idosos por instituições sociais é considerado uma ação intersetorial e multiprofissional, já que se faz necessária uma articulação entre o sistema de assistência sanitária e o sistema de assistência social. Quando um idoso é estratificado sob risco de vulnerabilidade social, medidas preventivas e promotoras são ativadas, com objetivo de reinserir o idoso ao seu meio. A finalidade do encaminhamento por instituição social visa, em última opção, evitar com que o idoso estratificado sob risco de vulnerabilidade social, se exponha a situações/ambientes/realidades que possam terminar agravando ainda mais seu perfil de saúde. As anotações trazidas no trabalho de Silva, Sampaio e Sampaio (2017), também informam alto índice de encaminhamento por instituição social, em idosos institucionalizados no município de Itambé/BA,

Acrescentando ao debate, Dellaroza; Haddad e Mello (2011), comunicam que “*a institucionalização do idoso ocorre quando ele apresenta baixos níveis de dependência e um dos fatores que leva a isso é o comprometimento cognitivo*”. No intuito de descrever as dificuldades de adaptação em idosos institucionalizados em ILPI, Claudino *et al.*, (2018) defendem, principalmente que: 1) a institucionalização em ILPI implica em tomada de decisão sobre o futuro; 2) o modo como o idoso experimenta a entrada na ILPI constitui obstáculo ou estímulo; 3) idosos que preparam/decidem seu ingresso na ILPI têm maior possibilidade de adaptação ao novo espaço de moradia. Complementarmente, Faria e Carmo (2015) expõem que as características ambientais da ILPI também são fundamentais no processo de adaptação do idoso institucionalizado.

É proeminente ressaltar os principais aportes ao estudo da institucionalização desenvolvido por Carvalho e Dias, pois categorizam três domínios que influenciam no

processo de adaptação dos idosos nas ILPIs, cada um deles possuindo uma série de dimensões, sendo eles:

*Ambiente institucional:* o tempo de permanência na instituição; o motivo de internamento; o respeito pela privacidade do idoso; o tipo de relações com os colaboradores; principais dificuldades sentidas pelo idoso na instituição; os níveis de satisfação do idoso com os cuidados prestados pela instituição; melhorias sentidas pelo idoso em relação à instituição;

*Desenvolvimento pessoal e relações interpessoais:* o tipo de doenças e as necessidades do idoso; tipo de relações com outros residentes; sinais de autonomia; sinais de isolamento e tristeza; atividades de ocupação de tempos livres do idoso; conceito de qualidade de vida para o idoso; melhorias sentidas na sua vida;

*Relações familiares:* a presença ou ausência de cônjuge; composição do agregado familiar; percepção do idoso em relação à sua família; principais dificuldades vividas na família; melhorias sentidas em relação à família (CARVALHO e DIAS, 2011, pág.169).

## EFEITOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO NA SAÚDE DO IDOSO

O processo de institucionalização, indiferentemente da idade, representa considerável desafio para o ser humano, considerando que, *per se*, o ser humano é um ser sumamente dependente aos vínculos sociais. Ao acelerado processo de envelhecimento, incorpora-se a possibilidade de institucionalização, fundamentada no aumento de morbidades, incapacidades funcionais e diminuição da independência e autonomia, ademais de associada depressão geriátrica na maior idade (Lima *et al.*, 2018, pág. 1662).

Perante a fase de institucionalização, o idoso passa a formar parte de um novo ambiente de socialização, com novas regras e com novos fluxos interacionais. É preciso criar novos vínculos com os outros idosos para manter uma convivência agradável, portanto, se torna necessário aprender a aceitar e respeitar as diferenças das outras pessoas, ora patológicas, ora socioculturais. Oliveira e Júnior (2014, pág. 349) acrescentam que “*quando o idoso passar a residir em ILPI, sua maior ambição é o entrosamento ao novo ambiente; porém, ao observar suas limitações, passam a se excluir das atividades e se distanciar desse objetivo*”. A afirmação anterior infere que, ao ser institucionalizado, o idoso dá início ao processo de re-identificação social.

O fato de que a maior parte dos idosos estudados apresentasse média de institucionalização de 1 a 3 anos é um elemento positivo. De certo modo, esses achados indicam que o idoso saiu de casa não há muitos anos. Isso já foi apontado noutras pesquisas. Citando por complemento, pesquisa concebida por Cataneo; Cardozo e Ayala (2019), que estudou o tempo de internamento em idosos institucionalizados em uma ILPI

catarinense, reforça os achados deste estudo, uma vez que os idosos tinham de 1 a 3 anos de institucionalização.

Pesquisa concebida por Carvalho e Dias (2011), sobre os motivos de internamento e as dificuldades de adaptação dos idosos na ILPI, apontou que os idosos foram majoritariamente internados devido às dificuldades do autocuidado. As pesquisadoras asseveram ainda que inconvenientes com o núcleo familiar representa alto motivo para o isolamento social em idosos institucionalizados. Contrariamente aos achados supracitados, este estudo demonstrou que, embora a grande parte dos idosos masculinos não receba visitas, eles ainda apresentam índices de satisfação sobre a convivência com os outros idosos bastante altos. Entretanto, não se pode afirmar o mesmo na população feminina, uma vez que, nelas, a satisfação de convivência com suas semelhantes é consideravelmente menor (43,75%; n=7).

Se torna válido escavar o porquê desses motivos. Por quê as mulheres não se sentem bem residindo com as outras? Quais elementos poderiam estar intervindo negativamente para o desenvolvimento de ambientes agradáveis e vínculo social entre as idosas? Quais eventos internos (da instituição) propiciam tal insatisfação nas idosas? Essas são algumas das questões que devem ser abordadas por futuros estudos nesta população de idosos institucionalizados, a fim de oferecer melhores explicações a tal quesito.

Concordando com Machado; Campos e Rabelo (2013), *“para adquirir habilidades sociais e utilizá-las assertivamente, é preciso treinar a prática e exercício de tais”*. Logo, segundo as autoras, dito cenário promoveria desempenho social adequado e geraria autoconfiança e motivação para potencializar forças pessoais, promotoras do bem-estar e da qualidade de vida em idosos.

Esta pesquisa apontou significativo número de idosos encaminhados por instituições sociais, predominantemente em homens. Tratando a temática, cabe ressaltar que o encaminhamento dos idosos por instituições sociais é considerado uma ação intersetorial e multiprofissional, na medida em que se torna necessária uma articulação entre o sistema de assistência sanitária (SUS) e o sistema de assistência social (SUAS).

Quando um idoso é estratificado sob risco de vulnerabilidade social, medidas preventivas e promotoras são ativadas, com objetivo de reinserir o idoso ao seu meio. A finalidade do encaminhamento por instituição social visa, em última opção, evitar com que o idoso estratificado sob risco de vulnerabilidade social, se exponha a situações/ambientes/realidades que possam terminar agravando ainda mais seu perfil de saúde.

Por outro lado, receber visitas, nesse estado de institucionalização em ILPI, pode favorecer muito a qualidade de vida da pessoa idosa, no sentido em que visa manter os vínculos do idoso com seus parentes, amigos ou pessoas mais próximas. Todavia, quando analisado esse elemento, encontrou-se que metade das mulheres recebem visitas de parentes e/ou amigos, não refletindo positivamente no grau de satisfação social. Verificou-se que tal situação ocorre de forma diferente na população masculina, uma vez que a maioria não recebe visitas (55.89%). No estudo de Cataneo; Cardozo e Ayala (2019), foi possível constatar visitas para a totalidade de idosos institucionalizados, havendo domínio (40%) da periodicidade quinzenal. Esses idosos expressaram ter bom relacionamento de convívio com os demais colegas da ILPI.

## CAPACIDADE FÍSICA E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Especificamente, constatou-se baixa capacidade de continência nos participantes deste estudo, logo representando maior grau de dependência para essa ABVD, segundo classificação do índice de Katz (56%). Isso não é divergente na literatura, pois Gonçalves e colaboradores mencionam que:

A institucionalização pode afetar o estado cognitivo do idoso por questões ambientais, sociais e afetivas, tornando-se um fator de risco para a perda da capacidade de tomar decisões e realizar suas ABVD. Associados à incapacidade funcional e à redução da mobilidade, estes fatores aumentam o risco para o surgimento de incontinência urinária (IU) em idosos residentes em ILPI (GONÇALVES *et al.*, 2019, pág. 2).

Tais autores desenvolveram estudo com 36 idosos, em município da região sul brasileira, encontrando IU em 50% dos participantes, notando-se mais na população feminina. Em acréscimo, o trabalho de Busato Jr e Mendes (2007), buscou determinar a prevalência de IU entre 150 idosos institucionalizados na região do Vale do Itajaí/SC. Os resultados desses autores evidenciaram IU em 40% dos idosos, sendo predominante o índice de IU nas mulheres (57%). Vale ver os importantes aportes trazidos por Câmara e colaboradores, ao mencionar aspectos próprios do envelhecimento em relação à IU:

A etiologia da IU no envelhecimento está relacionada ao próprio processo fisiológico, visto que essa é uma etapa da vida composta por maiores vulnerabilidades às doenças, podendo influenciar diretamente em disfunções nas vias urinárias inferiores, contribuindo com o surgimento da IU e aumentando sua prevalência em idosos (CÂMARA *et al.*, 2017, pág. 142).

Baixa capacidade de continência foi a segunda ABVD com maior grau de dependência avaliada por SCHERRER e colaboradores (2019). Os achados desses autores também batem com os apontamentos desta pesquisa, uma vez que se alimentar (83,1%) e tomar banho (61,1%) foram as atividades de maior independência, dentre os 154 idosos estudados.

Por outro lado, idosos nesta pesquisa manifestaram ter grande dificuldade para usar o vaso sanitário. Na verdade, IU está estreitamente relacionada com dificuldade de usar o vaso sanitário. No caso dos idosos com incapacidade para usar o vaso sanitário, as profissionais que laboram na ILPI (auxiliares de enfermagem) mencionaram atenção assistencial de limpeza dos produtos excretados, na totalidade dos casos.

Tomar banho e vestir-se foram a segunda e terceira ABVD melhor avaliadas, respectivamente. Contudo, isso difere das conclusões expostas no trabalho de Duca e colaboradores (2010), uma vez que os idosos estudados apresentaram maior prevalência de incapacidade para essas duas atividades. Incapacidade funcional para tomar banho e vestir-se também foi corroborada em outra pesquisa (DUCA *et al.*, 2009).

Oliveira e Mattos, ressaltam que a maioria dos estudos brasileiros realizados com idosos institucionalizados são seccionais, para eles *há necessidade da realização de estudos longitudinais que avaliem fatores de risco para dependência nesse grupo populacional, de forma a subsidiar o planejamento de estratégias de promoção de saúde e prevenção de incapacidades, que visem à independência e melhor qualidade de vida do idoso institucionalizado* (OLIVEIRA e MATTOS, 2012, pág. 406).

Deve-se tomar em consideração que, embora tenham sido medidas todas as AIVD, espera-se alto grau de incapacidade em certas atividades avaliadas pela Escala de Lawton. Isto porque o idoso institucionalizado apresenta perda de autonomia pelo simples fato de já estar institucionalizado e, em complemento a isso, ele costuma ser assistido por profissionais cuidadores, como técnicos em enfermagem e cuidadores de idosos.

A atividade de “*preparar suas próprias refeições*”, por exemplo, já previa baixo índice de independência, uma vez que na ILPI as refeições são evidentemente preparadas por profissional incumbido, sobre supervisão de uma nutricionista. Outra atividade que previa baixo índice de independência foi “*tomar remédios na dose e horário certo*”. Tais fatos, embora sabidos desde o início desta pesquisa, ainda foram analisados, de modo a respeitar a estrutura da Escala de Lawton.

A dependência funcional em ABVD e AIVD representa grande desafio para as próprias ILPI. Por um lado, torna-se necessário que ditas instituições contem com recursos humanos qualificados para atender às demandas desses idosos. Entretanto, a realidade que a maioria das ILPI enfrenta é divergente, uma vez que elas trabalham, predominantemente, na modalidade filantrópica, recebendo auxílios da comunidade e de profissionais que realizam atenção benéfica para esse grupo idosos em situação de vulnerabilidade social, com muito comprometimento físico para se locomover até os pontos de saúde. E, justamente, a atenção socio sanitária que o idoso institucionalizado merece deve ser prioridade das equipes, principalmente daquelas que trabalham na modalidade Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois isto viria complementar as ações desenvolvidas dentro da ILPI e possibilitaria manter dados atualizados sobre o perfil de saúde dos idosos, numa visão multidimensional. Isto é, para tal objetivo, se faz necessária a adesão de profissionais da enfermagem, da medicina, da fisioterapia, da psicologia e do serviço social, não limitando aportes de quaisquer outras áreas da saúde que tenham por intuito oferecer atenção humanizada e integral às necessidades dos idosos institucionalizados.

O compromisso para oferecer uma atenção integral e equitativa aos idosos institucionalizados também remete à responsabilização das secretarias municipais de Foz do Iguaçu/PR, pois todas elas devem comprimir a tarefa de promover espaços para o ótimo desenvolvimento dos cidadãos e, nesse sentido, o cidadão idoso institucionalizado em ILPI, merece ser contemplado. Assim, denota-se que o estado de moradia institucionalizada cria alto grau de inequidade, em relação aos serviços assistenciais existentes no município.

## PERFIL DE SAÚDE: DEFICIÊNCIAS E MORBIDADES REFERIDAS

Internação hospitalar nos últimos 12 meses é indicador geriátrico-gerontológico que permite identificar qualidade de vida nos indivíduos envelhecidos. Neste estudo, foi possível inferir baixo grau de internação nos últimos 12 meses, uma vez que apenas 5(10%) referiram internação em até 12 meses, prévios à coleta de dados.

Para Siqueira e colaboradores, a CF e o histórico de internação hospitalar do idoso possuem grande correlação, pois:

A CF é um importante marcador de saúde em idosos, útil para identificar resultados clínico-funcionais decorrentes da internação hospitalar e permite aceitar a suposição inicialmente assumida de que a melhora funcional durante a internação esteve associada a menores dificuldades nas atividades diárias

referidas no momento da entrada no hospital e melhores condições clínicas (SIQUEIRA *et al.*, 2004, pág. 693).

Por outro lado, a prática de atividade física em idosos institucionalizados é geradora de efeitos positivos que podem contrastar morbidades acometedoras do organismo senescente. Esta pesquisa informou que mais da metade dos idosos pratica algum tipo de atividade física (n=28; 56%). Em contrapartida, pesquisa desenvolvida com 38 idosos institucionalizados em município paulista encontrou que 94,7% dos idosos era completamente sedentário, recusando prática de atividade física (ARAÚJO *et al.*, 2010).

Produto do importante trabalho desenvolvido por Matsudo (2009), é possível ressaltar os efeitos da atividade física no processo do envelhecimento e seus correspondes benefícios no perfil patológico do idoso:

**Quadro 04:** Efeitos-benefícios da atividade física no envelhecimento humano:

<b>Efeitos</b>	<b>Benefícios</b>
<i>Antropométricos:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Controle ou diminuição da gordura corporal;</li> <li>*Manutenção ou incremento da massa muscular, força muscular e da densidade óssea;</li> <li>*Fortalecimento do tecido conectivo,</li> <li>*Melhora da flexibilidade.</li> </ul>
<i>Metabólicos:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Aumento do volume de sangue circulante, da resistência física em 10-30% e da ventilação pulmonar;</li> <li>*Diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho submáxima e da pressão arterial;</li> <li>*Melhora nos índices de HDL e diminuição dos níveis de triglicérides, colesterol total e LDL, dos níveis de glicose;</li> <li>*Diminuição de marcadores anti-inflamatórios associados às doenças crônicas não transmissíveis;</li> <li>*Diminuição do risco de doença cardiovascular, acidente vascular cerebral tromboembólico, obesidade, hipertensão arterial, diabetes tipo II, osteoporose, câncer de cólon e câncer de útero.</li> </ul>
<i>Cognitivos e psicossociais:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Melhora do autoconceito, autoestima, imagem corporal, estado de humor, tensão muscular e insônia;</li> <li>*Prevenção ou retardo do declínio das funções cognitivas;</li> <li>*Diminuição do estresse, ansiedade e depressão, consumo de medicamentos e incremento na socialização.</li> </ul>
<i>Quedas:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Redução de risco de quedas e lesão pela queda;</li> <li>*Aumento da força muscular dos membros inferiores e coluna vertebral;</li> <li>*Melhora do tempo de reação, sinergia motora das reações posturais, velocidade de andar, mobilidade e flexibilidade.</li> </ul>
<i>Terapêutico:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Efetivo no tratamento de doença coronariana, hipertensão, enfermidade vascular periférica, diabetes tipo II, obesidade, colesterol elevado, osteoartrite, claudicação e doença pulmonar obstrutiva crônica;</li> <li>*Efetivo no manejo de desordens de ansiedade e depressão, demência, dor, insuficiência cardíaca congestiva, síncope, acidente vascular cerebral, profilaxia de tromboembolismo venoso, dor lombar e constipação.</li> </ul>

**Fonte:** Recuperado de Matsudo (2009, pág. 76).

Investigação desenvolvida com 105 idosos, em São Paulo, postulou prática de atividade física em apenas 33,3% dos idosos institucionalizados (LOJUDICE *et al.*, 2010). Outrossim, Lobo e Pereira (2007) abordaram a capacidade de realização de atividade física em 164 idosos institucionalizados em 5 lares do conselho de Braga e Porto, em Portugal, e que não apresentaram deficiência cognitiva. Os achados notaram que após os 75 anos, o índice de atividade física era menor, quando comparado com as outras faixas-etárias em idosos. As autoras também identificaram baixa resistência aeróbica, flexibilidade inferior e equilíbrio dinâmico.

Para Gonçalves e colaboradores, *“é imprescindível a implementação de programa apropriado para realização de atividades e exercícios físicos em ILPI, em busca da manutenção e/ou recuperação do processo de envelhecimento mais ativo”* (GONÇALVES *et al.*, 2010, pág. 1744).

Dando relevo ao estudo das deficiências, os achados deste estudo, segundo sexo, mostram que 68,75% (n=11) das mulheres e 73,53% (n=25) dos homens institucionalizados, possuem algum tipo de deficiência funcional. A presença de deficiências em idosos acarreta, para mais dos próprios inconvenientes individuais dos idosos de lidar com o meio e seu grau de incapacidade, o aumento dos esforços institucionais da ILPI com vistas a oferecer um cuidado integral concorde às demandas sanitárias específicas dos idosos.

Investigação coordenada por Schettert, que intencionou evidenciar o índice de deficiência cognitiva em 34 idosos institucionalizados, em São Paulo, mostrou que 20,58% deles possuía alto grau de deficiência. O autor conclui que, *“para avançar na compreensão, aceitação, no acolhimento e na vivência com o deficiente mental idoso é imprescindível o estudo dos postulados de Vygotsky e Wallon”* (SCHETTERT, 2007, pág. 4).

Um ponto importante a considerar sobre a realização de estudos que visem identificar graus de deficiência em grupos etários vulneráveis, é mencionado por Castro e colaboradores, pois:

“Esses dados podem orientar a assistência a essas pessoas, fornecendo base sólida para planejamento de políticas públicas de saúde, otimizando gastos e melhorando serviços. A determinação das principais causas das deficiências pode fornecer suporte e informações para que sejam feitos trabalhos preventivos e de controle, visando evitar a incidência das deficiências e também implementar seu tratamento e reabilitação” (CASTRO *et al.*, 2008, pág. 1774).

Pesquisa que teve por objetivo descrever as prevalências de deficiências segundo características demográficas e socioeconômicas, bem como indicar suas principais associações com as possíveis causas, analisando os dados de dois inquéritos de saúde de base populacional realizados no Estado de São Paulo, determinou que a deficiência visual é mais prevalente em idosos com idade entre 70 e 79 anos, e com baixo nível de escolaridade, seguida pela deficiência auditiva, entre as idades de 80 a 90 anos (CASTRO *et al.*, 2008). Ainda sobre a deficiência auditiva, Oliveira *et al.*, (2019) comentam que o aumento da idade causa uma deficiência chamada de presbiacusia, sendo essa uma alteração com alta prevalência em pessoas idosas.

Não distante dessas asseverações, os achados expostos neste trabalho colocaram à deficiência visual em segundo lugar (18%), somente antecedida pela deficiência física (42%). Ademais, análise de fatores intrínsecos com predisposição a quedas no idoso, desenvolvida por Menezes e Bachion (2008), que considerou uma população de 250 idosos institucionalizados em Goiânia/GO, terminou por afirmar deficiência visual e auditiva severa em 38% dos idosos estudados.

Finalizando debate em deficiência, é digno de notar o pronunciado por Diniz, Barbosa e Santos, ao postularem que o entendimento das deficiências merece ser analisado para mais das questões biomédicas, pois a deficiência, *per se*, constitui questão política, uma vez que:

A deficiência se traduz, portanto, em opressão ao corpo com impedimentos: o conceito de corpo deficiente ou pessoa com deficiência devem ser entendidos em termos políticos e não mais estritamente biomédicos. Essa passagem do corpo com impedimentos como um problema médico para a deficiência como resultado da opressão é ainda inquietante para a formulação de políticas públicas e sociais. Deficiência não se resume ao catálogo de doenças e lesões de uma perícia biomédica do corpo, é um conceito que denuncia a relação de desigualdade imposta por ambientes com barreiras a um corpo com impedimentos (DINIZ *et al.*, 2009, pág. 65).

Este trabalho dedicou parte à identificação de dependência farmacológica no idoso institucionalizado. A literatura dispõe que a dependência farmacológica é um comportamento esperado no idoso institucionalizado, sobretudo naquele com registro de DCNT, sendo que a maioria dos idosos consome, pelo menos, um medicamento. No caso dos idosos brasileiros, estabelece-se uma média de consumo que varia entre dois e cinco princípios ativos, simultaneamente (CASTELLAR *et al.*, 2006).

## DEPRESSÃO

A depressão é comum na terceira idade e, contrariamente à opinião popular, não faz parte do processo natural do envelhecimento. “*A depressão não é frequentemente detectada por ser muitas vezes considerada, erradamente, como parte integrante do processo de envelhecimento*” (VAZ e GASPAR, 2011, pág. 50). Nesse sentido, merece relevo considerar que:

É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde tenham familiaridade com as características de depressão no idoso e estejam preparados para investigar a presença de sintomas depressivos entre aqueles em contato com eles. Nesse sentido, o uso sistemático de escalas de depressão pode facilitar a detecção desses casos na prática clínica. A escolha vai depender de uma série de fatores como sua capacidade para detectar casos, sua sensibilidade para monitorar mudanças ao longo do tempo, a consistência de suas medidas, e a facilidade com a qual ela pode ser administrada (ALMEIDA e ALMEIDA, 1999, pág. 422).

Para Paradelo e colaboradores, “*a depressão é uma das desordens psiquiátricas mais comuns em idosos, sendo responsável pela perda da autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes*” (PARADELA *et al.*, 2005, pág. 919).

Revisão sistemática da literatura feita por Nóbrega e colaboradores, apontou que “*baixa capacidade ou incapacidade funcional e limitação funcional pela dor foram significativamente associados à sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados*”. Segundo mesmos autores, “*peçoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional, afetando sua qualidade de vida em redução ou perda da independência funcional*” (NÓBREGA *et al.*, 2015, pág. 545).

Pesquisa realizada por Carreira *et al.*, (2011), investigou a prevalência de depressão em 60 idosos institucionalizados no município de Maringá/PR. Os principais apontamentos foram: a maioria dos idosos (61,6%) apresentou quadro depressivo; 33,3% eram mulheres, 51,7% tinham idade entre 60 e 79 anos e a grande maioria era analfabeta, com predominância de estados civis solteiros e viúvos, 31,6% estavam institucionalizados há menos de um ano.

Ditas características são congruentes com o perfil sociodemográfico dos idosos desta pesquisa. Não obstante, os achados aqui expostos referem que metade dos idosos não possui posicionamentos depressivos perante a vida, ainda se mostra que 36% possui depressão leve e, alarmantemente, 14% possui depressão grave. Portanto, torna-se sumamente relevante propor intervenções imediatas com os idosos sobre classificação de

depressão, a fim de evitar situações estressantes que possam influenciar negativamente no perfil patológico do idoso. Tal situação não é alheia à literatura, tem-se, por exemplo, indicações de que sinais e sintomas depressivos são tardiamente reconhecidos pelos profissionais da saúde, pelos cuidadores e pelos próprios doentes (BARBOSA *et al.*, 2015, pág. 42). Quando analisada a depressão por gênero, notou-se que não houve diferença estatística representativa entre homens e mulheres. Isto é divergente ao exposto por Junior e colaboradores, ao afirmarem que “*o gênero pode modular diferenças em vários aspectos. A mulher, por exemplo, é mais susceptível à depressão e à sarcopenia*” (JUNIOR *et al.*, 2008, pág. 41).

Frade e colaboradores realizam acertadas recomendações orientadas na atuação dos profissionais da saúde perante possíveis quadros depressivos em idosos institucionalizados, contextualizando que:

Numa altura em que envelhecimento da população assume cada vez maior relevância na sociedade, pela necessidade de cuidados, pela dificuldade cada vez maior das famílias em assegurá-los e pelos problemas de saúde que a depressão acarreta, urge compreender esses fatores para que se possa pensar em oferecer ao cidadão o melhor cuidado possível nas melhores condições possíveis. Neste contexto, os profissionais de saúde devem estar sensibilizados e verdadeiramente comprometidos com o desenvolvimento de cuidados que minimizem a implicação da institucionalização na saúde mental do idoso e na saúde em geral. Ou, por outro lado, contribuam para diminuir a necessidade de institucionalização, através da concepção de cuidados de natureza preventiva, interdisciplinar e comunitária que promovam nos idosos a autossuficiência e a independência necessária à realização do autocuidado em sua casa, junto dos seus, no seu ambiente habitual e familiar. Por outro lado, as instituições que recebem idosos devem pautar-se por uma organização facilitadora de implementação de medidas que visem minimizar o peso da institucionalização através de atividades diversificadas que exercitem as capacidades físicas e mentais dos idosos, que contribuam para prevenção da deterioração da saúde do idoso.

Em outro trabalho, Júnior e colaboradores comentam que, se tratando em pessoa idosa institucionalizada, “*é de suma importância perceber as necessidades individuais, garantindo intervenções que possam minimizar o surgimento de possíveis impactos negativos que venham interferir no seu cotidiano, seja física ou psicologicamente*” (JUNIOR *et al.*, 2018, pág. 14). Complementarmente, Stella e colaboradores afirmam que a prática de atividade física constitui excelente mecanismo minimizador do sofrimento psíquico do idoso deprimido. Para mais, “*praticar atividade física proporciona maiores oportunidades de envolvimento psicossocial, elevação da autoestima, implementação das funções cognitivas, com saída do quadro depressivo e menores taxa de recaída*” (STELLA *et al.*, 2002, pág. 91).

## REFLEXÕES FINAIS

---

Muita atenção é dada ao fenômeno do envelhecimento populacional como desafio contemporâneo da saúde pública brasileira e, como complemento, ao estudo do perfil de saúde das pessoas envelhecidas. Faz muito sentido que seja assim e, verdade seja dita, esse não é um desafio meramente brasileiro, mas mundial, interessando a todas as nações que se proclamam socialmente justas, ora desenvolvidas, ora em caminhos ao desenvolvimento.

Neste estudo foi possível traçar o perfil de saúde dos idosos institucionalizados no Lar dos Velhinhos de Foz do Iguaçu/PR, por meio da aplicação de instrumentos geriátrico-gerontológicos recomendados pela Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (SESA/PR). Assim, o perfil sociodemográfico do idoso iguaçuense institucionalizado em ILPI segue o padrão da literatura brasileira, sendo predominantemente indivíduos de cor de pele branca, com alto nível de analfabetismo, de religião católica, com ingressos que totalizam em média, um salário mínimo, principalmente oriundos do benefício de prestação continuada (BPC) para o idoso, e com idades que oscilam entre 70 a 80 anos.

Embora a institucionalização para o idoso seja uma resposta assistencial imediata às necessidades específicas, sabe-se que, a longo prazo, a institucionalização pode desencadear complicações/danos no seu perfil de saúde. Nesse sentido, vê-se que a institucionalização tem fator adverso e se torna essencial que os profissionais incumbidos pelo cuidado da saúde do idoso realizem intervenções com prioridade na manutenção dos índices da capacidade funcional, logo significando maior índice de autonomia no idoso.

É difícil pensar em atenção integral à saúde do idoso, sem antes se considerar todos os grupos que dela discorrem. Isto porque a saúde do idoso, propriamente definida pela SESA/PR, leva em consideração, para mais dos produtos fisiopatológicos do ciclo *saúde – doença – cuidado*, as questões socio sanitárias advindas do contato entre o idoso e o sistema público de saúde. Nesse entendimento, este trabalho ofereceu panorama socio sanitário de um grupo de gerontes socialmente isolados (quando comparados com o geral de idosos que habitam no município), mas também apresentou o perfil de adoecimento mental e de funcionalidade e independência.

A tarefa de avaliar capacidade funcional, independência, depressão e morbidade em idosos não é tarefa simples. Por vez, ela requer de uma preparação teórico-prática consistente, mediada pelo auxílio de vários profissionais trabalhando em rede e não de forma individualizada (interprofissionalidade) tendo como questão norteadora, a

manutenção da qualidade de vida do idoso institucionalizado e a resolução dos problemas socio sanitários, quando cabível. Não obstante, cabe ressaltar que tais tarefas não são responsabilidade exclusiva do médico, fisioterapeuta ou enfermeira, muito pelo contrário, na avaliação geriátrico-gerontológica devem estar presentes profissionais com diferentes visões sobre o conceito da saúde do idoso, na medida em que tais aportes viriam ao encontro do fortalecimento das ações integradas. Por outro lado, a manutenção de níveis positivos de socialização e de satisfação de convivência entre os residentes nas ILPIs é, talvez, um dos maiores desafios que os idosos enfrentam ao passar a morar nas instituições de longa permanência.

Os achados do presente estudo são relevantes uma vez que, após busca sistematizada nas bases de dados especializadas, não foram identificados ensaios semelhantes que avaliaram ABVD, AIVD, índice de depressão geriátrica e perfil de morbidade em idosos institucionalizados de forma simultânea. As pesquisas abordam, na maioria das vezes, o estudo de um ou dois dos desfechos supramencionados, deixando de lado, aspectos sumamente relevantes para compreender o perfil de saúde do idoso institucionalizado, de forma integral.

Inclusive, cabe destacar que as afirmações expostas nele podem ser consideradas como primeiro passo à atenção integral da pessoa idosa institucionalizada no município de Foz do Iguaçu/PR. A isto, acrescenta-se que a universidade é um excelente dispositivo social para democratizar o conhecimento produzido e leva-lo às instituições de longa permanência para idosos. É essencial criar um diálogo entre universidade – ILPI, visando propor intervenções integrais que permitam reforçar as tarefas que ambas as instituições realizam, em prol do bem-estar da cidadania da maior idade. Nesse espaço, seria possível acenar para a mudança da significação social admitida ao envelhecimento, na medida em que promove a capacitação de estudantes, logo profissionais humanizados e socialmente sensibilizados sobre um dos maiores desafios contemporâneos para a saúde pública brasileira: o envelhecimento populacional, traduzido na sobrecarga assistencial no Sistema Único de Saúde.

Por fim, salienta-se que para que exista verdadeira atenção integral à SI, justamente pela incorporação dos princípios da RAISI paranaense, é necessário que todos os idosos, independentemente da localização de sua moradia, recebam adequado acompanhamento de suas necessidades socio sanitárias, em cumprimento com os termos legais e morais que permeiam às ações sanitárias desenvolvidas no município de Foz do Iguaçu/PR. Aos profissionais da saúde cabe-lhes a tarefa de planejar/viabilizar intervenções

que considerem as capacidades de locomoção dos idosos, de modo a não isolar o atendimento a pessoas com capacidade e independência funcional comprometida, por quaisquer motivos.

## BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

---

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução de diretoria colegiada - rdc nº 283, de 26 de setembro de 2005.

ALMEIDA, A.A; MAFR, S.C.T; SILVA, E.P; KANSO, S. A feminização da velhice: em foco as características sociodemográficas, pessoais e familiares e o risco social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 14, n. 1, p. 115 - 131, jan./jun. 2015.

ALMEIDA, M.S.R. Deficiência intelectual ou atraso cognitivo. **Instituto Inclusão Brasil**, 2017.

ALMEIDA, O.P; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (EDG) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**; 57(2-B): 421-426, 1999.

ALVES, L.C *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930, ago, 2007.

ANDRADE, F.B et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 129-36.

APÓSTOLO, J.L.A. **Instrumentos para avaliação em Geriatria**. Escola superior de enfermagem de Coimbra, 2012.

ARAÚJO, C.L.O; ONOFRE, A.A; SILVA, E.T; PENA, M.V.D. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Caderno Temático Kairós Gerontologia**, São Paulo, (8): 35-44, 2010.

BENTES, A.C.O; PEDROSO, J.S; MACIEL, C.A.B. O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. **Aletheia** 38-39, maio/dez. 2012.

BORGES, C.L; SILVA, M.J; CLARES, J.W; BESSA, M.E; FREITAS, M.C. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. **Acta Paul Enferm**. 2013; 26(4):318-22.

BRASIL. **Decreto no. 3298**, regulamenta a Lei No. 7853/89, 1999.

BRASIL. **Lei No. 10.741 de 01 de outubro de 2003**, que aprova o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: 2004.

BRASIL. **Lei No. 8.842 de 1994**, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso o Estatuto do e dá outras providências. Brasília: 1994.

BRASIL. **Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

BUSATO, W.F.S; MENDES, F.M. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, 36(4), 2007.

CAETANO, F.M; CARDOZO, T.M; AYALA, A.L.M. Idosos em instituição de longa permanência e relações familiares. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 60, p. 28-36, abr./jun., 2019.

CAMARANO, A; KANSO, A. As instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010.

CAMARANO; A. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos – Região Sul**. Brasília: IPEA; Presidência da República, 2008.

CARREIRA, L; BOTELHO, M.R; MATOS, P.C.B; TORRES, M.M; SALCI, M.A. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Rev. Enferm. EURJ**, Rio de Janeiro, 2011: 19(2):268-73.

CARVALHAL, T.F.T; LOSSO, E; BOAVA, L.M; MARTELLO, S.K; FERREIRA, M.P; CECHINEL, C. Functional Independence of the elderly in multiprofessional home care. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 41, e43168, 2019.

CARVALHO, M.P.R.S; DIAS, M.O. Adaptação dos idosos institucionalizados. **Millenium**, 40:161-184, 2011.

CASTRO, S.S; CÉSAR, C.L.G; CARANDINA, L; BARROS, M.B.A; ALVES, M.C.G.P; GOLDBAUM, M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(8):1773-1782, ago, 2008.

CHOPRA, D. **Corpo sem idade, mente sem fronteiras: a alternativa quântica para o envelhecimento**. Rocco, Rio de Janeiro, 1994. ISBN: 85-325-0464-7.

CLAUDINO, S.O; COSTA, N.S; COÊLHO, J.C.A; COELHO, N.M.D; SANTOS, J.M. Adaptação dos idosos em instituições de longa permanência. **Rev. Conexão Eletrônica – Três Lagoas, MS - Volume 15 – Número 1–2018**.

COSTA, C; KEMER, C.G; OLIVEIRA, D.V; ANTUNES, M.D; JÚNIOR, J.R.A.N; SILVA, C.C.R. Mobilidade na marcha, risco de quedas e depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Saúde e Pesquisa**, 10(2): 293-300, 2017.

COSTA, M.C.N.S; MERCANTE, E.F. O idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo. 16(2), 209 – 222, 2013.

COSTA, P.L.O.N. **Estatística 2ª Edição**. Editora Edgar Blücher Ltda., 2002.

CUNHA, F.C.M; CINTRA, M.T.G; CUNHA, L.C.M; COUTO, E.A.B; GIACOMIN, K.C. Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 12(3):475-486, 2009.

CUNHA, J.D.G. Experiências de pessoas idosas institucionalizadas sobre as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e percepção do estado de saúde. **Revista Kairós-Gerontologia**, 22(2), 69-91.

DE FREITAS, E.V *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia** – 3.ed. cap. 129, pág:1442 – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

DELLAROZA, M.S.G; HADDAD, M.C.L; MELLO, B.L.D. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, 01 December 2011, Vol.34(1), pp.95-102.

DIDONE, T.V.N; MELO, D.O; RIBEIRO, E. Knowledge of commonly prescribed medications to octogenarians. **J Aging Res Clin Practice** 2019; 8:70-73.

DIDONE, T.V.N. **Atuação do farmacêutico na gerontologia**. Revista do farmacêutico, São Paulo, 2015.

DINIZ, D; BARBOZA, L; SANTOS, W.R. Deficiência, direitos humanos e justiça. **SUR**, v. 6 n. 11 dez. 2009, p. 65-77.

DINIZ, D; MEDEIROS, M. Envelhecimento e alocação de recursos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1141-1159, set-out, 2004.

DUARTE, L. O processo de institucionalização do idoso e as territorialidades: um espaço como lugar? **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 201-217, 2014.

DUARTE, Y.A.O; ANDRADE, C.L; LEBRÃO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos, **Rev Esc Enferm USP**, 41(2):317-325, 2007.

DUCA, G.F; SILVA, M.C; HALLAL, P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saude Publica**;43(5):796-805, 2009.

DUCA, G.F; SILVA, M.C; SILVA, S.G; HALLAL, P.C. Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, 2011.

DUCA, G.F; SILVA, M.C; SILVA, S.G; NAHAS, M.V; HALLAL, P.C. Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, 2011.

DUNCAN, B.B *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública** 2012;46(Supl):126-34.

FALLER, J.W; MARCON, S.S. Papel da família em relação ao idoso sob a perspectiva de idosos brasileiros e libaneses. **Cienc Cuid Saude** 2013 Jul/Set; 12(3):452-460.

FARIA, C.G; CARMO, M.P. Transição e (in)adaptação ao lar de idosos: um estudo qualitativo. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, Out-Dez 2015, Vol. 31 n. 4, pp. 435-442.

FAVRETO, D.O; CARVALHO, E.C; CANINI, S.R.M.S. Intervenções realizadas pelo enfermeiro para melhorar a comunicação com deficientes visuais. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 9, n. 3, p. 68-73, jul./set.2008.

FELLER, JW; MARCON, SS; DE MELO, WA; VERSA, GLGS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu – PR. **Esc Anna Nery** (impr.) 2010 out-dez; 14(4):803-810.

FERREIRA, D.C.O; YOSHITOME, A.Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 63(6): 991-7, 2010.

FERREIRA, O.G.L; MACIEL, S.C; SILVA, A.O; SÁ, R.C.N; MOREIRA, M.A.S.P. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 357-364, set./dez. 2010.

FLORES, L.M; MENGUE, S.S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 50. Ed Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FREITAS, M.A.V; SCHEICHER, M.E. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol**, 13(3):395-401, Rio de Janeiro, 2010.

GALHARDO, V.A.C; MARIOSIA, M.A.S; TAKATA, J.P.I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. **Rev Med Minas Gerais** 2010; 20(1): 16-21.

GONÇALVES, G.R; PEREIRA, C.R; ARRUDA, G.T; CASASSOLA, G.M; PIVETTA, H.M.F, BRAZ, M.M. Estado cognitivo e incontinência urinária em idosos institucionalizados. **Saúde (Santa Maria)**, 45(1): 1-8, 2019.

GONÇALVES, L.H.T *et al.* O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(9):1738-1746, set, 2010.

GUIDETTE, A; PEREIRA, A. A importância da comunicação na socialização dos idosos. **Revista de Educação** Vol. XI, No. 11, p. 119-136, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Tabela 1.12. População residente por sexo e grupos de idade segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2010. Rio de Janeiro, 2011.

JEREZ-ROIG, J *et al.* Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(11):3367-3375, 2016.

JUAREZ, C *et al.* Estudo da farmacoterapia prescrita a idosos em instituição brasileira de longa permanência. **Acta Med Port**; 20: 97-105, 2007.

JUNIOR, A.C.Q; SANTOS, R.F; LAMONATO, A.C.C; TOLEDO, N.A.S; COELHO, F.G.M; GOBBI, S. Estudo do nível de atividade física, independência funcional e estado cognitivo de idosos institucionalizados: análise por gênero. **Brazilian Journal of Biomotricity**, vol. 2, núm. 2, março, 2008, pp. 39-50.

JÚNIOR, A.F.S; SILVA, T.P.S; FRANÇA, I.C.O; DIAS, G.A.S. Efeitos de um protocolo fisioterapêutico na funcionalidade de idosas institucionalizadas com sarcopenia. **Revista Kairós-Gerontologia**: 21(4), 191-207, 2018.

LEITE, C.C; RODRIGUES, M.C.G; ASCIUTTI, L. S.R; LEITE, A.C. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev Salud Pública**, 2009.

LIMA, D.L; LIMA, M.A.V.D; RIBEIRO, C.G. Envelhecimento e qualidade de vida dos idosos institucionalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 346-356, set./dez. 2010.

LIMA, R.R.T; VILAR, R.L.A; CASTRO, J.L; LIMA, K.C. A educação interprofissional e a temática sobre o envelhecimento: uma análise de projetos pedagógicos na área da saúde. **Interface comunicação, saúde e educação**; 22(supl.2):1661-73, 2018.

LINI, E.V.; PORTELLA, M.R; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2016; 19(6): 1004-1014.

LISBOA, C.R; CHIANCA, T.C.M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012 mai-jun; 65(3): 482-7.

LOBO, A; PEREIRA, A. Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física. **Rev Referência**, nº4, 2007.

LOCATELLI, P.A.P.C. As representações sociais sobre a velhice na perspectiva dos usuários de uma instituição de longa permanência. **RBCEH**, Passo Fundo, v.14, n.1, p.65-82, 2017.

LOJUDICE, D.C; LAPREGA, M.R; RODRIGUES, R.A.P; JÚNIOR, A.L.R. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, rio de janeiro, 2010; 13(3):403-412.

MACHADO, F.N. Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária: um estudo com idosos dependentes. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

MACHADO, J.G.O; CAMPOS, C.G.O; RABELO, D.F. Treino de habilidades sociais em idosos institucionalizados: relato de prática profissional. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 4, n. 2, p. 258-265, dez. 2013.

MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Boletim do instituto de saúde**. (49): 76-79, 2009.

MENEZES, L.N; VICENTE, L.C.C. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.9, n.1, 90-98, 2007.

MENEZES, R.L; BACHION, M.M. Estudo de presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13(4):1209-18, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Direito à saúde. Edição 1. Brasília, 2015.

NERI, A.L. **Palavras-chaves em gerontologia**. 2ª Edição, revisão ampliada. Alínea Editora, 2005.

NEVES, E.M.F. **Causas e consequências da institucionalização de idosos: estudo tipo série de casos**. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em gerontologia. Universidade da Beira Interior. 2012.

OLIVEIRA, P.H; MATTOS, I.E. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, 21(3):395-406, jul-set 2012

OLIVEIRA, I.F.F *et al.* **Sintomas Associados A Perda Auditiva Em Idosos: Uma Revisão Bibliográfica**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 05, Vol. 10, pp. 52-64, maio de 2019.

OLIVEIRA, J; ROZENDO, C. Instituições de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2014 set-out;67(5):773-9.

OLIVEIRA, J.R; JÚNIOR, P.R.R. Qualidade de vida e capacidade funcional do idoso institucionalizado. **Revista Kairós-Gerontologia**: 17(3), 343-353, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde**. EUA: WHO, 2015.

PAGLIUCA, L.M.F; FIÚZA, N.L.G; REBOUÇAS, C.B.A. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(3):411-8.

PAIXÃO Jr. CM, REICHENHEIM, ME. Uma revisão sobre instrumentos da avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1):7-19, jan – fev, 2005.

PARADELA, E.M.P; LOURENÇO, R.A; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev Saúde Pública**, 39(6):918-23, 2005.

PARANÁ. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES. **Caderno Estatístico Município de Foz do Iguaçu, 2018**. Acesso em 08 de outubro de 2018.

PARANÁ. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES. **Caderno Estatístico Estado do Paraná, 2018**. Acesso em 08 de outubro de 2018.

PARANÁ. Secretaria da Saúde do Paraná. **Linha Guia do Idoso Paranaense**. Curitiba: 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de atenção à saúde. **Linha guia da saúde do idoso**. – 1 ed. – Curitiba: SESA, 2017.

- PAVAN, F.J; MENEGHEL, S. N; JUNGES, J.R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9):2187-2190, 2008.
- PEDREIRA, L.C; OLIVEIRA, A.M.S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012 set-out; 65(5): 730-6.
- PENSESUS. **Determinantes Sociais em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Acesso em 26 de março de 2018.
- PEREIRA, A.M.V.B; SCHNEIDER, R.H; SCHWANKE, C.H.A. Geriatria, uma especialidade centenária. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 4, p. 154-161, out./dez. 2009.
- PEREIRA, M.A.L; RODRIGUES, M.C. Perfil da capacidade funcional em idosos residentes no condomínio vila vida em Jataí-GO. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, p. 27-32, 2012.
- PERES, M.A.C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Revista Sociedade e Estado** - Volume 26 Número 3 setembro/dezembro 2010.
- PESSOA, F. S; AMORIM, C. C. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso. UNA-SUS/UFMA - São Luís, 2014. Universidade Federal do Maranhão. **Rev Saúde Pública**, 2005.
- RICCI, NA et al. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 39(4):655-62, 2005.
- RIFIOTIS, T. O idoso e a sociedade moderna: desafios da gerontologia. **Pro-posições**, v. 18, n. 1 (52) – jan./abr. 2007.
- SANTOS, F.S; JUNIOR, J.L. O idoso e o processo do envelhecimento: um estudo sobre a qualidade de vida na terceira idade. **Rev de Psico**, 2014.
- SCHERRER, G.J; RODRIGUES, M.I.B; PASSOS, K.G; PORTELA, O.T; ALONSO, A.C; BELASCO, A.G.S. Fatores associados à dependência de idosos residentes em instituições públicas. **Revista remecs**; 4(6):3-11, 2019.
- SCHETTERT, L.S. Reflexões sobre as interações sociais: pessoas idosas com deficiência mental. **Revista do Centro de Educação**, 2007.
- SILVA N.M.N; AZEVEDO A.K.S; FARIAS L.M.S; et al. Caracterização de uma instituição de longa permanência para idosos. **Rev Fund Care Online**. 2017 jan/mar; 9(1):159-166.
- SILVA, B.T; SANTOS, S.S.C. Cuidados aos idosos institucionalizados – opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. **Acta Paul Enferm** 23(6):775-81, 2010.
- SILVA, C.S; SAMPAIO, L.S; SAMPAIO, T.S.O. Capacidade funcional de idosos em instituição de longa permanência. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** V.11, N. 38. 2017 - ISSN 1981-1179.

SIQUEIRA, A.B; CORDEIRO, R.C; PERRACINI, M.R; RAMOS, L.R. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev Saúde Pública**, 38(5):687-94, 2004.

SMANIOTO, F.N; HADDAD, M.C.L. Avaliação da farmacoterapia prescrita a idosos institucionalizados. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 2013 jul-ago; 66(4): 523-7.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – SBGG. Senescência e senilidade – qual a diferença? 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). **Atividades da vida diária – o que são?** 2015.

STELLA, F; GOBBI, S; CORAZZA, D.I; COSTA, J.L.R. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz**, Rio Claro, Vol.8 n.3, pp. 91-98, 2002.

TEXEIRA, J.S; CORRÊA, J.C; RAFAEL, C.B.S; MIRANDA, W.P.N; FERREIRA, M.E.C. Envelhecimento e percepção corporal de idosos institucionalizados. **Rev Bras. Geriatr. Gerontol**, 2012.

VENDRUSCOLO, R; MARCONCIN, P.E. Um estudo dos programas públicos para idosos de alguns municípios paranaenses: a atividade física, esportiva e de lazer em foco, 2006.

VERAS, R; SIDNEY, D. Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS. – Rio de Janeiro: UERJ, **UnATI**, 2008.

VIEIRA, S.K.S.F; ALVES, E.L.M; FERNANDES, M.A; MARTINS, M.C.C; LAGO, E.C. Sociodemographic characteristics and morbidities. **Rev Fun Care Online**, 2017.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**



**UNILA** Universidade Federal da Integração Latino-Americana

**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DAS CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA  
DEPARTAMENTO DA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre o Perfil de Saúde do Idoso Iguaçuense: Comparações dos achados entre uma Instituição de Longa Permanência e um Centro de Convivência e Lazer para Idosos, e está sendo desenvolvida por Roberth Steven Gutiérrez Murillo, acadêmico do Curso de Saúde Coletiva, pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), sobre a orientação da professora Dra. Camen Gamarra (Orientadora).

O objetivo do estudo é, principalmente, conhecer o perfil de saúde das pessoas que residem em Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI e das que participam das atividades de um Centro de Convivência e Lazer para Idosos, no município de Foz do Iguaçu. A finalidade deste trabalho é contribuir com a produção de informações relevantes à saúde do idoso, para fortalecer ou complementar futuros estudos que visem compreender a composição demográfica desta população, considerando não só as patologias, mas, também, aqueles determinantes sociais, que possam de certa maneira influenciar nos índices de saúde.

Solicitamos a sua colaboração para participar respondendo à entrevista semiestruturada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa não considera nenhum risco à saúde nem à integridade do (a) entrevistando (a), porém, ressalvamos o total direito de desistência nesta pesquisa, caso esta crie algum desconforto moral. Todos os dados gerados pelo estudo serão mantidos em sigilo, unicamente disponibilizados baixo permissão do pesquisador e da orientadora.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo,

---

ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

---

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Foz do Iguaçu, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador Roberth Murillo ao telefone: (45) 99801-4275 e ao e-mail: [rsg.murillo.2016@aluno.unila.edu.br](mailto:rsg.murillo.2016@aluno.unila.edu.br), para a coordenador Dra. Carmen Gamarra ao telefone: (45) 8403-7509 e ao e-mail: [carmen.gamarra@unila.edu.br](mailto:carmen.gamarra@unila.edu.br), ou para o Comitê de Ética (agregar dados do CE).

## ANEXO II: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO



**UNILA** Universidade Federal da Integração Latino-Americana

### **QUESTIONÁRIO “PERFIL DE SAÚDE DO IDOSO IGUAÇUENSE: COMPARAÇÃO DOS ACHADOS ENTRE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA E UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA E LAZER PARA IDOSOS”**

A aplicação deste questionário serve ao objetivo primário de conhecer o perfil de saúde dos idosos que residem em Instituição de Longa Permanência – ILPI, no município de Foz do Iguaçu – PR. Este instrumento é propriedade intelectual do pesquisador Roberth Steven Gutiérrez Murillo, portanto, sua replicação total ou parcial fica condicionada à aprovação direta do autor.

**Número de questionário:** QN° \_\_\_\_

**Data da Entrevista:** \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_

**Instituição:** Lar dos velhinhos Foz

**Horário de início:** \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### **SEÇÃO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO**

Esta seção permitirá coletar os dados do perfil sociodemográfico dos idosos entrevistados, com vistas a realizar comparações a nível sociodemográfico entre a população de idosos moradora em ILPI e a participante do CCLI.

01. **Sexo:** M \_\_\_\_ | F \_\_\_\_

02. **Nacionalidade:** BR \_\_\_\_ | Outra: \_\_\_\_\_

03. **Idade** (em anos completos até a data da entrevista): \_\_\_\_

04. **Raça/Cor de pele** (Auto declaração do idoso):

- a. Branca \_\_\_\_
- b. Preta \_\_\_\_
- c. Parda \_\_\_\_
- d. Amarela \_\_\_\_
- e. Indígena \_\_\_\_

05. **Estado Civil:**

- a. Solteiro(a) \_\_\_\_
- b. Casado(a) \_\_\_\_
- c. Tem companheiro(a) \_\_\_\_
- d. Divorciado(a) \_\_\_\_
- e. Viúvo(a) \_\_\_\_

06. **Possui uma religião?**

- a. Não \_\_\_\_
- b. Sim \_\_\_\_ . Qual?

- Evangélica \_\_\_\_\_
- Católica \_\_\_\_\_
- Espírita \_\_\_\_\_
- Outra \_\_\_\_\_

**07. Frequentou escola?**

- a. Não \_\_\_\_\_
- b. Sim \_\_\_\_\_. Qual o maior nível de escolaridade alcançado?
- Primário Incompleto \_\_\_\_ Primário Completo \_\_\_\_
  - 1º Grau Incompleto \_\_\_\_ 1º Grau Completo \_\_\_\_
  - 2º Grau Incompleto \_\_\_\_ 2º Grau Completo \_\_\_\_
  - Superior Incompleto \_\_\_\_ Superior Completo \_\_\_\_
  - Outra formação: \_\_\_\_\_

**08. Sabe ler?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**09. Sabe escrever?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**10. Tem filhos(as)?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**11. Última ocupação de vínculo empregatício:** \_\_\_\_\_

**12. Situação de Previdência Social:**

- a. Aposentado(a) \_\_\_\_\_
- b. Pensionista \_\_\_\_\_
- c. Aposentado(a) e pensionista \_\_\_\_\_
- d. Não é aposentado e/ou pensionista \_\_\_\_\_

**13. Possui plano de saúde particular?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**14. Renda Mensal:**

- a. Menos do que um salário mínimo \_\_\_\_\_
- b. Um salário mínimo \_\_\_\_\_
- c. De um a dois salários mínimos \_\_\_\_\_
- d. Mais do que dois salários mínimos \_\_\_\_\_

<b>SEÇÃO 2 – MOTIVOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO</b>
---

Esta seção tem como objetivo, caracterizar os motivos de internamento na ILPI

**SEÇÃO 2.1**

01. **Data de internamento** \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_ (Conferir no prontuário institucional)

**02. Tempo de Internamento:**

- a. Menos de um ano (<1a) \_\_\_\_\_
- b. De um a menos de três anos (1<3a) \_\_\_\_\_
- c. De três a cinco anos (3<5a) \_\_\_\_\_
- d. Mais do que cinco anos (>5a) \_\_\_\_\_

**03. Motivo de internamento:**

- a. É sozinho(a) \_\_\_\_\_
- b. Se encontrava doente \_\_\_\_\_
- c. Estava doente e sozinho(a) \_\_\_\_\_
- d. Sem pessoa cuidadora na família \_\_\_\_\_
- e. Família com sem condição financeira para tomar cuidado \_\_\_\_\_
- f. Dificuldades de relacionamento no núcleo familiar \_\_\_\_\_
- g. Não sabe indicar motivo \_\_\_\_\_
- h. Decisão própria \_\_\_\_\_
- i. Outro motivo \_\_\_\_\_. Qual? \_\_\_\_\_

**04. Com quem morava antes de vir para a ILPI?**

- a. Sozinho(a) \_\_\_\_\_

- b. Esposa|Marido|Companheiro(a) \_\_\_\_
  - c. Filhos(as)|Enteados(as)|Noras|Genros \_\_\_\_
  - d. Irmãos(as)|Sobrinhos(as) \_\_\_\_
  - e. Netos(as) \_\_\_\_
  - f. Outros não-parentes \_\_\_\_
  - g. Outros \_\_\_\_\_
05. **O(a) senhor(a) recebe visitas?**
- a. Não \_\_\_\_ (passar à pergunta 06)
  - b. Sim \_\_\_\_

Quem o/a visita?	Frequência (S,Q,M,A,DS,O)
Esposo(a)/Companheiro(a)	
Filhos(as)	
Netos(as)	
Irmãos(as)/Tios(as)/Sobrinhos(as)	
Amigos(as)	
Pessoas da Comunidade	
Outros	

*Caso o idoso  
seja incapaz de  
responder,  
consultar ao  
... ..*

S: Semanal; Q: Quinzenal; A: Anual; DS: Datas Especiais; O: Outros

06. **Antes de ter sido internado na ILPI, o(a) senhor(a) considerava seu estado de saúde como:**
- a. Muito bom \_\_\_\_
  - b. Bom \_\_\_\_
  - c. Regular \_\_\_\_
  - d. Ruim \_\_\_\_
07. **Após o internamento na ILPI, o(a) senhor(a) considera seu estado de saúde como:**
- a. Muito bom \_\_\_\_
  - b. Bom \_\_\_\_
  - c. Regular \_\_\_\_
  - d. Ruim \_\_\_\_
08. **O(a) senhor(a) está satisfeito com o relacionamento que existem com as demais pessoas que moram na ILPI?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_
09. **O(a) senhor(a), passa sua renda para a ILPI?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_
10. **Qual o valor total do seu ingresso mensal?** R\$ \_\_\_\_\_

### SEÇÃO 3 – PERFIL PATOLÓGICO DE SAÚDE DO IDOSO

Esta seção permitirá identificar patologias presentes nos idosos. Caso o idoso seja incapaz de providenciar as informações, fara-se necessário conferir esses dados no prontuário da instituição, mediante aprovação do responsável a cargo.

01. **Possui algum tipo de deficiência?**
- a. Não \_\_\_\_
  - b. Sim \_\_\_\_ . Qual?
    - Sensorial \_\_\_\_ i.i. Visual \_\_\_\_ i.ii. Auditiva \_\_\_\_
    - Física \_\_\_\_
    - Cognitiva \_\_\_\_

**Considerando a existência da deficiência, indique o grau:**

- Grau I (Baixa)\_\_\_
- Grau II (Moderada)\_\_\_
- Grau III (Severa)\_\_\_

**02. Está ou tem sido diagnosticado com alguma doença?**

- a. Não \_\_\_
- b. Sim \_\_\_
- Demência (qual/quais?) \_\_\_\_\_
  - Doenças do Ap. Respiratório (qual/quais?) \_\_\_\_\_
  - Doenças do Ap. Locomotor (qual/quais?) \_\_\_\_\_
  - Doenças do Ap. Nervoso (qual/quais?) \_\_\_\_\_
  - Doenças do Ap. Circulatório (qual/quais?) \_\_\_\_\_
  - Doenças do Ap. Digestório (qual/quais?) \_\_\_\_\_
  - Outras doenças (qual/quais?) \_\_\_\_\_
- c. Tempo de diagnóstico
- Menos do que seis meses \_\_\_
  - De 1 a 2 anos \_\_\_
  - Mais do que 2 anos \_\_\_

**03. Possui dependência farmacológica?**

- a. Não \_\_\_
- b. Sim \_\_\_
- Indique o medicamento? \_\_\_\_\_
  - Frequência de consumo diário (vezes) \_\_\_

**04. Foi internado(a) nos últimos 12 meses?**

- a. Não \_\_\_
- b. Sim \_\_\_
- Motivo \_\_\_\_\_
  - Duração (em dias) \_\_\_

**05. Realiza algum tipo de atividade física?**

- a. Não \_\_\_
- b. Sim \_\_\_
- Qual/Quais: \_\_\_\_\_

**SEÇÃO 4 – CAPACIDADE FUNCIONAL, DEPENDÊNCIA E INDEPENDÊNCIA E AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO**

Nesta seção será avaliada a capacidade funcional, o nível de dependência e independência presente nos idosos, junto com a auto-percepção da sua própria saúde.

**4.1 ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA. ÍNDICE DE KATZ**

Atividade	Independência	Dependência	Condição
<b>Tomar banho</b>	Requer ajuda somente para lavar uma parte do corpo ou toma banho sozinho	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho	IND ( ) DEP ( )
<b>Vestir-se</b>	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar os sapatos	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho	IND ( ) DEP ( )

<b>Uso do vaso sanitário</b>	Vai ao vaso, senta-se e levanta-se do vaso, ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar objeto de apoio)	Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo	IND ( ) DEP ( )
<b>Transferência</b>	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode usar objeto de apoio)	Requer ajuda para deitar-se na cama ou para sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências	IND ( ) DEP ( )
<b>Continência</b>	Micção e evacuação inteiramente autocontrolados	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso urinóis ou comadre controlados por terceiros; acidentes “ocasionais”	IND ( ) DEP ( )
<b>Alimentar-se</b>	Leva a comida do prato à boca	Requer ainda ajuda para levar a comida do prato à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral	IND ( ) DEP ( )

**Fonte:** Linha guia da saúde do Idoso do Paraná, 2017. Pág. 30.

Caso o idoso seja incapaz de realizar as orientações acima solicitadas, peça ao responsável direto ditas informações. A verificação destas informações permitirá a análise de dados concretos e fiéis à pesquisa. No caso de dúvida, confira duas ou até três vezes, se necessário.

#### **4.2 ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA. ESCALA DE LAWTON**

<b>Atividade</b>	<b>Condição</b>
Capaz de preparar as próprias refeições?	Sem ajuda ( ) Com ajuda parcial ( ) Incapaz ( )
Capaz de tomar os remédios na dose certa e no horário correto?	Sem ajuda ( ) Com ajuda parcial ( ) Incapaz ( )
Capaz de fazer compras?	Sem ajuda ( ) Com ajuda parcial ( ) Incapaz ( )
Capaz de controlar o dinheiro ou finanças?	Sem ajuda ( ) Com ajuda parcial ( ) Incapaz ( )
Capaz de usar o telefone?	Sem ajuda ( ) Com ajuda parcial ( ) Incapaz ( )
Capaz de arrumar a casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos?	Sem ajuda ( ) Com ajuda parcial ( ) Incapaz ( )
Capaz de lavar e passar a roupa?	Sem ajuda ( ) Com ajuda parcial ( ) Incapaz ( )
Capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?	Sem ajuda ( ) Com ajuda parcial ( ) Incapaz ( )

**Fonte:** Linha guia da saúde do Idoso do Paraná, 2017. Pág. 3.

### 4.3 ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (G-15)

Perguntas	Respostas	
	Sim	Não
Você está bastante satisfeito/a com sua vida?		
Você se aborrece com frequência?		
Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?		
Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		
Você sente que a sua situação não tem solução?		
Você tem medo de algum mal vá lhe acontecer?		
Você acha que a sua situação é sem esperança?		
Você acha maravilhoso estar vivo?		
Você sente que sua vida está vazia?		
Você sente que a maioria das pessoas está melhor do que você?		
Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?		
Você deixou muitos de seus interesses e atividades de lado?		
Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?		
Você se sente cheio de energia?		
Você se sente feliz a maior parte do tempo?		

**Fonte:** Linha guia da saúde do Idoso do Paraná (SESA-PR, 2017 p. 75).

*Horário de finalização:* \_\_\_\_:\_\_\_\_

*Assinatura do pesquisador*

**ANEXO III. CARTA DE ACEITE: INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DINÂMICA DAS CATARATAS**  
*Comitê de Ética em Pesquisa – CEP*  
*Aprovado na CONEP em 12/05/2018*

**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO**

**Título do projeto:** Perfil de Saúde do idoso iguaçuense: comparação dos achados entre uma instituição de longa permanência para idosos e um centro de convivência para idosos

**Pesquisadore(s):** Carmem Gomara,  
Robert S. Gutiérrez Murillo.

**Local da pesquisa:** Associação de Amparo aos Idosos de Foz do Iguaçu  
Antônio Ayres de Aguirra CNPJ 75428672/001-00

**Responsável pelo local de realização da pesquisa:**  
Elder Santos do Nascimento

O(s) pesquisador(es) acima identificado(s) está(estão) autorizado(s) a realizar a pesquisa e a coleta dados, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa segundo as normas da Resolução 466/2012 e 510/2015 CNS/MS e suas complementares.

(local e data) Foz do Iguaçu, 02 de Janeiro de 2019.

CNPJ  
**75.428.672/0001-00**  
ASSOCIAÇÃO DE AMPARO AOS IDOSOS  
DE FOZ DO IGUAÇU  
Av. General Meira, 2100 Ouro Verde  
CEP: 85.855-000  
Foz do Iguaçu - PR

(Nome(s) e assinatura(s) do(s) responsável pelo campo da pesquisa)

## ANEXO IV. APROVAÇÃO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA CEP-UDC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL DE SAÚDE DO IDOSO IGUAÇUENSE ¿ PR: COMPARAÇÃO DOS ACHADOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA E UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS

**Pesquisador:** Carmen Justina Gamarra

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 05536818.1.0000.8527

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.205.884

**Apresentação do Projeto:**

Reapresentação.

**Objetivo da Pesquisa:**

Reapresentação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Reapresentação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Reapresentação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Reapresentação.

**Recomendações:**

Reapresentação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências foram sanadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Avenida Paraná 5661 Vila A.

**Bairro:** JARDIM DAS LARANJEIRAS

**CEP:** 85.868-030

**UF:** PR

**Município:** FOZ DO IGUAÇU

**Telefone:** (45)3028-3232

**E-mail:** cepudc@udc.edu.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
DINÂMICA DAS CATARATAS -  
UDC**



Continuação do Parecer: 3.205.884

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1158788.pdf	15/03/2019 00:09:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	propostacep.pdf	15/03/2019 00:08:35	Roberth Steven Gutiérrez Murillo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermosInst.pdf	14/03/2019 23:53:10	Roberth Steven Gutiérrez Murillo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	img051.pdf	08/01/2019 21:23:27	Roberth Steven Gutiérrez Murillo	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoword.docx	25/10/2018 14:10:45	Roberth Steven Gutiérrez Murillo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/10/2018 00:22:19	Roberth Steven Gutiérrez Murillo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FOZ DO IGUACU, 18 de Março de 2019

---

**Assinado por:  
CARLOS HENRIQUE SCHNEIDER  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Paraná 5861 Vila A.

**Bairro:** JARDIM DAS LARANJEIRAS

**CEP:** 85.868-030

**UF:** PR

**Município:** FOZ DO IGUACU

**Telefone:** (45)3028-3232

**E-mail:** cepudc@udc.edu.br