

**IONARA ZAVARESE HOFFMEISTER**

**POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO – UM ESTUDO EM INSTITUIÇÕES  
DE LONGA PERMANÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DA  
FUNCIONALIDADE COMO PARÂMETRO DE SAÚDE**

**PELOTAS  
2008**

## Ficha Catalográfica

---

H699p Hoffmeister, Ionara Zavarese.

Políticas de saúde do idoso: um estudo em instituições de longa permanência sob a perspectiva da funcionalidade como parâmetro de saúde. – Pelotas, 2008.

...f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Política Social, 2008.

1. Saúde pública. 2. Política social. 3. Idosos. I. Título

CDD: 362.6

---

Catálogo elaborado pelo Sistema de Bibliotecas FAT/ URCAMP

Bibliotecária Responsável: Maria Bartira N. C. Tabora CRB 10/782

**IONARA ZAVARESE HOFFMEISTER**

**POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO – UM ESTUDO EM INSTITUIÇÕES  
DE LONGA PERMANÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DA  
FUNCIONALIDADE COMO PARÂMETRO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas, para obtenção do Título de Mestre. Linha de pesquisa: Política social, Processos Participativos e Trabalho Social.

**Orientadora: Profa. Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira**

**PELOTAS 2008**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS**

**IONARA ZAVARESE HOFFMEISTER**

**POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO – UM ESTUDO EM INSTITUIÇÕES  
DE LONGA PERMANÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DA  
FUNCIONALIDADE COMO PARÂMETRO DE SAÚDE**

**Banca Examinadora:**

---

Dra. Silvana Sidney Costa Santos - Universidade Federal do Rio Grande

---

Dr. Rafael Orcy - Universidade Católica de Pelotas

---

Dra. Andrea Heidrich - Universidade Católica de Pelotas

---

Dra. Silvana Maria Gritti – Universidade Católica de Pelotas

Pelotas, 20 de junho de 2008

**DEFICIÊNCIAS – Mário Quintana** (escritor gaúcho 30/07/1906 – 05/05/1994)

“**Deficiente**” é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino.

“**Louco**” é quem não procura ser feliz com o que possui.

“**Cego**” é aquele que não vê seu próximo morrer de frio, de fome, de miséria, e só tem olhos para seus míseros problemas e pequenas dores.

“**Surdo**” é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou o apelo de um irmão. Pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês.

“**Mudo**” é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia.

“**Paralítico**” é quem não consegue andar na direção dos que precisam de sua ajuda.

“**Diabético**” é quem não consegue ser doce.

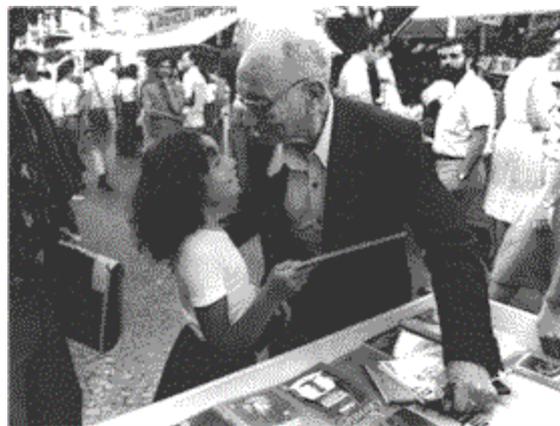
“**Anão**” é quem não sabe deixar o amor crescer. E, finalmente, a pior das deficiências é ser miserável, pois:

“**Miseráveis**” são todos os que não conseguem falar com Deus.

**A amizade é um amor que nunca morre.**

Mário Quintana

**A vocês, Nelson e Eurora, meus Pais, dedico este trabalho!!!**



## AGRADECIMENTOS

É maravilhoso quando chegamos na hora de agradecer...

Em primeiro lugar a *DEUS*, por estar presente a cada momento em minha vida, apontando o caminho e me dando forças para levantar a cada queda.

A toda minha família, em especial às minhas irmãs Rejane e Rozemar Hoffmeister, o exemplo de coragem, atitude e perseverança de vocês serviram de incentivo na finalização do Curso.

Ao meu marido, Jaime e aos meus filhos Arthur e Maithê, **eu amo vocês!**

A uma grande amiga, Marilene Rabuske, obrigada pelo pouso e pelas palavras de incentivo.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Maria Ribeiro Nogueira, que soube conduzir, compreender e incentivar a concretização deste trabalho de maneira sábia e dedicada.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvana Sidney Costa Santos, pelo material disponibilizado, obrigado pela ajuda e colaboração.

Aos idosos, sujeitos desta pesquisa, obrigado pela compreensão e colaboração.

À administração e funcionários das instituições pesquisadas.

Aos amigos que me apoiaram e torceram por mim.

Enfim, a todos, **MUITO OBRIGADA!!!**

## RESUMO

HOFFMEISTER, Ionara Zavarese. Políticas de saúde do idoso – Um estudo em Instituições de Longa Permanência (ILPs) sob a perspectiva da funcionalidade como parâmetro de saúde. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas/RS, Brasil.

Este estudo teve como objetivo: identificar em que medida as legislações referentes às políticas de saúde para o idoso vem sendo operacionalizadas em âmbito das ILPs em Bagé; estabelecer um perfil do idoso institucionalizado, com relação à capacidade funcional e auto-percepção de saúde. Foi realizada uma pesquisa, descritiva, tipo estudo de caso com abordagem qualitativa, tendo como locais as ILPs: Fundação Geriátrica José e Auta Gomes e a Sociedade São Vicente de Paula – Vila Vicentina da cidade de Bagé, RS. Os sujeitos do estudo totalizaram 40 idosos, sendo 13 homens e 27 mulheres. Foram utilizados três instrumentos de coleta dos dados. Para o primeiro instrumento, empregaram-se duas escalas de avaliação, uma para a avaliação das AVDs a Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) de Katz e a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton em idosos. Para o segundo instrumento foi elaborado um formulário com dados de identificação do idoso, contendo elementos relativos às questões sociais, na sequência foi elaborado um guia de entrevista-estruturada, confeccionado para coletar a percepção de questões relacionadas direta e indiretamente à funcionalidade. A aplicação dos instrumentos efetivou-se após aprovação do projeto pelo Comitê de ética em pesquisa da UCPel (Universidade Católica de Pelotas), seguindo as orientações da Resolução 196/96. Obteve-se, como resultados: a idade dos idosos varia entre 60 a 95 anos, aposentados, predominado o sexo feminino, solteiros seguidos por viúvos, nascidos em Bagé e região. O grau de escolaridade encontrado foi 1º grau incompleto. Na análise da funcionalidade para AVD as maiores dificuldades foram encontradas nos itens relacionados à marcha e nas AIVD os déficits ficaram homogeneamente distribuídos entre os itens analisados. A maioria dos pesquisados analisou a auto-percepção de sua saúde como “boa”, mesmo na existência de doenças crônicas associadas. O acesso dos idosos residentes à programas e políticas, na sua operacionalização, através de ações oportunizadas pelas instituições revelou-se precário em ambas as instituições pesquisadas. A partir do diagnóstico revelado através da interpretação dos dados foram sugeridas ações de saúde voltadas à recuperação e/ou manutenção do bem-estar dos idosos residentes nas ILPs pesquisadas.

Palavras-chave: Idoso; Políticas Públicas, Saúde, Funcionalidade, Envelhecimento.

## ABSTRACT

HOFFMEISTER, Ionara Zavarese. Health politics for the elderly – A long permanence in institutions study (ILPs) under the perspective of functionality as a measure health. Paper (Master's Degree in Social Politics) - Post Graduation in Social Politics Program, Catholic University of Pelotas, Pelotas/RS, Brazil.

This present study had as purposes; to identify in which measurement, the legislation referring to health politics for the elderly, has been performed in the ILPs scope in Bagé; to establish a profile of a institutionalized elderly, according with its functional capacity, and self-perception of health. There was performed a descriptive research, like case study with qualitative approach, having as locals the ILPs: José and Auta Gomes Geriatric Foundation and São Vicente de Paula Society - Vila Vicentina in the City of Bagé, RS. The individuals in this present study, a total of 40 elderly people, 13 men and 27 women. There were used three instruments for the data collecting. For the first instrument, were used two evaluation scales, one for the evaluation of AVDs and the Scale of the Basic Activities of Everyday Life (AVD) of Katz, and the Scale of Instrumental Activities of Everyday Life (AIVD) of Lawton in the elderly. For the second instrument, it was draw up a form with identification data of the elderly, containing elements related to social issues, in the sequency was draw up a guide of a structured interview, made for collecting the perception of issues related to the functionality, direct or indirectly. The use of the instruments had accomplished, after the project has been approved by the Ethics Committee in research of UCPel (Catholic University of Pelotas), following the orientation of Resolution 196/96. We had obtained as a result: the age of the elderly ranges from 60 to 95, retired, mainly females, singles followed by widowers, born in Bagé and region. elementary school incomplete education. In the analysis of functionality for AVD, the major difficulties were found in itens related to the march, and in AIVD the deficits were homogeneally distributed among the analysed itens. The majority of the individuals researched analysed its health self-perception as "good", even in the existence of chronic diseases associated. The access to elderly residents to programs and politics, in its functioning, through actions offered by institutions, showed precarious conditions in both researched institutions. From the diagnosis showed through the data interpretation, were suggested health actions facing the recovering and/or maintenance of the elderly's well-being residents in the researched ILPs.

Key words: Elderly Health Politics; Funcionalidade; Aging.

## LISTA DE SIGLAS

PNI - Política Nacional do Idoso

AGA – Avaliação Geriátrica Ampla

AGG – Avaliação Geriátrica Global

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVD - Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AAVD – Atividades Avançadas da Vida Diária

DCNT - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

OMS – Organização Mundial da Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILP – Instituições de Longa Permanência

PIBIC/URCAMP - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

RS – Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

TE – Transição Epidemiológica

UCPel – Universidade Católica de Pelotas

URCAMP – Universidade da Região da Campanha

## LISTA DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 1: Distribuição dos idosos conforme a variação das idades. FGJAG. Bagé, 2008..... | 49 |
| Gráfico 2: Distribuição das idosas conforme a variação das idades. V.V. Bagé, 2008.....   | 49 |
| Gráfico 3 – Escolaridade FGJAG. Bagé,2008.....  | 50 |
| Gráfico 4 – Escolaridade, V.V. Bagé,2008.....   | 50 |
| Gráfico 5 – Procedência dos idosos pesquisados, FGJAG. Bagé,2008.....                     | 51 |
| Gráfico 6 – Procedência das idosas pesquisadas, V.V. Bagé, 2008.....                      | 51 |
| Gráfico 7 - Situação Conjugal dos idosos residentes na FGJAG, Bagé, 2008.....             | 52 |
| Gráfico 8 – Situação conjugal das idosas. V.V Bagé, 2008.....                             | 52 |
| Gráfico 9 – Doenças crônicas e seqüelas motoras de AVC. FGJAG. Bagé, 2008.....            | 62 |
| Gráfico 10 - Doenças crônicas nas residentes da V.V. Bagé, 2008.....                      | 62 |
| Gráfico 11 – Auto-percepção de seu estado de saúde. FGJAG. Bagé, 2008.....                | 64 |
| Gráfico 12 – Auto-percepção de seu estado de saúde. VV. Bagé, 2008.....                   | 64 |
| Gráfico 13 – O que você gostaria de fazer e não consegue? FGJAG, 2008.....                | 66 |
| Gráfico 14 – O que você gostaria de fazer e não consegue? V.V. Bagé, 2008.....            | 66 |
| Gráfico 15 – O que você gosta de fazer no seu tempo livre? FGJAG. Bagé, 2008.....         | 68 |
| Gráfico 16 – O que você gosta de fazer no seu tempo livre? V.V. Bagé, 2008.....           | 68 |

|    |   |
|----|---|
| 68 | Gráfico 17 – A Sra. Participa de algum tipo de atividade física? V.V. Bagé, 2008.....                 |
| 69 | Gráfico 18 – Participa de alguma atividade em grupo? V.V. Bagé, 2008.....                             |
| 69 | Gráfico 19 – O Sr(a) gostaria de participar de um grupo de atividade física? FGJAG, Bagé, 2008.....   |
| 70 | Gráfico 20 – O Sr(a) costuma ir à igreja, cultos, celebrações? FGJAG. Bagé, 2008.....                 |
| 71 | Gráfico 21 – A senhora costuma ir à igreja, cultos, celebrações? V.V. Bagé, 2008.....                 |
| 71 | Gráfico 22 – Costuma receber visitas? Com que frequência? FGJAG, 2008.....                            |
| 72 | Gráfico 23 – Costuma receber visitas? Com que frequência? V.V. Bagé, 2008.....                        |
| 72 | Gráfico 24 – O Sr(a) costuma visitar parentes, amigos. Com que frequência? FGJAH, Bagé, 2008.....     |
| 73 | Gráfico 25 – A senhora costuma visitar parentes e amigos? Com que frequência? V.V. Bagé, 2008.....    |
| 73 | Gráfico 26 – Que atividade o Sr(a) gostaria que a instituição lhe oportunizasse? FGJAG, 2008...       |
| 75 | Gráfico 27 - Que atividade o Sr(a) gostaria que a instituição lhe oportunizasse? V.V. Bagé, 2008..... |
| 75 | Gráfico 28 – Cuidados adotados para a manutenção da saúde. FGJAG. Bagé, 2008.....                     |
| 77 | Gráfico 29 – Cuidados adotados para a manutenção da saúde. V.V. Bagé, 2008.....                       |
| 77 |   |

## LISTA DE TABELAS

|  |  |
|--|--|
| Tabela 01: Concentração de idosas na faixa etária de 70 a 80 anos, mulheres mais longevas (2008).....                          |  |
| 45   |  |
| Tabela 02: Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) – Vila Vicentina – Análise geral das 20 idosas entrevistadas..... |  |
| 53   |  |
| Tabela 03: Resultados encontrados na ILP V.V. com relação às AVDs.....   |  |
| 54   |  |
| Tabela 04: Resultados encontrados na ILP - FGJAG com relação às AVDs.....  |  |
| 59   |  |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....                                  | 14 |
| 1.2 Justificativa.....                              | 17 |
| 1.3 Problematização.....                            | 21 |
| 1.4 Objetivos .....                                 | 25 |
| 2.REFERENCIAL TEÓRICO.....                          | 26 |
| 2.1 Políticas direcionadas ao idoso.....            | 26 |
| 2.2 Novos conceitos em Saúde e Gerontologia.....    | 28 |
| 2.3 Novas palavras para definir quem envelhece..... | 30 |
| 2.4 Papéis desempenhados .....                      | 31 |

|  |    |
|--|----|
| 2.5 Avaliação funcional .....  |    |
| 34   |    |
| 2.6 Definição de AVD – AIVD e AAVD.....  |    |
| 35   |    |
| 2.7 Exercício físico e Fisioterapia aplicados à Gerontologia.....                            |    |
| 36   |    |
| 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....  |    |
| 39   |    |
| 3.1 Tipo de pesquisa.....  |    |
| 39   |    |
| 3.2 Sujeitos da pesquisa.....  |    |
| 39   |    |
| 3.3 Aspectos Éticos.....   |    |
| 40   |    |
| 3.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados.....  |    |
| 40   |    |
| 3.5 Análise e interpretação dos dados.....   |    |
| 42   |    |
| 4. APRESENTAÇÃO DOS CASOS.....   |    |
| 44   |    |
| 4.1 Caso 1 - Fundação Geriátrica José e Auta Gomes - .....                                   |    |
| 44   |    |
| 4.2 Caso 2 - Sociedade São Vicente de Paula – Vila Vicentina.....                            |    |
| 45   |    |
| 4.3 O Recanto das idosas – “Asilo”.....  |    |
|  | 47 |
| 5. DISCUSSÃO DOS CASOS.....  |    |
| 49   |    |
| 5.1 Perfil dos residentes -Características demográficas e sociais dos residentes –FGJAG..... |    |
| 49   |    |
| 5.2 Perfil dos idosos quanto à funcionalidade e auto-percepção de saúde.....                 |    |

|       |  |
|-------|--|
| 52    |  |
| 5.2.1 | Análise das AVDs e AIVDs.....  |
| 52    |  |
| 5.3   | Perfil do idoso com relação á doenças crônicas e auto-percepção de saúde.....            |
| 61    |  |
| 5.4   | Análise da ocupação do tempo livre, convívio em grupo – Atividades lúdicas e recreativas |
| 66    |  |
| 5.5   | Análise da espiritualidade e prática religiosa dos residentes.....                       |
| 71    |  |
| 5.6   | Fatores ambientais.....  |
| 78    |  |
| 6.    | CONSIDERAÇÕES FINAIS.....  |
| 81    |  |
| 7.    | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....  |
| 86    |  |
| 8.    | APÊNDICES.....   |
| 90    |  |
| A.    | Termo de consentimento livre e esclarecido.....  |
| 91    |  |
| B.    | Guia de entrevista.....  |
| 94    |  |
| C.    | Ficha de observação.....   |
| 95    |  |
| 9.    | ANEXOS.....  |
| 97    |  |
| A     | Formulário de Coleta de dados.....   |
| 98    |  |
| B     | Crítérios para classificar a “Escala de Atividades da Vida Diária” – AVDs.....           |
| 99    |  |

C Escala de AIVD de Lawton.....

100

D Ficha de observação Institucional – Adaptações do Ambiente para o idoso.....

100

## 1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação do Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas tem por objetivo investigar como ocorre a implementação das políticas de saúde relacionadas ao idoso em duas instituições de longa permanência que abrigam idosos do município de Bagé/RS, com enfoque na funcionalidade como parâmetro de saúde. A partir desta questão outras foram apontadas para estruturar o estudo, sendo estas, Política Nacional do Idoso - ênfase relacionada à saúde, o processo de transição demográfica, sua conseqüente e crescente demanda por serviços, o papel social do idoso hoje, o idoso institucionalizado e os programas e políticas existentes a nível institucional. Esses temas satélites nortearão e servirão de base para embasar o estudo.

O enfoque na funcionalidade se justifica por minha atuação como docente junto ao Curso de Fisioterapia da Universidade da Região da Campanha (URCAMP), incluindo a disciplina intitulada Fisioterapia em Geriatria – que aborda o envelhecimento humano e suas repercussões nos órgãos e sistemas relacionados à cinesiologia humana. Também desenvolvo trabalho de pesquisa e extensão, intitulado: “Atenção e cuidado ao idoso” – no qual fazem parte alunos bolsistas e profissionais das áreas da: psicologia, nutrição, farmácia, fisioterapia, enfermagem e musicoterapia. A partir dos resultados parciais obtidos na pesquisa junto aos acadêmicos e profissionais e com a elaboração dos relatórios parciais foi possível identificar a existência de impasses que permeiam a discussão da garantia da proteção social e do direito à saúde na relação que se estabelece entre a legislação e a prática observada na instituição, requerendo e despertando uma investigação mais aprofundada.

O ciclo se completa, pois a teoria desenvolvida em sala de aula serve de embasamento à prática, ampliando as ações, através da multidisciplinaridade e da troca entre profissionais, acadêmicos e idosos. Assim, se observa a repercussão da ação em saúde integrada, onde a reabilitação do movimento se reflete diretamente na melhora da funcionalidade. Esta por sua vez poderá retardar a dependência, diminuindo a sobrecarga sobre os cuidadores, preservando pequenas tomadas de decisões, importantes para manutenção da auto-estima e retardando o sentimento de “inutilidade” do idoso dependente.

A fragilidade, decorrente do envelhecimento, que segundo Kübler Ross (1998) é resultado da história de vida, em parte pela aproximação da morte e também decorrente de aspectos relacionados à interpretações e canalização de energia ao longo da vida para aspectos que se revelam pouco significativos nesta fase, tornando o idoso mais suscetível à descompensações. Nessa etapa as pessoas refletem sobre suas vidas e seu passado e neste resgate está o verdadeiro significado, não para a morte, mas sim para a vida, surgindo os papéis desempenhados, associados à utilidade e sentimento de ser necessário no meio ao qual pertencem.

Os temas citados estão diretamente relacionados ao estudo e me serviram de motivação. O enfoque na saúde será a partir do parâmetro da funcionalidade, pois existe a tendência de que a avaliação em saúde seja ampliada, guardando relação com o grau de funcionalidade do idoso. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (Paixão, 2005) define incapacidade funcional como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade. Significa ser abordada mais como um indicador da consequência de um processo de doença do que uma medida de incapacidade ou morbidade específica. Portanto, esse parâmetro do grau de incapacidade para atividades funcionais vem sendo cada vez mais utilizado para avaliar o estado de saúde dos idosos, pois, a maioria convive com várias doenças, variando em severidade e deixando seqüelas na capacidade funcional.

A diminuição da funcionalidade também está relacionada com fatores como a falta de oferta de atividades direcionadas a este público, principalmente dos idosos institucionalizados, onde o corpo permanece tempo demasiado em repouso, reforçando posturas e retrações musculares que, num período relativamente curto de tempo, se reflete numa dependência cada vez maior.

Esse fato observado na prática de atendimento fisioterápico junto aos idosos gera um ambiente propício para a instalação de desequilíbrios, num organismo que já vivia no limite entre o fisiológico e o patológico, favorecendo a instalação de doenças ou agravando as que o indivíduo já possui.

Nesse momento, é importante ressaltar a capacidade de políticas e programas estratégicos, estruturados dentro de uma lógica de promoção da saúde e prevenção de problemas, que sejam potencialmente capazes de preservar a função e auxiliar no bem-estar dessas pessoas. Um exemplo é a Política Nacional do Idoso que, em uma perspectiva abrangente busca oferecer respostas às demandas sociais deste segmento populacional.

Têm-se como questões norteadoras deste estudo:

- Como vem se dando a operacionalização das políticas públicas relativas à saúde do idoso residente em Instituições de Longa Permanência (ILP), em Bagé/RS, Brasil, quanto a manutenção da funcionalidade do institucionalizado?

- Como se apresentam as ILPs investigadas quanto as características que contribuem para a funcionalidade do idoso residente?

- Qual o perfil dos idosos institucionalizados quanto a capacidade funcional e auto-percepção de saúde?

- Como ocorre a implantação das políticas de saúde nas ILPs investigadas considerando a contribuição dessa política na manutenção da funcionalidade do idoso residente?

Paralelamente às questões norteadoras surge o objetivo geral do estudo ou seja, analisar a funcionalidade de idosos residentes em duas instituições de longa permanência de Bagé/RS/Brasil, considerando as orientações das políticas públicas relativas às pessoas idosas institucionalizadas.

Como objetivos específicos tem-se:

- Caracterizar as ILPs destacando aspectos influentes na funcionalidade dos residentes.

- Estabelecer o perfil do idoso institucionalizado com relação à capacidade funcional e auto-percepção de saúde.

- Identificar os fatores contributivos de forma positiva ou negativa para manutenção da capacidade funcional de idosos institucionalizados, considerando a relação destes fatores com as políticas públicas voltadas ao idoso residente em uma ILP.

Para desenvolver o presente trabalho estruturou-se a dissertação da seguinte maneira: no primeiro capítulo, referente à introdução são abordadas as questões relacionadas à justificativa, problematização e objetivos do estudo. No capítulo dois é exposto o referencial teórico que versa sobre as questões pertinentes, relacionadas ao envelhecimento sua relação com a funcionalidade, saúde e políticas inseridas neste contexto. O capítulo três faz referência ao caminho metodológico escolhido que direcionaram ao alcance dos objetivos propostos. No capítulo quatro é feita a apresentação dos casos e, conseqüente a discussão das duas ILPs analisadas e seus resultados é apresentada no capítulo cinco, ficando no capítulo seis as considerações finais do estudo.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

O presente estudo tem como tema a relação entre o direito à saúde do idoso, prevista nas políticas de saúde voltadas a esta faixa etária e sua aplicabilidade nas ILP que abrigam idosos em Bagé.

Justifica-se a proposta de pesquisa, diante da constatação de que existe uma distância muito grande entre a legislação e o que é efetivamente implantado. A Política Nacional do Idoso, no capítulo referente à saúde, prevê o asseguramento dos direitos sociais dessa faixa etária, a partir dos 60 anos, entretanto, o que é assegurado em lei, não se reflete na prática. Assim, no cotidiano dos idosos fica evidente a fragilidade da lei, fruto do desconhecimento e da banalização da vida, entre outros fatores. A operacionalização desta política nas instituições pesquisadas se refletirá na qualidade de vida de seus assistidos, bem como na sua funcionalidade, pois conforme as políticas e estratégias empregadas estas serão ou não, capazes de amenizar e/ou prevenir problemas, embora não sejam os únicos fatores a interferirem na qualidade de vida. Entretanto, ao se constituírem em fatores controláveis, passíveis de mudanças, capazes de interferir diretamente na manutenção da autonomia e independência, merecem atenção especial.

Como profissional da área de saúde, tenho clara a importância de políticas baseadas na promoção da saúde e prevenção de problemas, que devem atingir a prática dos profissionais que cuidam do idoso.

A necessidade da capacitação de recursos humanos para assistência a essa população, tanto institucional, como domiciliar, é crescente. Trabalhar com o idoso exige uma série de quesitos que vão além do simples gostar de trabalhar com “gente velha”, frase ouvida usualmente nos corredores como principal justificativa. Esta primeira motivação necessita estar acompanhada de um entendimento biopsicosocial do processo de envelhecer, e somente assim as ações em saúde extrapolam condutas e rotinas de um cotidiano onde o indivíduo assistido deixa de ser passivo e assume seu papel como ator, seja na aquisição de hábitos saudáveis de vida, mudança de comportamento com relação a si mesmo, deixando de somente receber assistência, mas vendo-se como ativo, pegando para si a responsabilidade na busca de um envelhecimento o mais saudável possível.

Isso ocorrerá na medida em que a equipe de saúde estabelecer ações compatíveis com esta proposta. Essa proposta vai além do cumprimento de procedimentos e rotinas específicas de cada ação profissional, o que comumente observamos na assistência a essas

peças é um fazer técnico, desvinculado do olhar humano tão necessário em qualquer ação, principalmente na saúde onde o outro se encontra fragilizado e carente.

Esse tratamento, muitas vezes distante, com relação ao idoso é encontrado na sociedade em geral, a maioria das pessoas repudia a velhice como uma etapa da vida a qual não pertencesse a si. Esse fato está associado, entre outros, à maneira como as pessoas idosas são tratadas pela sociedade. De maneira geral a sociedade ignora o que não a abala, e isso não ocorre somente com os velhos, situação semelhante ocorre com os deficientes, com as crianças e com os jovens delinquentes entre outros. No caso dos velhos, nem a constatação de que a maioria da população chegará a esta fase, é capaz de mudar a maneira como a sociedade os trata.

Vários fatores influenciam essa incapacidade de se enxergar velho: perda de poder e capacidade de decisão, aposentadoria, recursos econômicos diminuídos, diminuição dos contatos e interação social, declínio da saúde física e mental.

Essa condição é expressa por Beauvoir,

diante da imagem que os velhos nos propõem de nosso futuro, permanecemos incrédulos; uma voz dentro de nós murmura absurdamente que aquilo não vai acontecer conosco; não será mais a nossa pessoa quando aquilo acontecer. Antes que se abata sobre nós, a velhice é uma coisa que só concerne aos outros. Assim, pode-se compreender que a sociedade consiga impedir-nos de ver nos velhos nossos semelhantes... Paremos de trapacear; o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos, se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha reconheçamo-nos neles. Isso é necessário, se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começar, não aceitaremos mais com indiferença a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo que nos diz respeito (BEAUVOIR, 1990, p.12).

Assim, tratar deste tema leva em primeiro lugar a vencer uma resistência própria e a ter que reformular os próprios conceitos sobre envelhecimento e velhice para assim, vislumbrar estratégias capazes de levar a um envelhecimento digno de um ser humano.

Novos fenômenos, como a longevidade, resultado de avanços nas áreas de tecnologia e saúde, se refletem em um envelhecimento mais saudável, assim são vinte ou trinta anos a mais que ganhamos, mas que precisam estar associados à mudanças de conceitos para que possamos aproveitá-los na íntegra.

Voltando à questão da longevidade, a expectativa de vida aumentada faz com que, tenha se alterado o perfil de um indivíduo de quarenta e cinquenta anos. Há algumas décadas atrás a imagem que tínhamos era de alguém se retirando do mercado de trabalho, reduzindo atividades, acompanhado de um corpo físico condizente com este processo. Atualmente, nos

surpreendemos, cada vez mais, com a capacidade física e mental, associada à vitalidade, observadas nesta faixa etária. É verdade que temos que observar o processo contextualizado que, ao nível de Brasil, possui diferenças marcantes. Entretanto, levando em conta a expectativa média de vida da região sul (setenta anos), é um tempo demasiado longo para ser desperdiçado, viver deprimido ou aguardar a morte.

Para as Políticas Públicas também representam um tempo em que as demandas, principalmente na saúde, são mais requisitadas e exigentes, necessitando um sistema eficaz, baseado em estratégias políticas desenvolvidas e voltadas para manutenção da saúde física e mental. Esse fato exige prever a inclusão social dos idosos na comunidade através de grupos, associações, trabalhos voluntários, enfim ações significativas para quem as pratica e capazes de preservar a auto-estima e vontade de viver.

Vários estudos apontam como razão da decadência humana, tanto física quanto mental, a sensação de não ser mais útil e de se perceber como um “fardo” para seus familiares. Assim, considero as políticas e ações que oportunizam a convivência em grupo e a inserção do indivíduo tão importantes quanto a prestação de consultas, distribuição de medicamentos e outros procedimentos tradicionais da atuação em saúde.

Esta mudança de política em saúde do curativo para o preventivo – embora se discuta bastante, ainda tem um longo caminho pela frente, principalmente pelo fato da prevenção ser menos dispendiosa. A conscientização acerca do viver saudável é ainda algo a ser conquistado através de pequenas decisões que tomamos no cotidiano. Não conceber o processo de doença como fatalidade requer para o indivíduo uma responsabilidade que anteriormente recaia somente sobre os profissionais atuantes na área da saúde. Assim mudam-se os paradigmas, sendo chamados à cena o cidadão como responsável pela adoção de estilos de vida mais saudáveis que irão se refletir em um envelhecimento com melhor qualidade.

O envelhecimento é uma construção que necessita ser acompanhada de projetos de renovação, de ações que preparem o jovem de hoje para que seu próprio envelhecer seja mais digno e saudável amanhã e para que a história seja reescrita com novos conceitos.

Nesse sentido, o estudo que ora apresentamos busca ampliar o conhecimento sobre o processo de envelhecimento humano analisando como estão sendo operacionalizadas as políticas de saúde para o idoso nas instituições pesquisadas, articulando-as com o nível de contribuição observado na manutenção da funcionalidade do idoso residente.

O aprofundamento da análise sobre os mecanismos da ordem institucional poderá identificar fatores de risco capazes de contribuir para a instalação do declínio funcional e, num segundo momento contribuir para viabilizar ações de saúde e ergonomia voltadas à

manutenção da capacidade funcional dos idosos institucionalizados. Nesse sentido o estudo aqui proposto buscou apontar a existência ou não de debilidades institucionais tornando visíveis as reais condições dos idosos residentes nas instituições pesquisadas dificultando, portanto as garantias legais do direito à saúde.

O reconhecimento da existência da Política Nacional do Idoso – PNI, traz a perspectiva da proposição, criação e desenvolvimento de ações, que possam concorrer para garantia de melhores condições de saúde e qualidade de vida dos indivíduos institucionalizados. Destaca-se a importância dos profissionais e parcerias estabelecidas com órgãos públicos e privados, principalmente de trabalhos de extensão ligados à universidade, capazes de contribuir para a oxigenação e estabelecimento de vínculo entre as gerações.

## 1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

O esforço para compreender e principalmente obter certo controle sobre o processo de envelhecimento teve início desde as civilizações antigas, variando os conceitos de envelhecimento e a aceitação da velhice conforme a cultura em que o indivíduo estava inserido. O fato é que estes estudos sempre tiveram como objetivo a “desaceleração” e a reversão do processo de envelhecimento. Assim surgem evoluções importantes na área da saúde, novas tecnologias, medicamentos,... e também são “vendidas” muitas fantasias “elixires da juventude” que nos fazem crer que temos controle sobre o envelhecer, reduzindo nossas ansiedades e medos.

Segundo Paschoal (2002), a longevidade do ser humano acarreta uma situação ambígua, experimentada por muitas pessoas: o desejo de viver mais e, ao mesmo tempo, o medo de viver em meio a incapacidade e à dependência. Embora este temor seja real, o avanço da idade aumenta a chance de ocorrência de doenças e de prejuízos à funcionalidade física, psíquica e social. Também se observa o oposto, indivíduos que preservam sua autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais.

O grande desafio que se propõe às sociedades é conseguir uma sobrevida cada vez maior, acompanhada de uma qualidade de vida cada vez melhor, para que esses anos a mais tenham significado.

O médico norte-americano Walter Bortz escreveu que: “nosso primeiro desafio é admitir nossa longevidade natural de 120 anos e redefinir seus segmentos. Segundo ele existem três segmentos na vida: a juventude, a meia-idade e a velhice”. Bortz coloca 40 anos e subdivide ao meio, gerando os seguintes segmentos etários:

|            |                        |                          |
|------------|------------------------|--------------------------|
| Juventude  | Tenra ( 0-20 anos)     | Madura ( 20 – 40 anos)   |
| Meia-idade | Tenra ( 40 – 60 anos)  | Madura ( 60 – 80 anos)   |
| Velhice    | Tenra ( 80 – 100 anos) | Madura ( 100 – 120 anos) |

De acordo com essa concepção nenhuma pessoa deveria morrer antes da “velhice madura”, com menos de 100 anos, a morte antes disso pode ser considerada como prematura (BORTZ, 1995 apud ODORIZZI, 1997).

A verdade é que as pessoas vivem a velhice de forma diversificada e particular, conforme a classe social, segmentos a que pertencem, mas nesta fase existe a tendência a reprodução e ampliação das desigualdades sociais. Nosso País está se deparando com esta questão.

O Brasil vem envelhecendo a uma velocidade espantosa, assim como outros países considerados subdesenvolvidos. Esse fato revela uma melhora em alguns aspectos relacionados a esse aumento da expectativa de vida, mas por outro lado revela uma preocupação com as demandas exigidas por quem envelhece. A população brasileira vem acelerando seu processo de envelhecimento, principalmente a partir da década de sessenta, fato relacionado à queda das taxas de fecundidade. Iniciamos então, uma alteração na estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional (CAMARANO, 2001). Conforme podemos observar na tabela abaixo:

| ANOS | POPULAÇÃO (em 1000 hab.) | POPULAÇÃO De 60 anos e mais | Participação no total da população (%) |
|------|--------------------------|-----------------------------|--|
| 1920 | 27.500 (1)               | 1.234.175                   | 4,0                                    |
| 1940 | 41.236 (1)               | 1.675.534                   | 4,1                                    |
| 1950 | 51.944                   | 2.205.341                   | 4,2                                    |
| 1960 | 70.119                   | 3.313.623                   | 4,7                                    |
| 1970 | 93.139                   | 4.716.208                   | 5,1                                    |
| 1980 | 119.099                  | 7.216.017                   | 6,1                                    |
| 1990 | 147.291 (2)              | 10.542.170                  | 7,1                                    |
| 2000 | 172.403 (2)              | 14.293.399                  | 8,3                                    |
| 2025 | 225.253 (2)              | 34.010.704                  | 15,1                                   |

**Fonte: Fundação IBGE. Censo Demográfico: Brasil. 1920-1980: Fundação Seade. Informe Demográfico 18: Neupert. R. (Camargo e Saad. 1990:13)**

**(1) Dado retificado pelo IBGE.**

**(2) População estimada.**

De acordo com a tabela acima, estima-se que a população de idosos no Brasil esteja além de 14 milhões de habitantes, ocupando destaque entre as 10 maiores populações de idosos do mundo. Somos, hoje, mais de 184 milhões de brasileiros e cerca de 9,5% desta população tem 60 anos ou mais (IBGE, 2005). Para o ano de 2025, está previsto que o Brasil ocupará o sexto lugar entre os países com o maior quantitativo de idosos (COSTA, 1996). Estudos apontam que a expectativa de vida se eleva cada vez mais, e as projeções demográficas para o ano de 2025 indicam uma população de 34 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando quase 15% da população total brasileira (IBGE, 2005).

Segundo Chaimowicz (1997), é importante ressaltar que não somente o fenômeno do envelhecimento populacional, mas também os diferentes estágios do processo em que se encontram algumas regiões do Brasil podem ser observados de maneira mais clara ao se analisar as pirâmides etárias. Assim o formato da pirâmide da região norte, em 1980, é similar

à do Brasil em 1940; base alargada e ápice estreito, que caracterizam uma população bastante jovem, com elevada taxa de fecundidade.

Essa idéia é reforçada por Camargo; Saad (1990) quando dizem:

Ainda que a esperança média de vida tenha se elevado, não melhoraram as condições objetivas de vida da maior parte da população, portanto, a dos idosos desfavorecidos. Além do mais, a expectativa de vida ao nascer é um dado genérico e, enquanto tal, esconde particularidades. Ela não é a mesma nos diferentes Estados brasileiros. A título de exemplo, em 1980 enquanto no Estado de São Paulo ela correspondia a 63,6 anos e no de Santa Catarina a 66,8 anos, os Estados de Paraíba, Rio Grande do Norte e Alagoas registravam, respectivamente, 44,4; 45,4 e 46,9 anos (CAMARGO; SAAD, 1990, p.9).

Essas desigualdades presentes no envelhecimento da população brasileira requerem propostas e estratégias diferenciadas na busca de soluções para os problemas dos idosos e suas exigentes demandas aos serviços públicos, principalmente relacionados à saúde e assistência. Estudos revelam como principais doenças que requisitam os serviços e as ações de saúde, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e distúrbios mentais.

É importante ressaltar que esta modificação do perfil de saúde da população, ainda em transição, se deslocando dos processos agudos que se resolviam rapidamente através da cura ou do óbito, para as doenças crônico-degenerativas, faz com que a utilização dos serviços de saúde estenda-se por décadas e a morbidade associada ao processo acaba interferindo na funcionalidade, traduzindo-se por diminuição da qualidade de vida dessas pessoas.

O crescimento demográfico de idosos vem sendo acompanhado de uma evidente tentativa do Estado brasileiro em diminuir suas responsabilidades através da defesa da reforma e privatização da previdência e ao incentivo, cada vez maior à medicina privada. Assim, temos uma agenda neoliberal que atinge as políticas sociais principalmente a previdência social e a saúde, setores chave na busca de um envelhecimento digno (SIQUEIRA et al. 2005).

Ao mesmo tempo, o Estado propõe medidas legais de assistência aos idosos, que ficam muitas vezes “engessadas” nas contradições presentes nas políticas sociais. Conforme Siqueira et al. (2005), essa discussão atinge a questão do preparo dos sistemas de saúde para acolher essa crescente demanda.

É verdade que o envelhecimento humano é um processo normal, inevitável, irreversível e não uma doença. Assim não deve ser tratado apenas com soluções médicas, nem visto somente através deste prisma, mas deve incluir intervenções sociais, econômicas e ambientais. Já que essa faixa etária exerce influência sobre o consumo, impostos, pensões, o mercado de trabalho, a saúde e assistência médica, a composição e organização da família (SIQUEIRA, et al. 2005, p.22).

Diversas dimensões e dificuldades permeiam o envelhecimento mas nada é mais digno e justo do que garantir ao idoso a sua integração na comunidade. Na tentativa de resposta a esses desafios as políticas públicas de atenção ao idoso tem-se firmado, na tentativa de garantir direitos e acatar ações reivindicatórias dos movimentos sociais. Podemos considerar como marco importante nessa trajetória, a Constituição Federal de 1988, que introduziu o conceito de Seguridade Social, fazendo com que essa nova concepção abrangesse uma conotação ampliada de cidadania, saindo de seu enfoque anterior, voltado ao assistencialismo. De acordo com Nogueira e Simionatto (2002),

a Constituição de 1988, com perfil bastante pragmático em diversos aspectos, propôs um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético – políticos fundamentais. Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação (NOGUEIRA; SIMIONATTO, 2002, p. 206).

A partir desse momento a legislação brasileira procurou se adequar à nova concepção. A criação da Política Nacional do Idoso (PNI) foi um marco importante na consolidação desses direitos.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo Geral**

Analisar a funcionalidade de idosos residentes em duas Instituições de Longa Permanência - ILPs – de Bagé/RS, Brasil, considerando as orientações de políticas públicas relativas às pessoas idosas institucionalizadas.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar as ILPs destacando aspectos influentes na funcionalidade dos residentes.
- b) Estabelecer o perfil do idoso institucionalizado com relação à capacidade funcional e auto-percepção de saúde.
- c) Identificar os fatores contributivos de forma positiva ou negativa para manutenção da capacidade funcional de idosos institucionalizados, considerando a relação destes fatores com as políticas públicas voltadas ao idoso residente na ILP.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Políticas direcionadas ao idoso

A Política Nacional do Idoso (PNI), estabelecida em 1994, percorreu um trajeto longo, desde a década de 1970, quando o Ministério do Trabalho e Previdência Social assinou a primeira medida normativa de assistência social aos idosos, restrita aos beneficiários do sistema previdenciário (Portaria nº 82, de 04/07/1974). Passaram-se 20 anos para que fosse sancionada a Lei nº 8.842 (04/01/1994), dispondo sobre a Política Nacional do Idoso. A qual foi regulamentada pelo Decreto 1.948 (03/07/1996).

Segundo Mendes et al (2005) as deficiências começam pela definição de “idoso” para fins de proteção. Há controvérsias na própria legislação dificultando sua prática. Assim, segundo a Constituição Federal, idoso é o indivíduo a partir de 65 anos, já para a Política Nacional do Idoso e Organização Mundial da Saúde (OMS) esse limite é de 60 anos. O Código Penal menciona a idade de setenta anos. A inexistência de um critério único com relação a idade gera dificuldades e dúvidas na aplicação da legislação.

O projeto de Lei 3.561/97, do Deputado Paulo Paim, criou o Estatuto do Idoso acrescentando novos dispositivos à Política Nacional do Idoso. Sendo embasado na concepção da necessidade de aglutinação, em norma legal abrangente, das normatizações sobre idosos no país e exigindo um redirecionamento de prioridades das linhas de ação das políticas públicas, tal documento sofreu várias modificações e adequações, resultantes de amplo debate com a sociedade e entidades ligadas à questão do idoso (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso foi sancionado em outubro/2003, e entrou em vigor a partir de 1º de Janeiro/2004, garantindo direitos e estipulando deveres para melhorar a vida de pessoas com mais de 60 anos. Este corrige e normatiza algumas deficiências detectadas na PNI, criminalizando ações de preconceito e discriminação e estabelecendo punições que variam conforme sua gravidade de 02 meses a 12 anos de prisão dependendo do crime. Dispõe também sobre os planos de saúde que a partir dessa data não podem promover reajuste por idade para clientes com mais de 60 anos. Outra garantia é a da distribuição gratuita de medicamentos para idosos. O Estatuto estabelece também mudanças nos benefícios da LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social), prevendo o direito a receber o benefício de um salário mínimo aos idosos com mais de 65 anos e sem condições financeiras (BRASIL, 1999).

O texto da PNI é considerado um dos mais avançados, garantindo em lei o asseguramento dos direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Essa lei foi resultado de ampla discussão nacional, em que a sociedade foi chamada a participar, especialmente: idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria e entidades representativas, tendo sido elaborado um documento que serviu de embasamento para o texto base da lei (BRASIL, 1999).

Consideráveis avanços foram conseguidos com a lei que instituiu a PNI, entretanto, essa cuida essencialmente da atuação do poder público na promoção das políticas sociais básicas de atendimento ao idoso. O Estatuto do Idoso consolida direitos, assegurados na Constituição Federal, sobretudo no que diz respeito ao idoso considerado em situação de risco social.

No cotidiano dos idosos os direitos assegurados pela lei não se concretizam, é triste a realidade vivenciada. Para que esta situação se modifique é preciso, em primeiro lugar, ter conhecimento da existência da lei, o que na maioria dos casos não ocorre. Assim, as questões ligadas à legislação precisam ser levadas aos locais de convivência dessas pessoas, estendidas a colégios, universidades para serem debatidas e reivindicadas em todos os espaços possíveis, pois somente através da mobilização permanente da sociedade conseguiremos uma nova concepção de envelhecer com cidadania, assegurada não só pela lei, mas pela prática.

Outro obstáculo apontado na implantação da PNI é a tendência centralizadora e segmentadora das políticas públicas no Brasil, gerando uma superposição desarticulada de programas e projetos voltados para um mesmo público. É necessária uma “conversa” entre os vários setores, na ação pública, pois os idosos muitas vezes fazem parte de projetos desarticulados de áreas divorciadas, por exemplo, projetos para o mesmo público, sendo desenvolvidos pelos órgãos de educação, de assistência social e de saúde.

A PNI tem como objetivo geral criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, tendo preocupação não somente com quem envelheceu, mas também atuando de maneira preventiva com ações direcionadas àqueles que vão envelhecer num futuro próximo.

Segundo Mendonça (2003), a PNI, vem sendo implementada em parceria com oito Ministérios e para tanto foi elaborado o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Ficando a cargo das entidades públicas, obrigações como: estimular a criação de locais de atendimento aos idosos, centros de convivência, casas-lares, oficinas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros; apoio à

criação da universidade aberta para a terceira idade e impedir a discriminação do idoso e estimular sua participação no mercado de trabalho.

O Governo Federal constrói as diretrizes, mas não operacionaliza os serviços, programas e projetos locais sendo importante destacar que esse Plano Integrado tem por objetivo promover ações setoriais integradas de forma a viabilizar a implementação da Política Nacional do Idoso.

O envelhecimento populacional revela desafios constantes, cabendo ao Estado e à sociedade garantir ao idoso a sua integração na comunidade. Esse obstáculo encerra níveis de complexidade que vão desde as questões econômicas e sociais: influência desta população crescente no consumo de produtos direcionados à esta faixa etária, transferência de capital e propriedades, impostos, pensões, mercado de trabalho, entre outros. Esta faixa etária demonstra as maiores fragilidades com relação a assistência à saúde e os maiores gastos, principalmente quando políticas de prevenção não são implantadas. Há também a relação com a dinâmica familiar que precisa se adaptar ao convívio com pessoas idosas, o que pode ser muito enriquecedor para ambas as gerações ou um completo desastre, quando ocorrem choques, em que um quer impor a realidade vivenciada e elaborada, através da sua lente para o outro.

O processo de envelhecimento se constitui em um processo normal, inevitável, irreversível e não uma doença. Assim não pode ser encarado somente com soluções médicas, mas também por intervenções sócio-econômicas e políticas que garantam bem-estar e qualidade de vida. E por último, mas sem terem sido esgotados os fatores relacionados as dificuldades na implantação da PNI está o fato de que não foram destinados recursos para sua execução, contribuindo para sua pouca aplicabilidade (JURILZA, 2003).

## **2.2 Novos conceitos em saúde e Gerontologia**

A Gerontologia estuda o envelhecimento como processo em seus aspectos biopsicossociais, de forma a tentar manter um bom nível de vida e de funcionamento. Não só retardando o declínio físico ou prolongando a vida, mas levando-a a ser mais significativa, com qualidade e novas expectativas (VIEIRA, 2004 apud TIER, 2006) ou seja, sendo responsável pelo atendimento global, multidimensional do idoso. Concomitante à transição demográfica, as pesquisas e a assistência à saúde da pessoa idosa vêm lentamente mudando e ampliando seu enfoque, do tratamento específico de problemas e doenças comuns a esta faixa etária, papel da geriatria, enquanto especialidade médica para o entendimento do processo de

envelhecer humano. Surge uma especialidade mais abrangente, a gerontologia como ramo da ciência do envelhecimento que transcende ao tratamento das doenças, visto que seu contexto é bem maior e a saúde passa a ser associada a aspectos biopsicosociais, incluindo o nível de independência funcional, autonomia e não somente pela presença de determinada doença e seu tratamento ou prevenção.

Segundo Paschoal (2002), estão ocorrendo mudanças na avaliação em saúde, tradicionalmente baseada no diagnóstico e tratamento e em indicadores como: morbidade e mortalidade, a tendência é a incorporação de variáveis subjetivas relativas às percepções dos pacientes em relação ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida.

Nesse sentido, Freitas et al. (2002), entendem que a gerontologia, preocupada em compreender o processo de envelhecimento de todas as coisas vivas e dos múltiplos problemas que envolvem a pessoa idosa, nos possibilita uma visão global do envelhecimento, particularizada no indivíduo. Considera dois enfoques: biológico e psicosocial e diante disso percebe-se que somente a geriatria não conseguia atender os problemas dos idosos. Assim baseado na necessidade dessa visão global verifica-se um interesse crescente pela gerontologia. O reconhecimento dessa multiplicidade de fatores e o estudo a respeito do idoso levarão a um cuidar efetivo e eficiente dos profissionais, tendo como base a compreensão do processo de envelhecimento.

Para que isso aconteça na prática é necessário qualificar profissionais que sejam capazes de analisando a parte não percam a noção do todo, e analisando o todo retornem à parte, ou seja geriatria e gerontologia integrados, pois uma não exclui a outra, pelo contrário, são complementares e necessárias ao entendimento do processo de envelhecer.

Existe um déficit de demanda de profissionais atuantes nesta área e nesse sentido faz parte da PNI, a Lei nº 8.842/1994, que dá competência ao Ministério da Previdência e Assistência Social para organizar e promover a capacitação de profissionais interessados em atuar na assistência ao idoso.

O investimento em novas tecnologias, formação e qualificação de recursos profissionais, treinamento de cuidadores domiciliares, com o objetivo de envolver e obter a cooperação das famílias na continuidade dos cuidados faz parte do processo que busca a melhoria da funcionalidade e qualidade de vida das pessoas idosas.

### 2.3 Novas palavras para definir quem envelhece

Qualquer mudança, que porventura se pretenda, se inicia pelo significado das palavras utilizadas para conceituar quem envelhece. Embora no Brasil, não exista a preocupação de fundamentações teóricas para designar esta faixa etária, os termos são utilizados sem maiores considerações, mesmo assim, houve mudanças nas palavras que trazem novos significados, ao envelhecer do homem, levando as reformulações de conceitos. Assim surgem termos como: “terceira idade”, “nova juventude”, “melhor idade”, “aposentadoria ativa”, entre outros, que tentam através do vocabulário novo, mudar antigas concepções e substituir termos depreciativos. Essa contribuição através das palavras que encerram novos significados, é fundamental na construção de mudanças, para acelerar e direcionar processos, reclassificando positivamente e favorecendo a gestão do envelhecimento humano.

A partir de 1960, os termos “velho”, “velhote” e outros que guardam sentido pejorativo são substituídos pelo termo idoso, o que se reflete também em documentos oficiais de estudo sobre a velhice.

O mercado, prevendo lucros com esta categoria, também é responsável pela mudança de termos e comportamentos com relação à velhice. Estimulando o consumo de bens e serviços próprios à esta faixa etária e uma concepção ativa e capaz de adquirir produtos e se beneficiar de serviços. Cabe ressaltar que fazem parte desta parcela os idosos em boa situação financeira, os excluídos ou de baixo poder aquisitivo continuam à parte e não participam, portanto não usufruem desses benefícios.

Beauvoir sintetiza esta idéia ao declarar que:

a sociedade de consumo substitui a consciência infeliz por uma consciência feliz e reprova qualquer sentimento de culpa. É preciso perturbar sua tranqüilidade. Com relação às pessoas idosas, essa sociedade não é apenas culpada, mas criminosa, trata os velhos como parias (1990, p.08).

A mudança de termos, gera mudança de conceitos que, decorrentes do mercado, da própria consciência de chegarmos a esta fase, da educação, ou de outros fatores associados, prevê possibilidades diferentes de envelhecer, fazendo com que o indivíduo possa se espelhar e planejar a sua própria maneira de chegar e continuar nesta etapa da vida, mais positiva, com projetos renovados com o passar do tempo.

Ainda com referência aos termos, um dos mais usados e aceitos sem preconceitos, parece ser: terceira idade, tendo surgido inicialmente para designar os jovens aposentados e a expressão de uma velhice ativa e independente.

Conforme Peixoto (1998, p.76):

a velhice muda de natureza: “integração” e “autogestão” constituem as palavras-chave desta nova definição. Assim, a criação de uma gama de equipamentos e de serviços declara a sociabilidade como o objetivo principal de representação social da velhice de hoje...nova fase do ciclo de vida entre a aposentadoria e a velhice – é simplesmente produto da universalização dos sistemas de aposentadoria e do conseqüente surgimento de instituições e agentes especializados no tratamento da velhice.

Situando-se cronologicamente a terceira idade, tendo como marco principal a aposentadoria, seria o período a partir dos 65 anos, para a maioria da população. Outra categorização surge com a longevidade crescente. No Brasil, ainda pouco utilizada, para diferenciar os jovens idosos dos idosos velhos, surge na nomenclatura francesa o termo “quarta idade”, referindo-se às pessoas com mais de 75 anos.

Qualquer questão sobre o velho no Brasil, deve fundamentalmente envolver para que seja confiável, a contextualização, que por sua vez inclui fatores individuais, grupais e socioculturais, pois o fenômeno do envelhecimento tem múltiplos significados. O novo vocabulário que designa quem envelhece mais respeitosamente é o início de uma mudança de conceitos e comportamentos, mas precisa vir acompanhado de uma série de transformações para que ao final tenhamos a socialização real desta categoria.

## **2.4 Papéis desempenhados**

Tão importante quanto as palavras é a concretização dos significados através dos papéis sociais desempenhados. Talvez nos surpreendamos com as avós “modernas”, elas diferem do perfil das “nossas avós”, embora este grupo, seja rico em variedades, constata-se uma tendência das avós tornarem-se mais ativas, muitas vezes responsáveis por tarefas domésticas, cuidados dos netos e auxiliares ou responsáveis pelo sustento da casa, fugindo ao padrão anterior de uma senhora, com movimentos lentos, com cabelo preso em um coque, sentada em uma cadeira de balanço, fazendo a vontade dos netos, ou simplesmente esperando o tempo passar. Sinal dos tempos, isso garante à mulher a continuidade da inserção no mundo doméstico e familiar.

E o homem que envelhece? Qual seu papel? Acredito ser bem mais complicado, mais difícil sua inserção familiar, principalmente após a aposentadoria se não foram cultivados projetos para esta nova etapa. A geração que “está velha” hoje viveu sua juventude e formação de valores em uma sociedade mais conservadora, em que as manifestações e demonstrações de carinho eram papel reservado à mulher, o cuidado e educação dos filhos, os tempos mudaram. Hoje os homens fazem parte do mundo doméstico em maior escala que anteriormente, permitindo-se manifestações de carinho e atenção para com seus filhos e também auxiliando nas tarefas domésticas. Entretanto, até vermos este reflexo no envelhecimento dos avôs, até observarmos esta mudança de comportamento, terá de decorrer um maior período intergeracional.

Também observamos um novo fenômeno decorrente principalmente do desemprego, da dificuldade de colocação no mercado dos jovens, e da pobreza, a situação do idoso trabalhador e provedor de recursos. Esse fenômeno é comprovado no trabalho de Coutim onde a autora cita:

[...] os idosos trabalhadores ocupam papel econômico central na vida das famílias em que os mais jovens estão desempregados ou subempregados, e, assumindo o papel de provedores do domicílio, os idosos mantêm o poder de negociação com as demais gerações com que convivem (2006, p.42).

Se por um lado a escassez de recursos materiais faz com que se prolongue a carga de trabalho decorrente da pobreza levando à necessidade da coabitação com familiares, essas estratégias possuem como efeito estabelecer maiores trocas intergeracionais. Mesclam-se efeitos positivos e negativos onde o conflito devido à intensa convivência entre várias gerações certamente estará presente. Por outro lado existe a solidariedade e o amparo mútuo entre os familiares.

A capacidade de trabalho, que inclui a expansão da funcionalidade, é motivo de orgulho e preservação do espaço do idoso na família, segundo Rodrigues,

esta paixão que mobiliza o homem para o exercício do ato de trabalhar sem considerar o que este esforço significa para suas vida mostra que, estar trabalhando, remete o homem a um estado que o coloca numa superioridade de existência, ou seja um poder existir (1998, p. 51).

Observa-se que o significado do envelhecimento está intimamente ligado ao contexto social e que a representação que se faz dele é cultural, onde cada sociedade, de acordo com sua época atribui valores e interesses diferentes ao idoso e ao processo de envelhecimento.

Já para o idoso institucionalizado o desafio é maior, não inserido em seu meio familiar, o primeiro obstáculo a vencer é o estabelecimento de vínculos significativos na instituição e encontrar motivos para continuar vivendo com qualidade de vida. No Brasil, conforme Parahyba, Veras e Melzer (2005), a taxa de idosos institucionalizados é baixa, chegando a menos de 1% diferentemente de outros países, onde esta percentagem é bem mais elevada. Dados revelam que hoje existem em torno de 19 mil idosos atendidos em ILPs (ROLIM, 2002 apud TIER, 2006), porém este número pode ser bem maior se considerarmos a existência das ILPs clandestinas, que não constam nas estatísticas oficiais a maioria funcionando sem as mínimas condições previstas pela ANVISA.

É bastante provável que esta realidade brasileira mude, na medida em que o aumento significativo da população idosa do país requeira locais adequados e na medida em que a família se vê cada vez mais envolvida com a rotina de trabalho e de casa. Segundo Coutim (2006), a permanência do idoso com os familiares está, geralmente na relação direta da sua funcionalidade, auxílio nas tarefas domésticas, nas despesas da casa e autonomia e o declínio destas capacidades está relacionado com a dificuldade de manter o idoso inserido no ambiente familiar .

Segundo Guccione (2002), estudos americanos revelam uma diferença significativa entre idosos residentes na comunidade e institucionalizados, com relação à funcionalidade. Enquanto mais de 90% dos idosos institucionalizados precisam de auxílio para tomar banho, somente 6 % dos residentes na comunidade precisam de ajuda para essa atividade.

Temos citado freqüentemente o termo qualidade de vida e assim se faz necessário defini-lo. Este termo apresenta múltiplas dimensões como a física, a psicológica e social, cada uma comportando vários aspectos. Entre eles fazem parte a saúde percebida e a capacidade funcional sendo pontos importantes, assim como o bem-estar subjetivo, indicado por satisfação.

Conforme Paschoal (Apud FREITAS et al., 2002) o conceito de qualidade de vida sofreu uma evolução sendo incorporado a política social, como indicador de resultados, a ampliação do conceito para além do crescimento econômico, englobou o desenvolvimento social expresso em boas condições de saúde, educação, moradia, transporte, trabalho, lazer e crescimento individual.

A evolução do conceito atingiu as ações em geriatria e gerontologia onde se tem associado a avaliação da qualidade de vida do idoso à funcionalidade como parâmetro de saúde e a maioria das avaliações baseia-se em diagnósticos funcionais interdisciplinares, sendo denominada “Avaliação Geriátrica Global” (AGG) ou “Avaliação Geriátrica Ampla”

(AGA) pode-se encontrar as duas nomenclaturas – o que segundo Freitas et al, (2002, p.612) consiste em:

[...] um processo diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinar, para determinar as deficiências ou habilidades dos pontos de vista médico, psicossocial e funcional. Difere de um atendimento médico habitual por se concentrar nos idosos frágeis, portadores de múltiplas morbidades, usar freqüentemente equipe interdisciplinar, dar ênfase ao estado funcional e à qualidade de vida. Além disso, é freqüente o uso de escalas de avaliação, o que facilita a comunicação entre os membros da equipe e a comparação evolutiva.

Conforme Neri (2007) no Brasil, o interesse pela qualidade de vida na velhice é ainda incipiente e fragmentado, alguns fatores contribuem para isso, entre eles a emergência da velhice como fenômeno social é recente e também pelo forte quadro de desigualdade social e carências no qual os idosos não chegam a constituir demandas capazes de mobilizar a sociedade em favor do atendimento de suas necessidades.

## **2.5 Avaliação Funcional**

A avaliação do estado funcional, pode ser definida como o nível com o qual a pessoa desempenha funções e atividades da vida diária, sendo utilizados procedimentos que precisam ser bem entendidos e adaptados à realidade vivenciada. Existem vários instrumentos para analisar tal fato, principalmente em nível internacional.

Na revisão dos principais instrumentos utilizados para avaliação funcional do idoso, realizado por Paixão (2005), verificou-se que dos trinta métodos selecionados apenas dois, o Medical Outcomes study SF-36 e o Health Assessment Questionnaire, possuíam adaptação para o português. Embora outros instrumentos estejam sendo usados sem adaptação formal prévia, sendo esta uma deficiência encontrada no Brasil, esses instrumentos na maioria são incompletos e pouco sistematizados, decorrendo daí a sua pouca utilização e necessitando de critérios mais claros para que sejam confiáveis.

Conforme Paixão (2005) a incapacidade funcional é definida como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade. Vem sendo abordada mais como um indicador da conseqüência de um processo de doença do que uma medida de incapacidade ou de morbidade específica. Assim é um parâmetro que vem sendo cada vez mais utilizado para avaliar o estado de saúde dos idosos, porque a maioria convive com várias doenças, variando em severidade e deixando seqüelas na capacidade funcional.

Geralmente as avaliações do estado funcional são instrumentos de medida simples e baratos baseados em questionários e testes rápidos de desempenho observável, que podem ter um valor considerável ao predizer a incidência de morbidade e mortalidade em hospitais e instituições que abrigam idosos.

Os métodos de avaliação funcional devem ser os mais abrangentes possíveis, especialmente no tratamento de idosos que são frágeis ou apresentam vários problemas de saúde. A fragilidade é um constructo que tem atualmente merecido esforços em sua conceituação, apesar de ser amplamente utilizado. Embora ainda foco de controvérsias, em linhas gerais, os idosos frágeis são os indivíduos portadores de múltiplas condições crônicas, cujos problemas de saúde poderão levar a limitações funcionais e, freqüentemente, ao desenvolvimento de quadro de dependência funcional. Considerando-se a própria idade como fator de risco para esses eventos, sabe-se que, entre os idosos com idade mais avançada (80 anos e mais), estão os que já são imediatamente caracterizados como frágeis.

Cabe à equipe de saúde devido à sua função na reabilitação do movimento, especialmente ao fisioterapeuta, identificar as necessidades do indivíduo idoso, propor adaptações ambientais e serviços disponibilizados, bem como auxílios domiciliares de saúde, tentando mantê-lo o maior tempo possível na comunidade. Mas como se avalia a funcionalidade? Primeiramente dividimos as atividades em graus de exigência crescentes, facilitando a avaliação. A mobilidade constitui-se num dos itens principais de avaliação, a deambulação em superfícies planas dentro de casa, subir escadas, caminhar em terrenos irregulares e andar por curtas e longas distâncias.

## **2.6 Definição de AVD – AIVD e AAVD**

Segundo Guccione (2002) as Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs) correspondem à maior dependência e aos níveis mais graves de incapacidades das aptidões físicas, encontrados em sua maior parte em indivíduos frágeis ou institucionalizados. As AVDs avaliam funções de sobrevivência, como: se alimentar, banhar-se, higiene pessoal, vestir-se, transferir-se de um local para o outro, entre outras atividades consideradas básicas.

As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) abarcam um nível maior de complexidade, necessária a indivíduos menos dependentes, são indicadores de funções sociais que ampliam a independência incluem: gerir o orçamento doméstico, utilizar o telefone, sair só, fazer comprar, entre outras.

As Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD) incluem atividades voluntárias sociais, ocupacionais e de recreação. Dificuldades ou desinteresse nessa esfera, podem não ter um efeito direto sobre a funcionalidade atual, mas a longo prazo indicam perdas importantes, relacionadas à auto-motivação e manutenção da vontade de viver. A última subdivisão se refere à medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde, incluindo itens ligados a aspectos sociais e interpretativos da saúde do indivíduo. Sabemos que a capacidade de funcionar de modo independente declina com a idade e que este declínio é influenciado por um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A funcionalidade conforme Frontera (2001), não é um fenômeno estático no idoso. Sendo importante enfatizar que cada um desses conjuntos de informações mostra taxas diferentes de incidência e prevalência de limitações funcionais e de incapacidade no idoso, levando-se a concluir que transições no estado funcional são mais a regra do que a exceção.

## **2.7 Exercício físico e Fisioterapia aplicados à pessoa idosa**

Diminuir o risco da dependência, sendo uma das principais estratégias a prática regular de atividade física e a participação em programas sócio-recreativos auxiliam no envelhecimento saudável.

As sensações experimentadas com a prática regular de exercícios vão muito além dos benefícios ao sistema musculoesquelético, postura e equilíbrio, atingem também aspectos psicológicos como a melhora da auto-estima, sensação de bem estar, capacidade e motivação para tarefas que anteriormente eram consideradas cansativas. Frequentemente esta melhora no equilíbrio fisiológico do organismo, se manifesta também na redução ou até suspensão de alguns medicamentos.

Mais uma vez ressalta-se a importância de se ter pessoas capacitadas para o planejamento criativo das atividades físicas, envolvendo e motivando essas pessoas. O ideal é que estas pessoas passem por uma avaliação prévia, em que sejam detectados os principais problemas e doenças para assim, se estabelecer um plano de ação e estratégias que dêem conta: da parte motivacional e da parte física que necessita ser trabalhada, com o mínimo de riscos possíveis.

Para isso as atividades precisam ser pensadas em função das capacidades, das características e das peculiaridades de cada organismo. A assiduidade e disciplina do idoso em relação à atividade também são muito importantes, pois desta forma, permite observar uma evolução no quadro geral.

A fisioterapia aplicada à gerontologia possui uma grande abrangência, indo desde ações preventivas onde incluímos a preservação da função motora, adiamento da instalação de incapacidades decorrentes do sedentarismo, preservação da funcionalidade.

A promoção da saúde na área da gerontologia representa um desafio emocionante para toda a equipe, e principalmente para o fisioterapeuta, pois é ele que acompanhará de perto esta evolução e o máximo da potencialidade possível em cada caso. É gratificante acompanhar a recuperação de um ato funcional, por mais simples que seja: comer com a própria mão, voltar a caminhar, enfim, poder devolver a funcionalidade perdida e saber que sem a presença do fisioterapeuta, isso seria difícil, é algo que revela uma sensação de poder e ao mesmo tempo de responsabilidade.

A identificação das necessidades de cada comunidade, em relação à manutenção da saúde e no desenvolvimento de estratégias destinadas a sua promoção deve ser uma busca constante de todos - comunidade e poder público - participando ativamente da reivindicação e cobrança do que está disposto em lei com relação à proteção dos idosos.

As políticas públicas precisam estar voltadas para as áreas de saúde e controle de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), capacidade funcional e engajamento. Embora a legislação direcionada ao idoso apresente deficiências, sendo abordadas em parte nesse trabalho, se o que estivesse escrito fosse aplicado na realidade, estaríamos satisfeitos. Entretanto o distanciamento entre a lei e a realidade dos idosos brasileiros é enorme, para que, essa situação se modifique é necessária uma mobilização permanente, em todos os espaços sociais, somente assim será possível um “novo olhar” sobre o processo de envelhecimento dos cidadãos brasileiros.

Derntl (2002) ressalta que não podemos ver isso como catástrofe, a longevidade é uma conquista da sociedade, do bem estar da população. O que vai ser necessário é que o país se organize para ter equipamentos sociais e políticos para receber esse contingente enorme de pessoas.

A questão da saúde requer investimentos na prevenção de problemas ou seja, ter conhecimento e dar recursos para que os idosos possam viver bem depois que atingirem a velhice.

Estudos conduzidos por Stuck et al (2005) nos Estados Unidos, mostraram como causas de futuras limitações a intensa associação com tabagismo, sedentarismo e baixos níveis de atividade física, aumento e diminuição dos índices de massa corporal, baixa frequência de contatos sociais e depressão. Informações confiáveis sobre a ocorrência de

doenças são úteis para a compreensão do desenvolvimento de incapacidade funcional que afeta o cotidiano dessas pessoas.

A dificuldade de rastreamento e pesquisa baseada em sinais e sintomas e sua correlação com exames que diagnostiquem determinadas patologias levam a um inventário somente de doenças auto-declaradas, o que é de confiabilidade duvidosa, quando se associa a capacidade de expressão e dificuldades de acesso ao sistema de saúde (SHIGUEMOTO, 2007).

Ao analisarmos as diferenças socioeconômicas em relação às dificuldades funcionais é necessário fazermos a associação com a arquitetura interna do ambiente. O planejamento funcional ambiental facilita a manutenção da independência. Muitas vezes medidas simples como colocação de barras em sanitários, elevação do assento do vaso sanitário, substituição de escadas por rampas, entre outros exemplos, são capazes de preservar por mais tempo a autonomia dos idosos com repercussões em sua saúde física e mental.

Extrapolando a questão da arquitetura para ambientes públicos, também os projetos devem levar em consideração a facilitação de deslocamento seguro dessas pessoas nas ruas e calçadas, através da implantação de rampas, rebaixamento de calçadas, melhorias no calçamento. Deve-se pensar ainda na adoção de medidas que facilitem o acesso ao transporte público, ou seja, é necessária uma consciência social, concretizada através de medidas de planejamento que facilitem a participação dos idosos na vida em comunidade.

Estudos realizados em pacientes hospitalizados, ambulatoriais e em reabilitação, concluíram que a avaliação funcional pode detectar deficiências importantes no desempenho funcional que podem se ocultar durante os exames clínicos convencionais. Durante a internação, a avaliação funcional fornece dados que são importantes no prognóstico e proporcionam uma linguagem comum, entre os profissionais da saúde, além de facilitar a pesquisa epidemiológica (PAIXÃO, 2005).

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1. Tipo de Pesquisa

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa quali-quantitativa do tipo estudo de caso tendo sido utilizado a funcionalidade como parâmetro indicador de saúde, associada com doenças crônicas existentes e a auto-percepção do idoso sobre sua própria saúde. A partir desses dados faz-se a análise da política de saúde, aproximações e afastamentos do modelo previsto na legislação, além da caracterização institucional em seus aspectos físicos.

Justifica-se o aspecto qualitativo por entendermos que o tema envolve um universo de significados, motivos, valores e comportamentos, apreendendo a totalidade dos fenômenos sócio-econômicos, políticos e ideológicos que envolvem e determinam este âmbito. Abarcam um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994). Os aspectos quantitativos se referem à análise das escalas de atividades funcionais e descrição do perfil dos entrevistados.

A pesquisa foi realizada em Instituições de Longa Permanência (ILPs) que abrigam idosos no município de Bagé/RS, em número de duas e denominadas: “Fundação Geriátrica José e Auta Gomes” – FGJAG e “Sociedade São Vicente de Paula – Vila Vicentina” – VV. Ambas são instituições particulares destinadas a fins filantrópicos.

#### 3.2 Sujeitos da Pesquisa

Foram sujeitos deste estudo 40 idosos, sendo 27 do sexo feminino e 13 do sexo masculino. Este número total foi assim distribuído por instituição pesquisada:

a) na FGJAG instituição mista, que abriga ambos os sexos, fizeram parte do estudo 13 homens e 07 mulheres;

b) na VV instituição que abriga somente mulheres a amostra foi de 20 idosas.

Os pesquisados atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Possuir idade mínima de 60 anos.
- Aceitar através do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE) fazer parte do estudo.

- Possuir condições mentais de interagir com a pesquisadora, de responder os instrumentos de coleta de dados.

- Não ser totalmente dependente e, nas AVDs, possuir algum nível de funcionalidade.

A relação entre a proporção de homens e mulheres entrevistados na instituição FGJAG não foi intencional e resultou do preenchimento dos critérios adotados no estudo, não tendo sido o número de 13 homens e 07 mulheres entrevistados definido previamente. Igualmente o número de 20 entrevistados em cada instituição não foi um critério pré-estabelecido, mas resultante do fato de somente 20 idosos, na instituição FGJAG, preencherem os critérios estabelecidos. Destaca-se o grande número de residentes portadores de transtornos mentais. Cinco mulheres moradoras da VV e 3 residentes na FGJAG não aceitaram fazer parte da pesquisa. Essas foram algumas limitações do estudo.

### **3.3 Aspectos Éticos**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, seguindo as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) que diz respeito à pesquisa com seres humanos. Vale salientar que o projeto anteriormente referido tem título diferente desta dissertação, que é: “Políticas de saúde do idoso – Implementação em Instituições de Longa Permanência – ILP- sob a perspectiva da funcionalidade como parâmetro de saúde”. A aplicação dos instrumentos de coleta dos dados foi efetivada após o consentimento dos diretores das ILPs. Após a explanação dos objetivos e com o aceite voluntário dos idosos em participar da pesquisa, os idosos que tinham condições assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e os que não tinham condições a assinatura foi feita pelo responsável legal dos idosos (APÊNDICE A). Tendo sido assegurado o anonimato e autonomia dos idosos participantes, entre outras questões.

### **3.4 Instrumentos e Técnicas de Coleta de Dados**

Após a primeira etapa, ou seja pesquisa bibliográfica preliminar sobre o tema, cujo objetivo foi coletar as contribuições teóricas já existentes, foi possível construir os instrumentos de coleta de informações.

A pesquisa documental foi utilizada no resgate da Política Nacional do Idoso (PNI), especialmente no capítulo relacionado à saúde, para posterior análise da implementação das Políticas de saúde direcionadas ao idoso, nas ILPs pesquisadas.

A segunda etapa da coleta compreendeu a elaboração de um formulário de avaliação e identificação do idoso, contendo elementos relativos a questões sociais e seguindo, a aplicação de instrumentos de avaliação da funcionalidade. Com base na literatura sobre a área, foram selecionados dois instrumentos para a avaliação das AVDs e AIVDs em idosos que têm sido referência em diversos estudos atuais, são eles:

- The index of independence in Activities of Daily living (IADL), autor: Katz et al (1970), tendo sido traduzido para o português. Este instrumento foi modificado pela autora da pesquisa, tendo sido acrescentados os itens 7 e 8 referentes respectivamente à: deambulação no domicílio e caminhar até 100 metros. O acréscimo desses itens foram feitos na tentativa de abarcar a avaliação da capacidade de deslocamento através da marcha humana, que no documento original não é contemplado e considerado essencial na análise da independência humana. O escore de classificação também foi modificado, tendo sido elaborado e adequado ao trabalho pela autora do estudo. Tendo sido atribuídos sinais + (positivo) ou - (negativo), conforme o nível de independência é maior (+) ou menor (-) para uma mesma categoria. (ANEXO B – Escala de AVD)

- The Physical Self-Maintenance Scale (FSMS) Lawton & Brody - A Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton foi aplicada sem modificações na ILP VV e na outra instituição FGJAG sofreu modificações, decorrentes do modelo de funcionamento diferenciado. Assim foram abolidas as questões 4-5-6-7, relacionadas respectivamente a capacidade de: preparar as próprias refeições; arrumar a casa; conseguir fazer pequenos reparos; lavar e passar roupa. Essas questões foram excluídas por não fazerem parte da rotina dos residentes.

Na ILP VV a escala foi mantida na íntegra já que é responsabilidade das moradoras nas casas-lares a providência desses serviços que podem ser feitos por elas mesmas, auxiliado por familiares e/ou amigos ou contratados da comunidade (ANEXO C- Escala de Lawton - AIVD).

Seguiu-se a elaboração de um guia de entrevista, elaborado para coletar a percepção e consciência dos idosos a respeito de questões relativas à: doenças crônicas existentes, auto-percepção da saúde, cuidados adotados, utilização do tempo livre, convívio em grupo e sugestões de atividades que gostaria de serem oportunizadas (APÊNDICE B - Entrevista com idosos).

Na apresentação, visando manter oculta a identidade dos respondentes, foi utilizada a letra **S**, que representa a palavra **Saúde**, com números, para identificar suas respostas na

apresentação e análise final dos dados obtidos na ILP VV. já na FGJAG foi utilizada a letra **M**, representando a palavra **Mista**, acompanhada de números.

- **Ficha de observação** – onde foi observada a estrutura arquitetônica/ambiental da instituição, com relação à existência de estruturas capazes de facilitar e auxiliar na manutenção da funcionalidade, bem como a existência de barreiras arquitetônicas que possam dificultar o acesso e a funcionalidade do idoso. (APÊNDICE C – Ficha de observação institucional)

Na coleta de informações sobre as instituições buscou-se responder questões relacionadas a: configuração estrutural das organizações que abrigam idosos em Bagé, sua missão, políticas e estratégias seguidas e o quanto estas se aproximam ou se afastam das políticas existentes para o idoso, especialmente na área da saúde.

Também foram caracterizadas as variáveis de contexto institucionais. Tratam-se de variáveis que correspondem a organização político – administrativa, convênios com entidades públicas ou privadas, a forma de manutenção da instituição, programas e atividades oportunizados aos idosos. Os dados foram organizados e agrupados de acordo com o grupo de objetivos do estudo.

### **3.5 Análise e Interpretação dos Dados**

Para a análise dos dados do segundo instrumento – Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) - foi realizado o somatório das respostas “Sim” ou “Não”, observando-se o resultado correspondente na tabela de classificação da funcionalidade, atribuindo-se assim graus de independência e dependência, associados à sinais ( + ), revelando sinal menor de dependência ou ( - ) negativo sinal de maior dependência.

A análise do terceiro instrumento de avaliação da funcionalidade – Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton – foi feito através da soma dos valores correspondentes às respostas, onde 3 corresponde à independência para aquela atividade , 2 realização da atividade com ajuda parcial, e 1 não conseguir realizar a atividade. Na ILP VV permaneceram as 9 questões originais do documento, na FGJAG foram excluídas as questões (4,5,6,7) por não fazerem parte do cotidiano dos moradores.

Através desta análise foi possível estabelecer os principais diagnósticos e graus de incapacidade e propor ações mais específicas e direcionadas à prevenção e/ou minimização dos problemas encontrados.

Para análise do ambiente foi utilizada a técnica de observação, onde através de anotações realizadas pela pesquisadora verificou-se a existência ou não de adaptações ambientais capazes de auxiliar na manutenção da funcionalidade.

Para análise da entrevista estruturada, realizada com os idosos que incluíram as percepções coletadas à respeito de saúde, convívio social, utilização do tempo livre, atividades realizadas em grupo, religiosidade, desejos, utilizou-se a categorização aproximação por temas ou categorias similares. As respostas foram classificadas e ordenadas segundo suas semelhanças em categorias que representam classes que reunidas sob um mesmo título apresentam elementos comuns capazes de estabelecer uma mensagem.

A interpretação geral dos dados se deu a partir do estudo das ILPs das formas diferenciadas de funcionamento institucional, descrição e análise dos residentes, traçando-se um perfil do institucionalizado, em alguns pontos cabendo a comparação dos casos e contextualização de sua ocorrência, recorrendo ao auxílio da contribuição de autores da gerontologia, fisioterapia e análise-relação das políticas direcionadas à saúde dos idosos.

## 4 APRESENTAÇÃO DOS CASOS

### 4.1 Caso 1 – Fundação Geriátrica José e Auta Gomes – FGJAG

A Fundação Geriátrica José e Auta Gomes da Santa Casa de Caridade de Bagé é uma instituição particular filantrópica, ligada à Santa Casa de Caridade de Bagé, declarada de utilidade pública pela Lei Municipal em 1995, pela Lei Estadual em 1997 e Lei Federal em 1995. A instituição é de caráter misto, aceitando o ingresso de homens e mulheres idosos, sendo a idade mínima estabelecida para ingresso na instituição cinquenta e cinco anos. O espaço físico é semelhante às antigas enfermarias hospitalares, onde as salas são ocupadas por camas sendo oito em cada espaço. As alas e os banheiros são divididos em feminina e masculina e os residentes recebem refeições, servidas no refeitório. Contam com serviços de lavanderia e higiene dos ambientes e auxílio para Atividades de Vida Diária – AVD, conforme o grau de necessidade de cada residente.

A instituição foi fundada em 24 de março de 1994, tendo como missão: abrigar idosos carentes, proporcionando qualidade de vida, resgatando a dignidade, respeito e auto-estima. A entidade também se faz presente junto ao Conselho Municipal de Assistência Social e no Conselho do Idoso. A forma de manutenção é através do recebimento do rendimento dos aposentados e doações da comunidade. Um fenômeno atual, segundo a presidente da instituição, é o fato de muitos idosos contraírem financiamentos e estes serem descontados diretamente na folha de pagamento ao ingressarem na instituição. Muitas vezes a aposentadoria está seriamente comprometida, dificultando seu ingresso. Mantém parcerias com a Santa Casa de Caridade de Bagé, a qual cede alguns funcionários (02 atendentes de enfermagem e 02 auxiliares de enfermagem) para trabalharem na instituição. Esta também é responsável pelo pagamento da luz, água, parte dos medicamentos e materiais para procedimentos de enfermagem. Outra parceria institucional é com a Secretaria Municipal de Saúde, através da contribuição de medicamentos e a cedência de um médico que completa parte da sua carga horária na instituição. O material de higiene e limpeza é conseguido através de campanhas de doações e a instituição compra o restante.

A instituição funciona em uma só modalidade de atendimento não havendo distinções quanto à capacidade funcional. Os serviços de preparo das refeições, lavanderia e higiene dos ambientes (quartos, banheiros, refeitórios...) são prestados independente da capacidade do institucionalizado poder realizá-los ou não. A diferenciação com relação à capacidade funcional para AVDs ocorre somente na assistência prestada conforme o déficit

apresentado, assim os cuidadores, auxiliares e técnicos em enfermagem oferecem o suporte para realização daquela atividade conforme a necessidade do assistido.

Os idosos compartilham dormitórios no sistema de enfermarias, e cada quarto possui 8 camas dispostas lado a lado com espaço de circulação entre uma e outra e um criado-mudo ao lado. As enfermarias são divididas em ala masculina com 24 residentes e ala feminina 23 residentes, totalizando 47 idosos atendidos atualmente. Não existem guarda-roupas nos quartos, as roupas ficam na rouparia, em prateleiras, fixadas com o nome de cada residente.

Os idosos que possuem condições físicas e mentais podem sair para passear, fazer compras, visitarem parentes e/ou amigos. Os que não têm condições podem sair com acompanhantes ou familiares que se responsabilizam pelo residente.

Não existe separação de espaços entre independentes e dependentes, havendo convivência em comum, se por um lado isto é positivo, pois promove a solidariedade e convivência entre os idosos, por outro lado coloca-os frente à várias incapacidades e faixas etárias podendo prever um futuro de incapacidades e deixá-los angustiados.

Atualmente residem na entidade 47 idosos de ambos os sexos, a idade limite para ingresso na instituição foi estabelecida como 55 anos. Os dados da tabela abaixo refletem a população residente atualmente na instituição, a partir dos 60 anos, não tendo sido contabilizados 3 idosos por não alcançarem a idade estipulada. Um dos critérios adotados para o estudo foi a faixa etária, assim os idosos participantes da pesquisa possuem a idade mínima de 60 anos, não sendo estabelecida a idade máxima, o que dependerá dos demais critérios estipulados.

**Tabela 01: Concentração de idosos na faixa etária de 70 a 80 anos, mulheres mais longevas (2008)**

| Idade    | 60 – 65 | 65 -70 | 70 -75 | 75 - 80 | 80 – 85 | 85 - 90 | + de 90 | Total |
|----------|---------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|-------|
| Homens   | 5       | 4      | 8      | 4       | 2       |         |         | 23    |
| Mulheres | 2       | 3      | 6      | 6       | 2       | 1       | 1       | 21    |
| Total    |         |        |        |         |         |         |         | 44    |

#### **4.2 Caso 2 – Sociedade São Vicente de Paula – Vila Vicentina V.V.**

A instituição pertence a uma organização religiosa – Sociedade São Vicente de Paula – existente mundialmente. Em Bagé foi inaugurada em 1950, tendo como presidente e fundador o Dr. Átila Taborda. Inicialmente funcionava como albergue noturno e residência, que era freqüentada por uma população flutuante de excluídos sociais: mendigos, idosos,

prostitutas e pessoas de baixa renda.

Em setembro de 1975, com a morte do Dr. Átila Taborda e posse da nova diretoria, foram estabelecidas novas regras, a instituição passou a receber somente mulheres idosas, caracterizando-se então como instituição para idosas. Em 1978, a instituição foi classificada pelos órgãos técnicos do Instituto Nacional de Previdência Social como: Entidade de Primeira Categoria para Assistência ao Idoso.

Atualmente a entidade se mantém por meio de donativos da sociedade mantenedora, contribuições de sócios, mensalidade das asiladas e doações da comunidade.

Mantém dois tipos de parcerias com a Prefeitura Municipal: através da Secretaria de Saúde que repassa medicamentos para as senhoras residentes e outra com o Departamento de Água, não sendo cobrada a taxa de água para a instituição. A nível Federal a única parceria que existe é um auxílio para reformas na instituição, mediante a apresentação do projeto, entretanto o valor é irrisório, segundo informação dos gestores, não sendo possível reformas mais amplas.

A instituição disponibiliza 52 vagas nas casas-lares, e atualmente são ocupados 28 apartamentos, estando o restante, 24 desocupados. No “Recanto das Idosas”, mais conhecido pelo termo “Asilo” são disponibilizadas 50 vagas, abrigando no momento 48 mulheres.

Nas casas-lares as construções formam pavilhões e cada moradia, recebe a denominação de apartamento, sendo identificados por números, possuindo uma porta de entrada e 02 janelas, uma abrindo-se para o exterior e outra para um pátio interno. O termo “apartamento” foi adotado pelas moradoras, pela semelhança com os “Kitinetes”, pois a moradia constitui-se de uma peça ampla que serve às funções de sala/quarto e uma cozinha que possui uma porta que se abre para um pequeno pátio interno, onde está instalada uma área de serviço com tanque. A cada 02 apartamentos há 01 banheiro coletivo, dividido entre as residentes, ficando estas responsáveis pela sua limpeza e conservação. Cada apartamento é habitado por somente uma moradora, sendo somente o banheiro coletivo, conforme descrição acima.

O acesso ao banheiro é externo, ou seja, as residentes precisam sair para o pátio, para terem acesso, no inverno este fato se torna relevante, já que as moradoras ficam expostas ao tempo.

No momento a instituição abriga 76 idosas entre residentes nas casas-lares e no asilo e que possui uma capacidade total para abrigar 102 idosas que são divididas em duas categorias:

- **Moradoras nas casas-lares:** destinadas às mulheres que possuem independência

funcional e que são capazes de manter-se e manter a residência, muitas se servem dos serviços contratados externamente como: serviços de faxina, viandas, lavanderia... Esses serviços são de responsabilidade de quem os contrata, a instituição não interfere na negociação. Neste modelo a moradora pagará somente a luz consumida, as casas-lares não são locadas, são cedidas pela instituição para moradia, pequenos reparos, consertos são de responsabilidade da residente a água é cedida pela prefeitura, não sendo paga. Estas idosas são livres para entrar e sair da instituição, bem como ausentarem-se para viagens neste último caso precisam comunicar a direção a sua ausência e o tempo estimado em que ficarão ausentes.

É importante ressaltar que neste modelo são mantidas as pequenas decisões e responsabilidades cotidianas, que teoricamente, têm influência na manutenção da funcionalidade das idosas residentes. Também o vínculo de amizade, responsabilidade e convivência em grupo são testados diariamente, pequenos conflitos são inerentes ao processo de convivência, consistindo e reproduzindo a vida real.

Considero este fato importante, na medida em que exige certo convívio social, não só intra-institucional, mas também com as pessoas da comunidade, já que a maioria se utiliza de serviços externos, estabelecendo vínculos com pessoas fora da instituição.

#### **4.3 O Recanto das idosas – “Asilo”**

Residem nesse local as idosas que já perderam boa parte da independência funcional, não sendo capazes de conduzir seu cotidiano de maneira eficiente, sejam quais forem as causas, de origem física, mental, agravamento de doenças crônicas. Estas passam a residir no asilo, onde passam a receber serviços de lavanderia, refeições e auxílio nas AVDs, conforme o grau de necessidade. Para receber este tipo de assistência a idosa pagará à instituição com seu benefício de aposentadoria.

Fazem parte dessa ala as dependentes, que possuem uma saúde mais frágil e múltiplos comprometimentos que interferem na capacidade de auto-gerenciamento, e tomada de decisões, necessitando de maiores cuidados e assistência. Estas não fizeram parte do estudo.

Ambas as instituições pesquisadas tem como finalidade abrigar idosos, a ILP FGJAG abriga ambos os sexos, tendo a idade limite para entrada 55 anos. A ILP VV acolhe somente mulheres a partir dos 60 anos.

O modelo de funcionamento é bastante diferente este é um dos motivos que me instigou a pesquisá-los e verificar o reflexo destes modelos, principalmente no que diz respeito à funcionalidade e auto-percepção do estado de saúde de seus residentes.

## 5. DISCUSSÃO DOS CASOS

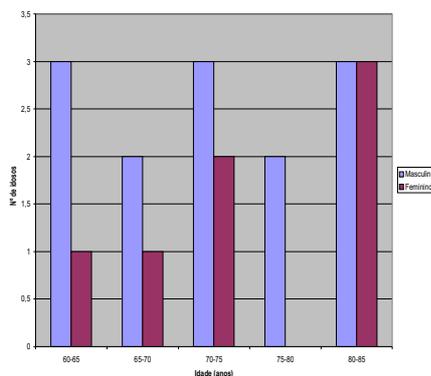
### 5.1 Características demográficas e sociais dos residentes – FGJAG – V.V

#### Apresentação e Interpretação dos resultados

#### Dados relativos à Faixa Etária

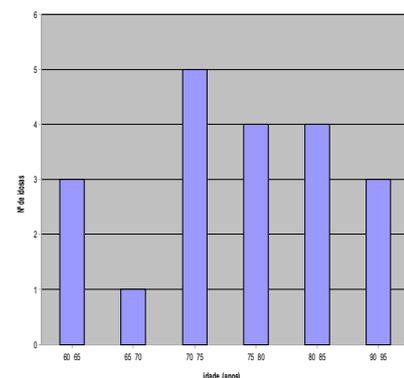
Os resultados serão apresentados, analisados e interpretados intercalando-se os dados obtidos na ILP – FGJAG e após os dados referentes ao mesmo assunto na ILP – VV, quer-se com isso facilitar a visualização e relações a serem feitas.

Fizeram parte do estudo na FGJAG, 20 idosos, sendo 13 do sexo masculino e 07 do sexo feminino. O gráfico abaixo facilita a visualização dos dados relativos à variação das idades e gênero do grupo pesquisado.



**G1**

**G1: Distribuição dos idosos conforme a variação das idades. FGJAG. Bagé, 2008**



**G2**

**G 2: Distribuição das idosas conforme a variação das idades. VV Bagé, 2008**

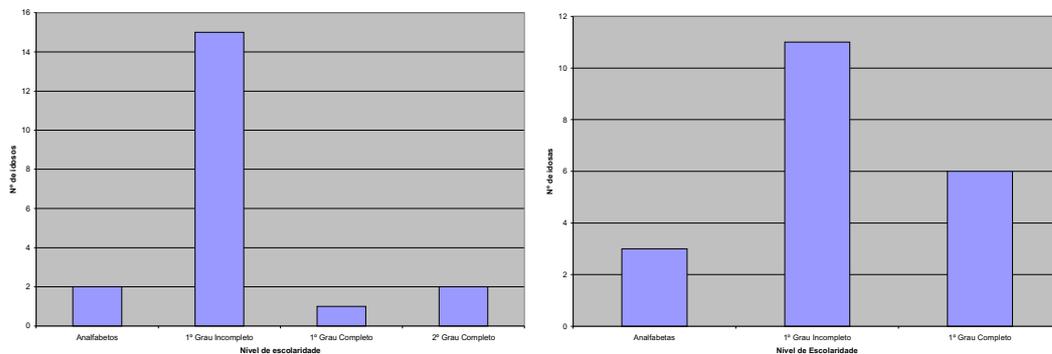
O gráfico 1 revela certa uniformidade nas distribuições, com pequena variação entre homens e mulheres, a faixa de maior número foi dos 80 aos 85 anos, seguida dos 70 aos 75 anos. O que segundo à classificação de BORTZ, (1995, p.34) corresponde á velhice tenra dos 80 aos 100 anos e a meia-idade madura que abrange a faixa dos 60 aos 80 anos.

A ILP – V.V. – por abrigar somente mulheres contou com a participação de 20 senhoras com distribuição conforme a faixa etária, visualizada no gráfico abaixo. As faixas

dos 70 aos 75 anos, seguidas 75 aos 80 anos e dos 80 aos 85 anos foram as que tiveram maior número de idosas, este dado foi semelhante nas duas instituições as faixas etárias de maior número de idosos residentes foi a mesma. A instituição VV encontraram-se 03 mulheres na faixa etária dos 90 aos 95 anos, lúcidas. E na instituição AG, embora tivesse residentes nesta faixa etária, não se encontravam em estado de lucidez que lhes possibilitasse participar do estudo.

Conforme o gráfico 2, embora a população estudada seja pouco significativa em termos de número, observa-se a tendência revelada por outros estudos que conforme Veras (1994, p.42), à medida que a expectativa de vida foi aumentando, a diferença entre homens e mulheres também foi se ampliando. Estudos demonstram que as mulheres vivem em média cinco anos mais que os homens, e à medida que aumentam as faixas etárias ocorre aumento significativo nesta tendência.

### **Escolaridade dos Idosos residentes nas ILPs**



**G3**

**G4**

**Gráfico 3 – Escolaridade FGJAG. Bagé, 2008**

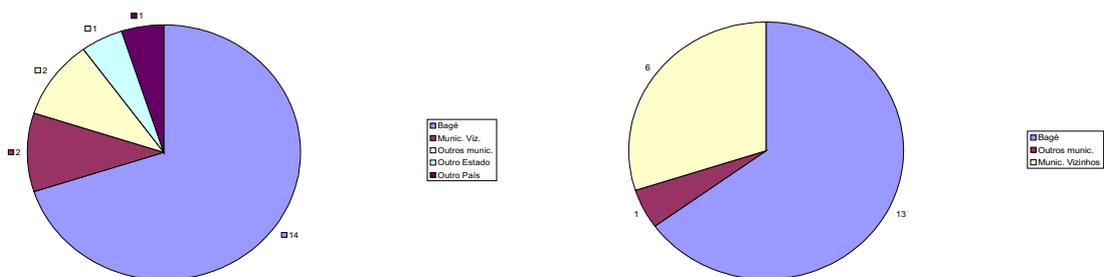
**Gráfico 4 – Escolaridade, VV Bagé, 2008**

Em ambas as instituições o nível de escolaridade é baixo, revelando uma época em que para ambos os sexos, mas principalmente para a mulher a educação formal, não era considerada importante, o processo de libertação da mulher, que conquistou novos papéis alterou este quadro. Entretanto as mulheres que hoje estão na velhice, viveram seus papéis

fortemente relacionados ao lar, com papéis bem demarcados relacionados à questão de gênero. O nível de escolaridade para a maioria chegou ao 1º grau incompleto, revelando essa realidade da época.

A organização social do começo do século, explica em parte esta realidade, a educação era restrita a uma elite social e mais disponível para os homens do que para as mulheres (VERAS, 1994). Coincidentemente os dois representantes analfabetos da instituição mista são mulheres idosas. Somando-se os representantes das duas instituições, teríamos um total de 4 mulheres analfabetas.

### Procedência dos idosos pesquisados



**G5**

**G6**

**Gráfico 5 – Procedência dos idosos pesquisados, FGJAG. Bagé, 2008**

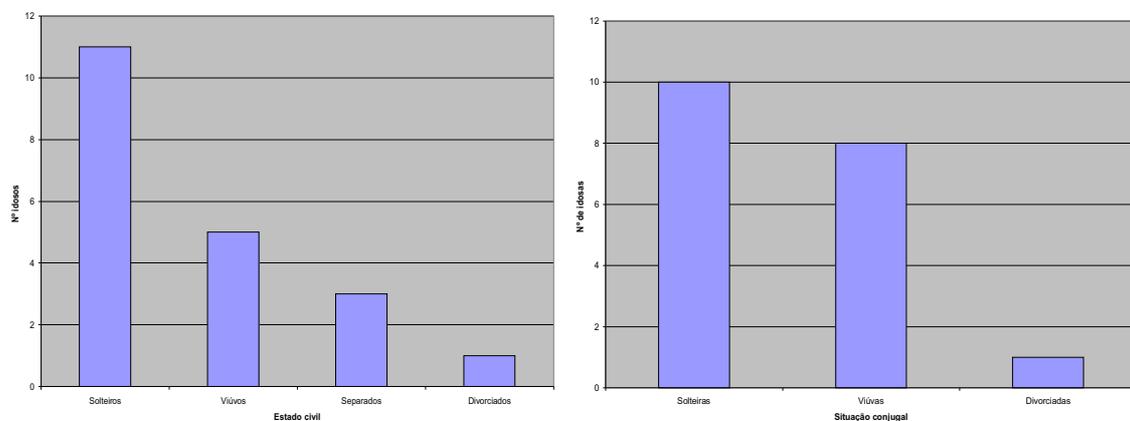
**Gráfico 6 – Procedência das idosas pesquisadas, VV Bagé, 2008**

Conforme o Gráfico 05, o estudo revelou que na instituição acima pesquisada os residentes são na grande maioria provenientes de Bagé, sendo de municípios vizinhos 2 moradores um de Dom Pedrito e outro de Pinheiro Machado. No item outros municípios, temos 1 representante de Jaguarão e 1 de Santa Maria. Tem-se 1 residente pertencente a outro estado brasileiro, no caso, Rio de Janeiro e 1 pertencente a outro país vizinho, o Uruguai.

No Gráfico 06, dados semelhantes foram encontrados na outra instituição pesquisada, onde a maioria dos idosos são do município pesquisado, uma idosa é proveniente

de outro município (Alegrete) e 6 mulheres têm origem em municípios vizinhos, sendo 3 de Dom Pedrito, uma de Hulha Negra e uma de Lavras do Sul.

### Situação conjugal dos idosos residentes



**G7**

**G8**

**Gráfico 7 – Situação Conjugal dos idosos residentes na FGJAG, Bagé, 2008**

**Gráfico 8 – Situação conjugal das idosas. VV Bagé, 2008**

Obteve-se dados semelhantes em ambas instituições com relação ao estado civil dos entrevistados a situação mais comum foi a de solteiros (as), seguido dos viúvos (as), separados e divorciados, estes últimos em pequeno número. A condição de solteiros, aponta o caminho da institucionalização, pois a incapacidade funcional, decorrente de fatores variados e o fato de não ter filhos, de certa maneira desresponsabiliza os familiares, já que o vínculo e condições podem não serem adequados à manutenção do idoso. Também o fato de sentirem-se só e desamparados, muitas vezes residindo longe, afastado de serviços básicos, associado à sensação de insegurança crescente leva o próprio indivíduo a optar pela instituição.

O estado de viuvez também é condição freqüente para entrada na instituição, o estado de solidão, o fato de não terem condições de morarem sozinhos, a adaptação muitas vezes difícil à convivência familiar, acompanhada do sentimento de “estar incomodando” estão entre os principais motivos do encaminhamento às instituições de longa permanência.

## 5.2 Perfil dos idosos quanto à funcionalidade e auto-percepção da saúde

### 5.2.1 Análise das AVDs e AIVDs

As tabelas abaixo fazem referência à análise das AVDs e AIVDs, os instrumentos selecionados, segundo Paixão (2005), em estudo sobre a validade e confiabilidade dos instrumentos utilizados, aponta a qualidade dos resultados como boa. Tendo sido selecionados e adaptados pela autora da pesquisa.

**Tabela 2. Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) – Vila Vicentina – Análise geral das 20 idosas entrevistadas**

| AVD                | Independente   | Sim | Não |
|--------------------|--|-----|-----|
| 1. Banho           | Não recebe ajuda ou somente ajuda para uma parte do corpo  | 18  | 2   |
| 2. Vestir-se       | Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos                           | 18  | 2   |
| 3. Higiene Pessoal | Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda ( pode usar andador ou bengala) | 20  | 0   |
| 4. Transferência   | Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda ( pode usar andador ou bengala)        | 20  | 0   |
| 5. Continência     | Controla completamente urina e fezes   | 20  | 0   |
| 6. Alimentação     | Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)                                    | 20  | 0   |
| 7. Deambulação     | Consegue se deslocar dentro de casa com passos seguros   | 12  | 8   |
| 8. Caminhar        | Consegue caminhar cerca de 100 m (pode usar andador ou bengala)  | 12  | 8   |

**Modificado de Katz S, Downs TD, Cash HR et al. Gerontologist, 1970; 10:20-30**

Os itens 7 e 8 não fazem parte do documento original, tendo sido acrescentados pelo autor do estudo. O escore total é o somatório de respostas “sim”. Os critérios de classificação também , são diferentes do documento original, tendo sido elaborados pelo autor da pesquisa, conforme explicação da tabela abaixo.

**Critérios para classificar a “Escala de Atividades da Vida Diária” – AVDs**

|                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| Soma total dos pontos | Nível independência/dependência |
| 08 pontos             | Independência total +           |
| 07 pontos             | Independência -                 |
| 06 pontos             | Dependência parcial +           |
| 05 pontos             | Dependência parcial -           |
| 04 pontos             | Dependência importante +        |
| 03 pontos             | Dependência importante -        |
| 02 pontos             | Dependência submáxima +         |
| 01 ponto              | Dependência submáxima -         |
| 0 pontos              | Dependência máxima              |

Obs.: os sinais de positivo (+) e negativo (-) se referem a uma mesma nomenclatura por ex.: independência, porém com reforço + quando a soma foi total para aquele item ou – quando revelou deficiência numa questão, porém ainda pertence à categoria de independente. Os demais itens seguem esse mesmo raciocínio.

Conforme Paixão (2005), em estudo sobre a validade e aplicabilidade de instrumentos para avaliação funcional, aponta para a raridade e a despreocupação em se adaptar formalmente instrumentos para avaliação do estado funcional no Brasil. Parece haver uma utilização assistemática no contexto brasileiro.

**Tabela 3: Resultados encontrados na ILP VV com relação às AVDs.**

| Soma dos pontos | Nível independência/ dependência | Nº de idosas nesta categoria |
|-----------------|----------------------------------|------------------------------|
| 08 pontos       | Independência total +            | 12                           |
| 07 pontos       | Independência -                  | 0                            |
| 06 pontos       | Dependência parcial +            | 5                            |
| 05 pontos       | Dependência parcial -            | 1                            |
| 04 pontos       | Dependência importante +         | 2                            |
| 03 pontos       | Dependência importante -         | 0                            |
| 02 pontos       | Dependência submáxima +          | 0                            |
| 01 ponto        | Dependência submáxima -          | 0                            |
| 0 pontos        | Dependência máxima               | 0                            |

A análise dos dados necessitou ser feita individualmente para posteriormente classificar as idosas em determinada categoria. De acordo com os resultados obtidos na tabela acima, 12 residentes apresentam independência total + (positiva) para AVDs. Este dado é importante já que as AVDs, quando comprometidas, são as que mais abalam o estado de saúde e mais necessitam de assistência.

A independência total – (negativa) indica que apenas um item é afetado, revelando que o indivíduo se encontra ainda na condição de independente, porém apresentando um déficit em um dos pontos. É essencial a detecção deste ponto para ser trabalhado, visando sua

recuperação e/ou amenização, através de adaptações ambientais, por exemplo. A tendência quando o problema não é diagnosticado é ocorrer um efeito em cascata em que a partir de um déficit não solucionado outros sejam instalados rapidamente, resultando em uma dependência cada vez maior.

Nenhuma das entrevistadas se enquadrou no segundo item, referente a independência negativa.

Na categoria dependência parcial + (positiva) 5 senhoras apresentaram déficits funcionais nos itens (7,8) relacionados respectivamente à deambulação dentro de casa e caminhar 100 metros, podendo utilizar andador ou bengala. O fato de não conseguir se deslocar dentro do domicílio indica um risco aumentado para quedas. Uma vez ocorrida a queda o período de imobilização pela dor ou ocorrência de fratura tende a descompensar o organismo, contribuindo para a perda de força muscular, instalação de encurtamentos e retrações musculares associada a dificuldades de manter o ortostatismo, essencial à marcha humana.

Segundo Rauchbach (1990) ocorre a perda do “diálogo” com o corpo e se inicia um processo que inclui problemas de postura, coordenação motora comprometida, rigidez, medo de caminhar, aumentando a tensão psicológica e gerando um ciclo vicioso que precisa ser rompido.

A categoria referente a dependência parcial – (negativa) teve como representante uma idosa, apresentando déficits nos itens (1,7,8) relacionados respectivamente ao banho, necessitando de auxílio para mais de uma parte do corpo, e deambulação dentro de casa e até 100 metros, revelando um déficit a mais que as anteriores, esta recebe auxílio da vizinha, para esta tarefa, mas têm esperança de recuperar sua funcionalidade.

No item dependência importante + (positiva) se enquadram 2 idosas com déficits nos itens (1,2,7,8) respectivamente relacionados ao: banho, vestir-se, deambulação dentro de casa e caminhar 100 metros. Estas recebem auxílio das amigas e familiares.

A predominância dos itens (1,7,8) contribui para a reflexão e a elaboração de propostas que auxiliem na melhora e manutenção da funcionalidade, através de medidas que aumentem a segurança nos banheiros. No local de banho não há piso antiderrapante e barras paralelas, elevação do assento sanitário e barras laterais ou em frente ao vaso que auxiliam a readquirir a postura ereta. Embora seja previsto no “Regulamento Técnico que define as normas de funcionamento para as ILPs para idosos da ANVISA” como uma das adequações a serem feitas no ambiente das instituições que abrigam idosos (BRASIL, 2005).

No item relacionado à deambulação deficiente dentro de casa e até 100 metros, revelou-se o de maior abrangência sendo importante a relação deste item com a prática de atividade física, onde das 7 senhoras que apresentaram déficits nestas áreas somente 2 praticavam atividade física, curiosamente as mais idosas de 92 anos e 95 anos.

Das 5 restantes, 4 revelaram não ter interesse em participar do grupo de atividade física. Este dado é preocupante quando associarmos a este fato o tipo de atividade que estas senhoras revelaram gostar de realizar: crochê, tricô e assistir televisão. Constata-se uma forte tendência à instalação de incapacidades crescentes, decorrentes do sedentarismo, isolamento social, e aumentando o risco de aparecimento de sinais e sintomas depressivos. Estudos epidemiológicos tem indicado a forte relação entre incapacidade funcional crescente em pessoas idosas e sua associação com sintomas depressivos (LAMPIEN; HEIKKINEN,2003).

Os demais graus de avaliação para AVDs, não foram encontrados entre os sujeitos estudados.

#### **Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton – Vila Vicentina**

| AIVD   | RESPOSTAS                                      |                      |
|--|--|----------------------|
| 1. O Sr.(a) consegue usar o telefone?  | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3 11<br>2 02<br>1 07 |
| 2. O Sr.(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais? | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3 15<br>2 01<br>1 04 |
| 3. O Sr.(a) consegue fazer compras?  | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3 16<br>2 01<br>1 03 |
| 4. O Sr.(a) consegue preparar suas próprias refeições?   | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3 15<br>2 00<br>1 05 |
| 5. O Sr.(a) consegue arrumar a casa?   | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3 15<br>2 04<br>1 01 |
| 6. O Sr.(a) consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?                               | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3 11<br>2 01<br>1 08 |
| 7. O Sr.(a) consegue lavar e passar sua roupa?   | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3 15<br>2 03<br>1 02 |
| 8. O Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose e horário correto?  | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3 19<br>2 01<br>1 00 |
| 9. O Sr.(a) consegue cuidar de suas finanças?  | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3 12<br>2 01<br>1 07 |

Para cada questão, a primeira resposta significa independência; a segunda, capacidade com ajuda; e a terceira dependência. A pontuação máxima é de 27 pontos e o escore serve como base para comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo, podendo ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

### **Análise das questões de Lawton – VV**

Obs.: As questões serão analisadas com base nos valores de 1 a 3, onde: Valor 3 significa Independência p/ atividade em questão; Valor 2 capacidade com ajuda; Valor 1 dependência.

Na análise omitiremos as questões em que o idoso alcançou valor 3, sendo somente somados no valor total; Ficando entendido que os itens que não constam na análise possuem valor 3.

Os itens deficientes serão enumerados na tabela seguido do valor alcançado e da classificação correspondente.

Ex.: 7-2; (CA) Significa que no item 7 relativo a: lavar e passar roupa o indivíduo alcançou o valor 2 significando capacidade com ajuda utilizando-se as siglas (CA); para o valor 1 correspondente à dependência utilizou-se a sigla (D).

Os resultados demonstram que 6 idosas são independentes para as AIVD, tendo adquirido a pontuação máxima (27) pontos. A seguir os itens serão analisados, de maneira geral, seguindo-se os comentários sobre cada questão.

No item 1 referente ao uso do telefone, observa-se que 11 idosas conseguem usá-lo sem problemas, 2 senhoras necessitam ajuda e 7 apresentam dependência.

Os problemas relacionados à capacidade com ajuda tiveram associação com a diminuição da acuidade visual, onde as causas mais comuns segundo FREITAS (2002) estão associadas a: catarata, degeneração macular, glaucoma e a retinopatia diabética.

Dificuldades na motricidade fina, devido a processo artrósico das articulações dos dedos também contribuem para deficiências no toque das teclas.

No item 2 referente à deslocamentos com uso de transporte observa-se uma boa independência para a maioria das residentes, 15 idosas conseguem se deslocar fazendo uso de transporte público ou particular sem necessitar de ajuda. Uma residente necessita de auxílio para estes deslocamentos e quatro revelaram dependência neste item. A gratuidade do transporte público a partir dos 65 anos, foi uma conquista importante, entretanto a falta de adaptação dos ônibus ao uso dessa população constitui-se em uma barreira ao seu uso pleno.

A questão 3 está relacionada à capacidade de realizar compras, revelando-se independente para 16 idosas, apenas uma residente manifestou necessidade de ajuda, e três revelaram dependência de familiares e/ou amigos neste item. Esta atividade é importante tanto em termos de poder escolher o que comprar, quanto ao estímulo da cognição, a conjugação de fatores relacionados: sair, escolher e o gerenciamento das finanças, constituem pontos importantes de troca com a comunidade local, pude observar que esta atividade era prazerosa para as residentes.

Conseguem preparar sua própria refeição 15 idosas. O item “com ajuda parcial” não obteve nenhuma resposta e 5 residentes responderam não conseguir preparar suas refeições, a estas restam os serviços da comunidade a alimentação através de viandas ou restaurantes locais.

A questão 5 se refere à independência para arrumar a casa, 15 entrevistadas revelaram ser independentes nesse item, embora muitas sejam auxiliadas por familiares ou contratem serviços da comunidade para realização de faxinas e serviços mais pesados.

A necessidade de ajuda para esta tarefa foi apontada por 04 idosas e uma revelou não conseguir arrumar a casa. As mulheres que viveram sua juventude, idade adulta e que hoje são idosas, tiveram suas rotinas muito ligadas à família e ao cuidado da casa, sendo continuadas na velhice.

O item 6 refere-se á conseguir realizar pequenos reparos, o qual se mostrou preservado em 11 entrevistadas, somente uma senhora revelou necessidade de ajuda e 8 responderam não conseguir, revelando dependência.

Conseguem lavar e passar sua roupa de maneira independente 15 idosas. Três necessitam de ajuda e duas revelaram não conseguir. Algumas possuem máquina de lavar, mas a maioria lava e passa aroupa à mão. Essa se revelou uma das atividades menos prazerosas.

A questão 8 refere-se ao uso correto de medicamentos 19 entrevistadas revelaram conseguir realizar esta tarefa e uma respondeu necessitar de auxílio. Esta questão é bastante séria já que a polifarmácia, devido às pluripatologias do idoso, o coloca em constante risco de interações medicamentosas e efeitos colaterais, tem-se ainda a questão da auto-medicação. Todos esses fatores estão relacionados e qualquer descuido pode levar à conseqüências bastante sérias.

Revelaram conseguir cuidar de suas finanças 12 idosas, esse fato demonstra uma boa capacidade de auto-gerenciamento. Uma senhora revelou necessidade de auxílio e 7 entrevistadas disseram não conseguir cuidar de suas finanças.

### **Análise das AVDs - FGJA**

#### **Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) – FGJAG**

| AVD                | Independente   | Sim | Não |
|--------------------|--|-----|-----|
| 1. Banho           | Não recebe ajuda ou somente ajuda para uma parte do corpo  | 13  | 7   |
| 2. Vestir-se       | Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos                           | 14  | 6   |
| 3. Higiene pessoal | Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda ( pode usar andador ou bengala) | 13  | 7   |
| 4. Transferência   | Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda ( pode usar andador ou bengala)        | 16  | 4   |
| 5. Continência     | Controla completamente urina e fezes   | 15  | 5   |
| 6. Alimentação     | Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)                                    | 20  | 0   |
| 7. Deambulação     | Consegue se deslocar dentro de casa com passos seguros   | 15  | 5   |
| 8. Caminhar        | Consegue caminhar cerca de 100 m (pode usar andador ou bengala)  | 15  | 5   |

**Modificado de Katz S, Downs TD, Cash HR et al. Gerontologist, 1970; 10:20-30.**

Os itens 7 e 8 não fazem parte do documento original, tendo sido acrescentados pelo autor do estudo. O escore total é o somatório de respostas “sim”. Os critérios de classificação também, são diferentes do documento original, tendo sido elaborados pelo autor da pesquisa, conforme explicação da tabela abaixo;

**Tabela 4: Resultados encontrados na ILP - FGJAG com relação às AVDs.**

| Soma dos pontos | Nível independência/ dependência | Nº de idosas/os nesta categoria |
|-----------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 08 pontos       | Independência total +            | 12                              |
| 07 pontos       | Independência -                  | 1                               |
| 06 pontos       | Dependência parcial +            | 0                               |
| 05 pontos       | Dependência parcial -            | 1                               |
| 04 pontos       | Dependência importante +         | 1                               |
| 03 pontos       | Dependência importante -         | 5                               |
| 02 pontos       | Dependência submáxima +          | 0                               |
| 01 ponto        | Dependência submáxima -          | 0                               |
| 0 pontos        | Dependência máxima               | 0                               |

Seguindo o mesmo critério utilizado para análise da instituição anterior, foi realizada primeiramente a análise individualizada de cada participante, para depois realizar-se a classificação dos idosos em determinada categoria. A independência total + foi obtida por 12

residentes, sendo 8 homens e 4 mulheres. Coincidentemente este dado foi o mesmo na ILP V.V. onde também 12 senhoras obtiveram independência total +.

A Independência – (negativa) indicando um item deficitário foi encontrada em uma idosa, sendo o item relacionado ao ato de vestir-se, revelando dependência. A categoria Dependência Parcial – (negativa) teve 1 idoso representante, revelando incapacidade nos itens 1,3,5, respectivamente relacionados ao banho, capacidade de usar o sanitário e continência. Esse idoso apresenta seqüelas motoras resultantes de um Acidente Vascular Cerebral (AVC), o que justifica em parte as deficiências encontradas.

Dependência importante + (positiva) teve como representante 1 senhor, apresentando deficiências nos itens 1,2,3, 5, referentes ao: banho, vestir-se, uso do sanitário e continência, esse senhor também era portador de seqüelas motoras decorrentes de AVC.

A categorização Dependência importante – (negativa) teve 5 representantes, sendo 3 homens e 2 mulheres idosas, os itens afetados foram: 1,2,3,7,8, que correspondem à dependência para: banho, vestir-se, uso do sanitário, deslocamento no domicílio e caminhar. Os 3 representantes masculinos eram seqüelados de AVC.

Embora o número de independentes totais + (positivo) seja o mesmo em ambas instituições, as outras categorizações revelam graus maiores de dependência na FGJAG. Conforme FREITAS (2002 p. 612) o declínio funcional é influenciado por vários fatores (constituição genética, estilo de vida, fatores socioeconômicos, acidentes, doenças), podendo acelerar ou retardar o surgimento de dependência.

Este estudo não teve o objetivo de estudar em profundidade as causas da dependência, mas em diagnosticar os principais déficits funcionais, revelados através dos instrumentos utilizados e relações com os fatores ambientais, modelos de funcionamento e políticas institucionais adotadas.

As categorias não comentadas, não obtiveram nenhum representante.

#### **Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton – FGJAG**

|  |  |                    |
|--|--|--------------------|
| 1. O Sr.(a) consegue usar o telefone?  | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3 7<br>2 6<br>1 7  |
| 2. O Sr.(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais? | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3 7<br>2 1<br>1 12 |
| 3. O Sr.(a) consegue fazer compras?  | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3 8<br>2 0<br>1 12 |

|   |                   |      |
|---|-------------------|------|
| 4. O Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose e horário correto? | Sem ajuda         | 3 6  |
|   | Com ajuda parcial | 2 4  |
|   | Não consegue      | 1 10 |
| 5. O Sr.(a) consegue cuidar de suas finanças?                       | Sem ajuda         | 3 4  |
|   | Com ajuda parcial | 2 2  |
|   | Não consegue      | 1 14 |

Para cada questão, a primeira resposta significa independência; a segunda, capacidade com ajuda; e a terceira dependência. A pontuação máxima é de 15 pontos e o escore tem um significado apenas para o paciente individual, servindo como base para comparação evolutiva. Foram excluídas as questões de 4 a 7 do documento original, pois estas não faziam parte do cotidiano dos entrevistados.

### **Análise das questões de Lawton – FGJAG**

Obs.: As questões serão analisadas com base nos valores de 1 a 3, onde: Valor 3 significa Independência p/ atividade em questão; Valor 2 capacidade com ajuda (CA); Valor 1 dependência (D). As diferenciações quanto ao gênero masculino e feminino, só foram consideradas nas questões em que se fazia importante tal distinção.

A independência máxima para AIVD corresponde á soma do escore igual a 15, foi alcançada por 9 pesquisados, sendo 6 homens e 3 mulheres idosas.

Os itens serão analisados, de maneira geral, seguindo-se os comentários sobre cada questão.

No item 1 relacionado ao uso do telefone, obteve-se que 7 dos entrevistados conseguem usar o telefone sem problemas, nem necessidade de auxílio. Seis entrevistados necessitam de auxílio e sete não conseguem usar o telefone.

Na segunda questão relacionada aos deslocamentos com uso de transporte, constatou-se que 7 entrevistados o realizam sem problemas, 1 entrevistado o faz com ajuda parcial e 12 pesquisados não conseguem. Chama-se a atenção para o fato de mais da metade dos residentes serem dependentes de familiares e/ou amigos para irem a locais um pouco mais distantes.

No item relacionado a conseguir fazer compras, 8 residentes revelaram-se independentes com relação a este item e 12 revelaram não ter capacidade para realizar tal tarefa.

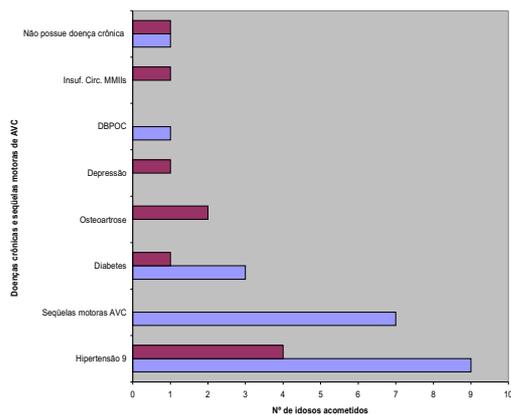
Com relação à medicação, 6 responderam conseguir se medicar corretamente, 4 revelaram ajuda parcial e 10 responderam não conseguir tomar a medicação na dose e horário correto.

A questão 5, referente ao auto-gerenciamento financeiro revelou que 4 entrevistados conseguem fazê-lo, 2 conseguem com auxílio e 14 não conseguem cuidar de suas finanças.

### 5.3 Perfil do idoso com relação à doenças crônicas e auto-percepção da saúde

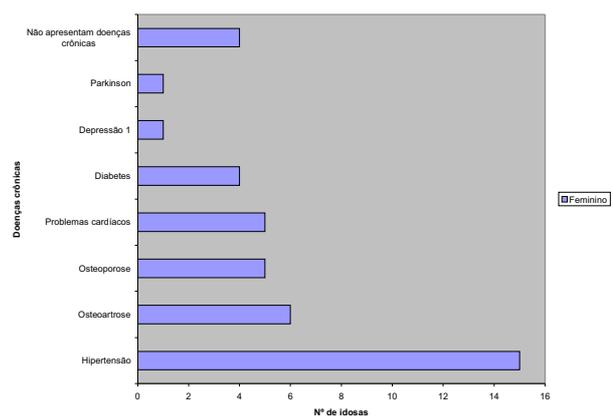
Resultados e Análise das questões relativas à: percepção e consciência dos idosos a respeito de questões relativas à: doenças crônicas existentes, auto-percepção da saúde, cuidados adotados, utilização do tempo livre, convívio em grupo e sugestões de atividades que gostaria que lhe fossem oportunizadas.

A primeira questão pesquisada, referiu-se à existência de doenças crônicas, onde a análise do gráfico abaixo é reveladora.



**G9**

**Gráfico 9 – Doenças crônicas e seqüelas motoras de AVC. FGJAG. Bagé, 2008**



**G10**

**Gráfico 10 – Doenças crônicas nas residentes da V.V. Bagé, 2008**

Em ambas as instituições a hipertensão foi a doença crônica mais encontrada, seguida da seqüela motora de AVC, decorrente na grande maioria dos casos da hipertensão não controlada, as seqüelas motoras decorrentes de AVC, foram encontradas somente em homens idosos. Na instituição que abriga somente mulheres, nenhuma apresentou esta alteração, o diabetes afetou igual número de institucionalizados em ambas instituições.

Osteoartrose e osteoporose foram mencionadas na instituição que abriga somente mulheres, de maneira significativa, assim como problemas cardíacos. Na instituição mista a osteoartrose foi citada por 2 senhoras.

Conforme Ramos (2001, p.73) os estudos que abordam o envelhecimento revelam a incidência elevada das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), fato apontado pela literatura como a alteração no panorama epidemiológico relativo à morbidade e mortalidade, denominado transição epidemiológica (TE).

Os dados de depressão revelaram 2 idosas com diagnóstico, sendo uma de cada instituição pesquisada. Sabe-se que a depressão em mulheres é mais freqüente e a gravidade de seu impacto em todos os setores da vida do indivíduo merece um encaminhamento e tratamento adequado.

O fisioterapeuta, pelas características da sua atuação sobre o sistema motor, pelo tocar e pela confiança estabelecida é capaz de detectar alterações iniciais depressivas, colaborando assim na manutenção e/ou recuperação da saúde mental.

Conforme ( SILVEIRA, 2002 apud TIER, 2006) a depressão é o quadro psicogeriátrico mais freqüente, sendo os idosos mais vulneráveis, fatores como limitações físicas e perdas, associadas a contextos sociais desfavoráveis, tendo como exemplo o fato de residir em uma ILP contribui para a prevalência maior em idosos institucionalizados.

O número de residentes que revelou não apresentar nenhuma doença crônica foram 2, sendo um homem e uma mulher na instituição FGJAG e na instituição VV – foram 4 idosas. É necessária uma análise ambígua deste dado, se por um lado o envelhecimento saudável é possível por outro a falta de vigilância e a procura por consultas e exames baseada somente na resolução de sinais e sintomas pode mascarar a maioria das doenças crônicas.

Cabe ressaltar que as informações foram dadas segundo relatos dos moradores das instituições, não tendo sido confirmados por exames ou consultas à equipe de saúde que presta assistência aos mesmos.

Esse esforço para controlar as doenças crônicas envolve ações educativas, mudanças no estilo de vida e constante vigilância, tarefas que necessitam por parte do indivíduo uma conscientização e persistência contínua, o que segundo Ramos (2001) se torna mais difícil quanto menor o nível socioeconômico e o grau de escolaridade da população assistida.

O baixo nível de escolaridade é realidade nas duas instituições pesquisadas, representando um dos fatores que contribuem para o difícil controle das doenças crônicas. O alto nível de hipertensos presente em ambos locais pesquisados revela um risco potencial de

seqüelas motoras, com repercussões na funcionalidade, com custos cada vez mais elevados para as instituições.

Este fato vai ao encontro do que prevê a literatura (RAMOS, 2001), ou seja, a transição epidemiológica observada com o aumento das DCNT, no Brasil, principalmente as de origem cardiovascular constituem-se hoje na principal causa de morte no país.

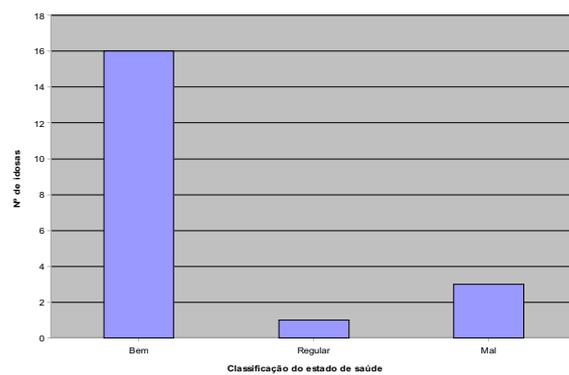
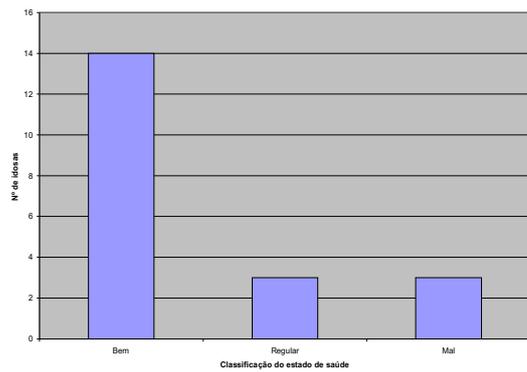
O custo social das DCNT é altíssimo, normalmente resultante de falha em ambas as partes, (sistema de saúde e doente) a atuação ou falta de atuação do sistema de saúde, resultando em doenças não diagnosticadas ou mal tratadas e por parte do doente a não adesão ao plano de tratamento e recusa a modificar seu estilo de vida.

O que se observa na instituição FGJAG é o reflexo deste quadro onde 7 homens idosos apresentam seqüelas motoras decorrentes de AVC. Ainda 9 homens são hipertensos contra somente 4 mulheres. Na instituição VV o nível de hipertensas também é elevado, 15 entretanto não foi constatado nenhuma seqüela de AVC, embora não tenha sido pesquisado este item, vários estudos revelam a resistência maior do sexo masculino em aderir a planos de tratamento de saúde, isto poderia explicar em parte o dado encontrado.

Na instituição VV, 4 entrevistadas revelaram possuir “problemas cardíacos”, não sabendo especificar exatamente o diagnóstico do problema. Dados do Ministério da Saúde (RAMOS, 2001, p.74) revelam que a principal causa isolada de internação no Brasil é a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), requerendo procedimentos caros e tendo prognóstico sombrio a longo prazo.

### **Auto-percepção do estado de saúde**

Conforme Perracini (2002) a conservação de uma atitude positiva com relação à saúde e processo de recuperação é fundamental para o sucesso de qualquer terapia. A motivação e atitude que os idosos adotam para o enfrentamento das situações da velhice prediz em parte o grau de agravamento ou amenização dos desequilíbrios orgânicos.



### G11

**Gráfico 11 – Auto-percepção de seu estado de saúde. FGJAG. Bagé, 2008**

**Gráfico 12 – Auto-percepção de seu estado de saúde. VV. Bagé, 2008**

### G12

Analisando o gráfico 11 podemos concluir que apesar do elevado índice de doenças crônicas, a maioria respondeu sentir-se bem com relação a seu estado de saúde, o argumento utilizado para a resposta foi não sentir dor.

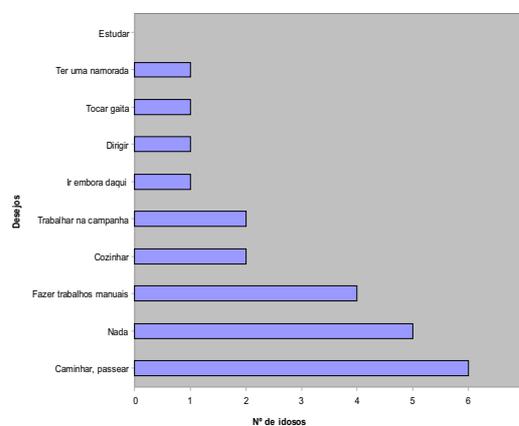
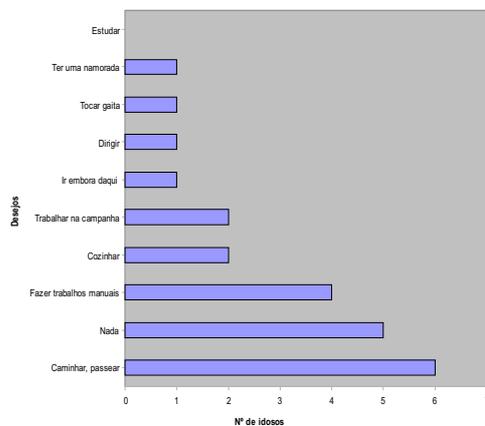
Sentir dores esporádicas (não contínuas) foi o critério de resposta para a classificação do estado de saúde como regular, resposta dada por 3 dos entrevistados.

A classificação como mal estado de saúde, resposta dada por 3 residentes teve como critérios: sentir dores freqüentes, não conseguir se locomover ou ter sérias dificuldades para fazê-lo e não sentir vontade de nada, este último item foi citado pela idosa que relatou ter diagnóstico de depressão.

A análise do gráfico 12 revelou que a maioria das 16 idosas sentem-se bem com relação à sua saúde, utilizaram como critério de resposta a ausência de dor e capacidade de independência. Para a classificação de regular a residente utilizou como critério o fato de não conseguir fazer tudo o que fazia, principalmente tarefas como faxina na casa e lavar roupas, devido a dores articulares. A auto-percepção de mal estado de saúde foi a resposta de 3 idosas, uma possuía diagnóstico de depressão, fato que isoladamente têm forte repercussão sobre a motivação e auto-estima e as outras duas relacionaram com outras perdas associadas déficit visual considerável, uma delas que a impossibilitava de ler e realizar trabalhos manuais e a outra com a perda funcional crescente e sensação de abandono.

Observa-se que na instituição VV, o item independência apareceu como critério eleito para classificação em todas as instâncias de auto-percepção da saúde. Na instituição FGJAG este critério foi eleito por 2 dos entrevistados para classificação de mal estado. Entretanto o critério dor foi utilizado como parâmetro de classificação em todos os níveis, e a diferenciação básica passou a ser a associação ou não com a capacidade funcional. Na instituição VV este foi certamente associado pela necessidade diária das idosas realizarem suas tarefas e experimentarem muitas vezes a dificuldade crescente, tomando consciência desta. Já na instituição FGJAG os residentes são responsáveis somente pelas AVDs, se restringindo aos cuidados pessoais e tornando menos perceptível essa associação, na medida em que as exigências são menores.

#### 5.4 Análise da ocupação do tempo livre, convívio em grupo, atividades lúdicas e recreativas



**G13****Gráfico 13 – O que você gostaria de fazer e não consegue? FGJAG****Gráfico 14 – O que você gostaria de fazer e não consegue? VV. Bagé, 2008**

A análise do gráfico 13 revela que o item mais citado foi caminhar e passear, o que está intimamente relacionado com independência locomotora e sensação de liberdade. A segunda resposta mais citada foi “nada”, mas um nada acompanhado de uma profunda desesperança e ausência de qualquer projeto futuro, fato bastante preocupante.

O desejo de cozinhar e realizar trabalhos manuais foi o terceiro item citado pelas mulheres o que revela a vida ligada aos afazeres do lar e da família. Trabalhar nos afazeres da campanha foi citado por dois homens, o que também revela o desejo de realizar trabalhos braçais, que fizeram parte da rotina, quando o corpo ainda tinha vitalidade e força.

Os demais itens foram citados individualmente são eles: ter recursos financeiros e estudar eletrônica, ir embora da instituição e estar na sua própria casa foi o desejo de outro residente.

A falta de uma companheira, uma namorada, revelou o sentimento de solidão experimentado por um dos moradores. Interessante observar que na instituição mista não existem casais de “namorados”, durante o tempo que visitei a instituição não observei nenhuma amizade com o sexo oposto, os homens permaneciam sentados em pequenos grupos ou isolados e as mulheres também, não havendo grupos mistos de homens e mulheres. O desejo de voltar a dirigir um carro e tocar gaita foi o que almejavam outros dois moradores.

Observa-se pelos relatos que os desejos na maioria são bastante simples e ligados a tarefas desempenhadas na idade adulta- adulta jovem. O levantamento destas atividades têm o objetivo de sugerir e debater com a instituição formas de viabiliza-los, também de servir como ponto de partida para o planejamento de ações de interesse dos investigados.

Conforme o gráfico 14, a resposta mais citada revelou uma sensação de capacidade levando 45% das idosas a responderem: “Nada. Consigo fazer tudo o que quero”, me arrisco a associar este fato, ao modelo adotado pela instituição de casas-lares em que as AVDs, AAVD e AIVD são exercitadas diariamente, colaborando para manutenção da independência e sensação de capacidade.

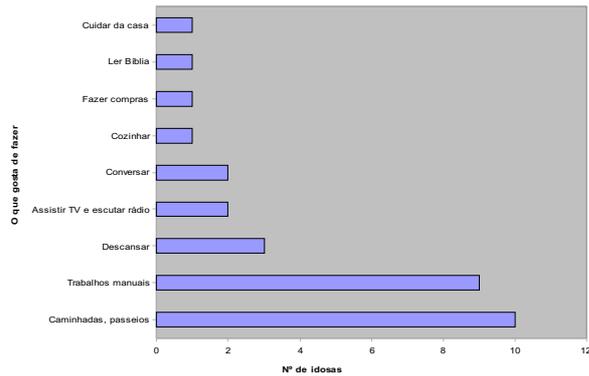
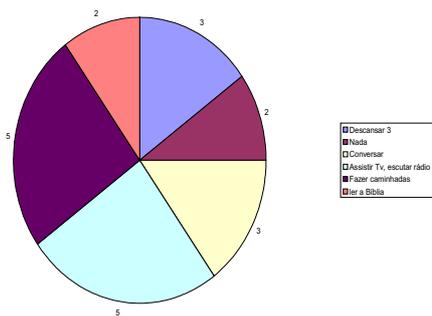
A vontade de caminhar distâncias maiores e realizar passeios foi o desejo revelado por quatro senhoras. Os desejos de trabalhar, limpar a casa, subir escadas e fazer ginástica, revelam a percepção de que o corpo já não possui a mesma resistência e vitalidade, decorrente de fatores motivacionais e físicos, em que estão incluídos aspectos relacionados à saúde física e mental.

Outros aspectos também relacionados à independência foram citados, fazer as próprias compras, ser independente. Fazer trabalhos manuais foi o desejo de uma das residentes, esta recordou o tempo em que havia na instituição o “Grupo de Artesanato” que ela fazia parte.

O sentimento de isolamento e solidão foi abordado na vontade de uma das residentes de ter uma convivência maior com as próprias moradoras da instituição. Uma senhora revelou a vontade de voltar a estudar.

A questão do sistema de moradia baseado em casa-lar, auxilia no processo de manutenção das capacidades e serve de motivação para continuar a vida, as pequenas decisões do orçamento doméstico. Até a percepção de redução das capacidades servem de conscientização para pensar em estratégias, planejar o futuro e exercitar a mente e o corpo na manutenção do máximo possível das capacidades.

A questão do gênero também é importante, já que a mulher por muito tempo foi criada, para desempenhar o papel de dona de casa e mãe, continuando a desempenhar papéis semelhantes, na velhice como avó e auxiliando em serviços domésticos. Certamente a adoção do mesmo sistema de casas-lares apresentaria algumas dificuldades e resistências se adotado em uma instituição mista, quando contextualizamos a época em que esses homens hoje considerados idosos viveram e que para a grande maioria, provavelmente os afazeres domésticos não faziam parte da sua rotina, adotá-los nesta fase da vida é um desafio.



**G15****G16**

**Gráfico 15 – O que você gosta de fazer no seu tempo livre? FGJAG. Bagé, 2008**

**Gráfico 16 – O que você gosta de fazer no seu tempo livre? VV Bagé, 2008**

O Gráfico 15 apresenta as atividades consideradas prazerosas pelos idosos. Dos idosos pesquisados, 3 apontaram o descanso como a principal maneira de ocupar o tempo livre. Este fato é preocupante, já que pode alterar a rotina do sono e acelerar as alterações fisiológicas do envelhecimento ligadas à manutenção da postura, marcha e equilíbrio. Essas descompensações decorrentes do tempo prolongado sentado ou deitado, reflete-se em atrofia muscular, com diminuição da força e resistência e capacidade funcional (OTTO,1987).

Se somarmos o segundo item corresponde à resposta “Nada”, dada por 2 idosos, considerando a ausência de atividade, teremos 5 idosos propensos às conseqüências do sedentarismo. Esta última resposta parece mais séria porque vem acompanhada de um desestímulo bastante visível. Três idosos relataram gostar de conversar, embora esta atividade seja passiva, o indivíduo na maioria das vezes permanece sentado, com pouco movimento corporal, os ganhos no estabelecimento de vínculos, troca de experiências e convivência com o outro é extremamente positivo. Assistir TV e escutar rádio foi a atividade considerada mais prazerosa para 3 entrevistados, ler a Bíblia foi citado por 2 residentes. Somente 5 entrevistados relataram gostar de realizar caminhadas no pátio da instituição. Conforme Frontera (2001) a atividade física gera modificações corporais, o que repercute na imagem que o idoso tem de si mesmo, melhorando em função disso o autoconceito e a afetividade, adquirindo mais confiança em si e no seu corpo.

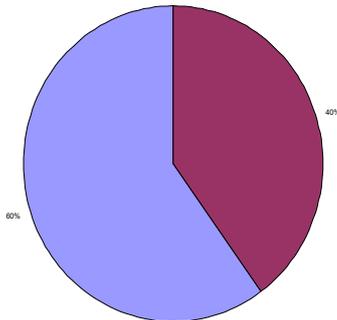
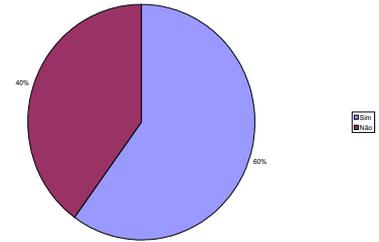
Na análise do gráfico 16 observamos que as caminhadas foram citadas por 10 idosos. Em um estudo conduzido por Berger e McInman (Apud OKUMA, 1997) sobre a personalidade dos idosos que praticavam atividade física e a comparando com a dos que não praticavam concluíram que os praticantes geralmente são mais criativos, inteligentes e auto-suficientes, entretanto os resultados foram atribuídos à características da personalidade dessas pessoas e não somente à atividade física.

Trabalhos manuais (tricô, crochê) foram citados por 9 idosos, o fato de produzir um trabalho em que a atenção, o raciocínio e o trabalho finalizado são mecanismos importantes e acessíveis de manterem a mente ativa. Descansar foi citado por 3 idosos, valendo-se as mesmas considerações feitas na interpretação do gráfico anterior.

Assistir TV e escutar rádio foi citado por 2 idosos, e conversar por outras 2, o

convívio social deste último resultado, revela que as visitas entre as residentes não parece ser freqüente.

Cozinhar, fazer compras e cuidar da casa tiveram a freqüência de resposta de um representante para cada questão e todas revelam, até certo ponto o gosto pela continuidade das tarefas domésticas. Ler a Bíblia foi citado por uma das idosas.



**G17**

**Gráfico 17 – A Sra. participa de alguma atividade física? VV Bagé, 2008**

**Gráfico 18 – Participa de alguma atividade em grupo? VV Bagé, 2008**

**G18**

Este dado foi muito revelador já que 12 das entrevistadas participavam de alguma atividade em grupo 10 freqüentavam grupos de ginástica oportunizados pela prefeitura o “Programa esporte e lazer para todos”, possuindo caráter contínuo, existente à 5 anos e o outro em parceria com a URCAMP – Curso de Fisioterapia – também de caráter contínuo,

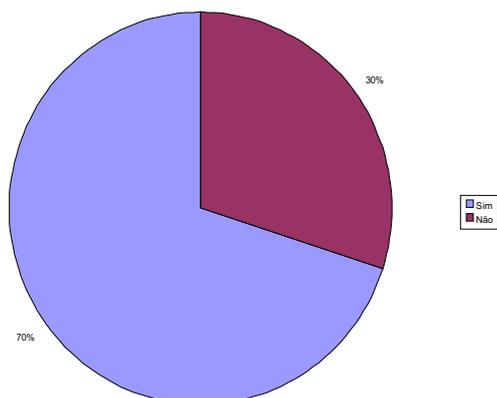
fazendo parte da disciplina de “ Fisioterapia em Geriatria”. Duas senhoras participam da liturgia bíblica na igreja, sendo que uma delas integra o grupo de atividades físicas e do grupo de liturgia.

Existe um desafio a ser vencido o de motivar e mobilizar os restante 8 senhoras, para a prática de atividades em grupo. Nesta etapa da vida o impacto da carência de contatos e da convivência com o outro possui um risco demasiado grande para ser negligenciado ou se aceitar um “não gostar, do convívio com o outro, de sair de casa, de se movimentar, de caminhar...” passivamente. O resgate do convívio social é fundamental para que os idosos vençam obstáculos e dêem continuidade, renovando projetos, mesmo que sejam bastante simples, na forma de pequenas capacidades recuperadas, mas capazes de grandes transformações na auto-estima e motivação.

Na instituição FGJAG nenhum dos idosos entrevistados participa de atividades em grupo visto que as mesmas não são oportunizadas pela instituição, ainda restaria o programa da Prefeitura direcionado a todos os idosos do município, entretanto nenhum dos idosos faz parte deste programa.

Segundo Baltes e Baltes (BALTES apud NERI, 1995) o envelhecimento humano considerado bem-sucedido seria aquele em que o indivíduo utiliza estratégias de seleção, otimização e compensação, que permitem a manutenção, a melhoria da funcionalidade e a potencialização das capacidades de reserva. Entretanto muitos idosos maximizam algumas limitações e com isso direcionam sua energia apenas para o que é negativo, mantendo um sentimento de auto-piedade, resignação e argumentação baseada nas incapacidades crescentes.

O trabalho de recuperação da auto-estima, e a mudança de foco para as possibilidades, exigem muito mais que vontade dos profissionais, exigem conhecimento, muita persistência e adaptações ambientais tanto domiciliares, quanto institucionais bem como a utilização de equipamentos assistivos e o auxílio na medida adequada.



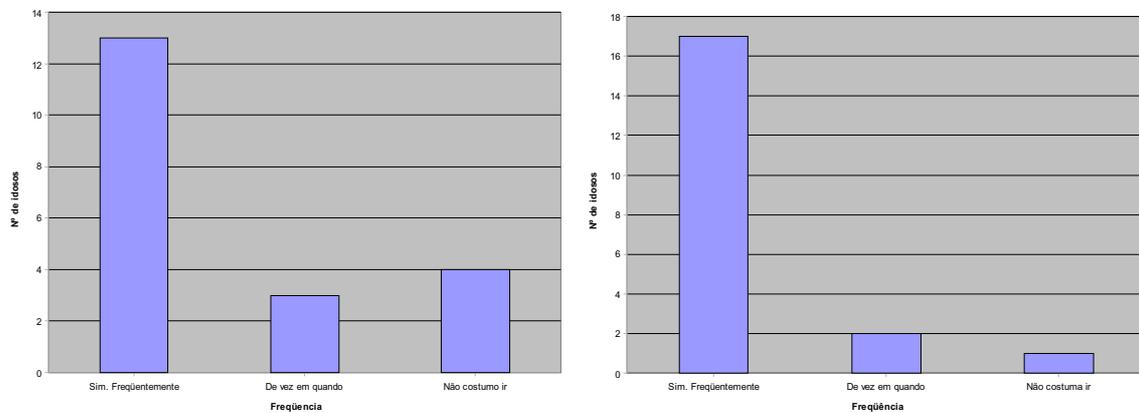
**Gráfico 19 – O Sr(a) gostaria de participar de um grupo de atividade física? FGJAG, Bagé, 2008**

Este dado revela que 14 dos 20 pesquisados revelam interesse em praticar algum tipo de atividade física. Embora 6 participantes respondessem que não gostariam de realizar nenhum tipo de atividade física.

O engajamento de idosos em alguma atividade social, podendo ser incluído também o trabalho com o corpo ou em algo que proporcione prazer e significado para sua vida, constitui uma contribuição importante no tratamento da depressão (VALILO, 2003).

**5.5 Análise da espiritualidade e prática religiosa dos residentes**

A espiritualidade, com o envelhecimento, normalmente é reforçada. Aspectos como a aproximação da morte, o tempo maior para pensar e procurar um significado mais profundo à existência humana influenciam essa retomada à espiritualidade ( PESSINI, 1990).



**G 20**

**G 21**

**Gráfico 20 – O Sr(a) costuma ir à igreja, cultos, celebrações? FGJAG. Bagé, 2008**

**Gráfico 21 – O Sr(a) costuma ir à igreja, cultos, celebrações? VV. Bagé, 2008**

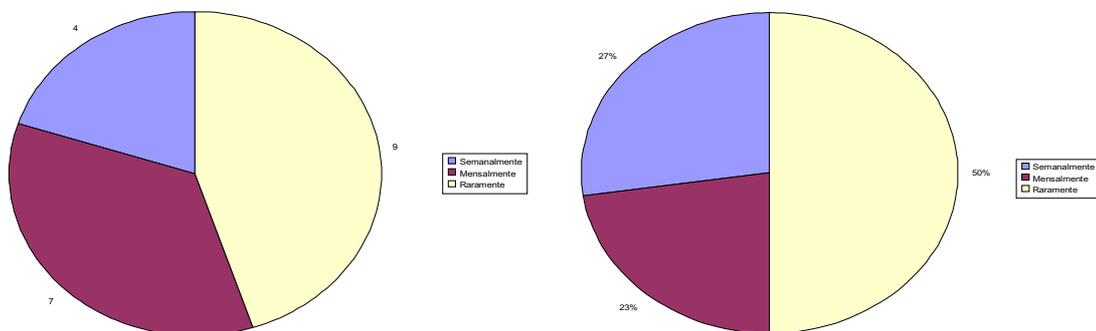
Conforme o gráfico 20, 13 dos entrevistados, 8 homens e 5 mulheres, costumam freqüentar regularmente celebrações religiosas, a maioria na própria instituição, todas as sextas-feiras. A freqüência definida como de vez em quando foi a resposta de 3 homens. Vinte por cento dos entrevistados, 2 homens e 2 mulheres, revelaram não participar das celebrações.

Mesmo nestes “não participantes” pude perceber que a questão da espiritualidade é considerada importante pelos entrevistados. Ocorre muitas vezes o que pode ser caracterizado como a “terceirização” deste serviço pois 02 dos “não participantes”, logo após responderem que não costumavam participar das celebrações, complementaram: “Rezaram por mim quando eu estava doente”. Este fato revela que mesmo não sendo participativo, considera importante o fato de ser lembrado e serem feitas orações pedindo sua recuperação. A questão do gênero não se revelou importante nos resultados, havendo um equilíbrio entre os pesquisados.

Para Moragas (1995), é necessário ampliar as atividades espirituais às quais proporcionam serenidade, melhora da auto-estima e das relações humanas. Essa assistência espiritual deve incluir as instituições como: hospitais, instituições de longa permanência, centros voltados ao atendimento desta população e domicílios familiares.

O gráfico 21 demonstra a grande adesão das idosas em número de 17 às celebrações, a maioria freqüenta a igreja existente no pátio da instituição, e outras freqüentem igrejas próximas. Somente 02 entrevistadas revelaram freqüentar de vez em quando às celebrações e uma delas revelou não freqüentar nenhum tipo de celebração.

Segundo Goldim (2002) O envelhecimento traz consigo a perspectiva e alternativa da morte, principalmente nos casos de doenças graves ou incapacidades permanentes. As religiões partem da concepção da vida como dom divino, sendo o ser humano responsável pelo seu zelo, assim o indivíduo não é proprietário mas guardião da vida. Essa concepção presente na grande maioria das religiões auxilia na manutenção da vida, aceitação e resignação com relação aos problemas insolúveis relacionados ao envelhecimento.



G22

G23

**Gráfico 22 – Costuma receber visitas? Com que freqüência? FGJAG, 2008**

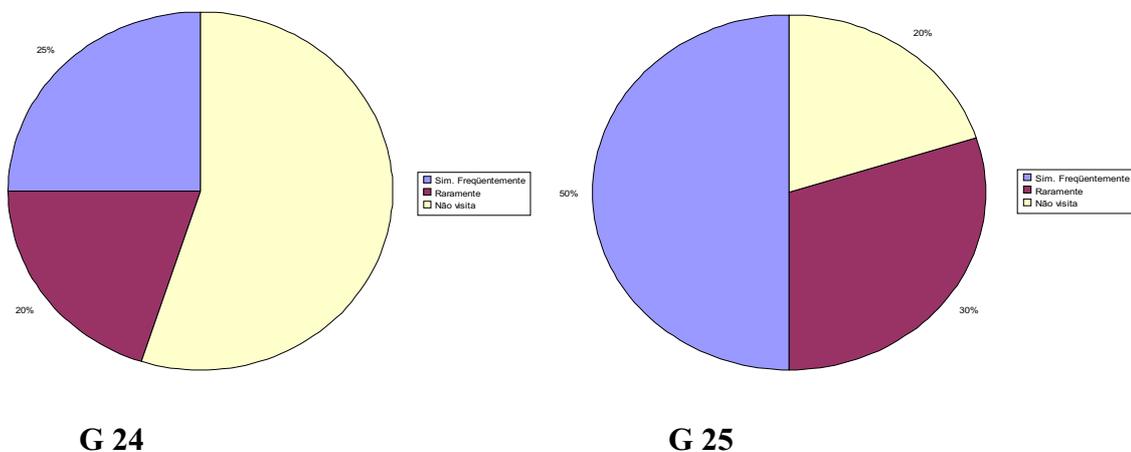
**Gráfico 23 – Costuma receber visitas? Com que freqüência? V.V. Bagé, 2008.**

Conforme o gráfico 22, esta questão foi a maior queixa dos entrevistados de ambas as instituições e, percebeu-se que de fato um número muito pequeno 4 entrevistados recebem visitas semanalmente de familiares ou amigos. A manutenção do vínculo com a família continua sendo importante, entretanto conforme Rodrigues e Rauth (2001) ao longo da história e principalmente no século XX, a família passou por transformações significativas, fugindo ao modelo tradicional, essas mudanças motivaram o enfraquecimento dos vínculos familiares e a redução do número de seus componentes.

A família continua sendo o núcleo primário que dá suporte às diferentes esferas necessárias em todas as fases da vida. Comfort (1979) reforça esta idéia ao considerar tão importante a relação dos netos com os avós quanto a dos próprios pais com os filhos. Esse fato beneficiaria a solidariedade intergeracional e no Brasil compensa em parte a ausência de apoio dos poderes públicos.

Recebem visitas mensais apenas 7 dos idosos e a maioria 9 recebem visitas raramente, normalmente restritas às datas festivas.

Dados semelhantes foram encontrados na instituição VV (gráfico 23), onde apenas 6 residentes recebem visitas com freqüência semanal, 4 recebem visitas mensalmente e 10 raramente recebem visitas. Não houve diferenças significativas relacionadas ao gênero, quando comparadas: a instituição que abriga somente mulheres e a outra instituição mista.



**Gráfico 24 – O Sr(a) costuma visitar parentes, amigos. Com que frequência? FGJAH, Bagé, 2008**

**Gráfico 25 – A senhora costuma visitar parentes e amigos? Com que frequência? V.V. Bagé, 2008**

Conforme o gráfico 24, o termo “freqüentemente” foi considerado para visitas realizadas entre o intervalo de 1 a 2 vezes por mês. Foi utilizada a nomenclatura “raramente” para intervalos entre 2 a 4 vezes no ano. O termo não visitam foi utilizado visando identificar os idosos que não saem com esse objetivo.

Em pesquisa realizada por Rossi e Rossi (Apud LIBERALESSO, 1995, p.101) revelou que 50% dos idosos pesquisados residentes na comunidade tinham contatos semanais com filhos ou irmãos, esses embora reduzidos existiam e eram significativos e talvez suficientes para suprir suas carências.

Carstensen (Apud NERI, 1995, p.101) contrariamente à maioria dos autores, não percebe este fato como sendo um problema, pois existe uma diferença dos contatos realizados entre os adultos jovens, onde os contatos são realizados com o foco voltado para a busca de informações e na velhice onde o idoso torna-se muito seletivo onde a busca são os benefícios emocionais e afetivos, segundo a teoria de seletividade socioemocional

Semelhante achado foi encontrado junto a 5 dos pesquisados, um círculo bastante restrito de relacionamentos, a maioria restrito à familiares próximos (irmãos, filhos, sobrinhos) e amigos principalmente vizinhos da antiga residência. Embora esses relacionamentos provavelmente sejam significativos para o idoso, o número reduzido e o fato da possibilidade dos irmãos e vizinhos terem idades próximas cogita a ocorrência de ausências temporárias ou permanentes o que deixaria este indivíduo sem este vínculo importante e perdendo estas relações que funcionam como sistema protetor em episódios difíceis da vida.

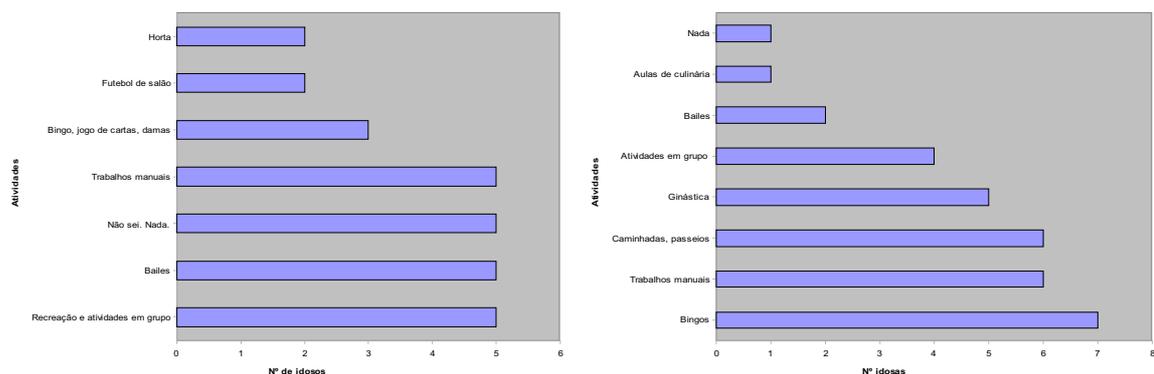
Quatro dos idosos pesquisados visitam raramente familiares e amigos, a raridade do acontecimento torna mais difícil a manutenção do vínculo e aumenta a possibilidade de cessar sua ocorrência.

A observação de que 11 dos entrevistados não saem aponta para algumas hipóteses: alguns não têm condições físicas de realizar deslocamentos maiores, a perda do vínculo com familiares e amigos; a preferência do familiar em visitar ao invés de ser visitado; a perda do contato com o mundo externo à instituição, tornando o idoso totalmente perdido fora da instituição constituem algumas das argumentações possíveis. O portão que dá acesso à

instituição permanece constantemente fechado, funcionando por meio de um porteiro eletrônico, liberado pelos trabalhadores da instituição. Os idosos para saírem precisam comunicar os e receber permissão dos funcionários para alcançarem o exterior da instituição.

Analisando o gráfico 25, ocorre um aumento considerável com relação à frequência de saídas com o intuito de visitar alguém, embora o parentesco com relação aos visitados seja semelhante ao da análise anterior e também se centre na visita à amigos o número de idosas que se desloca com tal objetivo é o dobro. O fato de residirem em casas-lares e terem que sair freqüentemente para fazer compras, favorece o contato externo à instituição facilitando o convívio maior com as pessoas da comunidade e principalmente, vencendo a “inércia” inicial que tende a acompanhar o processo de envelhecimento e manter o corpo em repouso. Cabe ressaltar que o número de relacionamentos significativos é semelhante em ambos os casos, mas os fatores ambientais teriam influência sendo co-responsáveis pela manutenção da independência e de fatores que teriam interferência indireta sobre a manutenção dos relacionamentos sociais. O portão que dá acesso ao exterior da instituição permanece aberto das 07:00 h da manhã às 19:00 h, e a idosa pode sair sem a necessidade de falar com nenhum funcionário da instituição. Após este horário o portão é fechado e o acesso passa a ser lateral, pelo asilo, tendo que falar com as atendentes da noite para sair ou entrar na instituição. O período longo de permanência do portão aberto e o acesso livre também favorecem às saídas.

Das pesquisadas, 6 visitam raramente familiares e amigos e 4 não costumam visitar ninguém fora da instituição. A argumentação anterior também pode ser utilizada neste caso.



**G 26****G 27****Gráfico 26 – Que atividade o Sr(a) gostaria que a instituição lhe oportunizasse?**

FGJAG, 2008

**Gráfico 27 - Que atividade o Sr(a) gostaria que a instituição lhe oportunizasse?**

V.V. Bagé, 2008

Com relação a este questionamento, em conformidade com o gráfico 26, percebemos que os itens mais citados recreação e atividades em grupo e bailes, revelando o desejo de socializar-se e da convivência com o outro. O item trabalhos manuais foi apontado pelas idosas e na instituição percebi uma residente realizando tricô, sendo a lã trazida pela filha. Preocupante a resposta dada por 5 residentes: “Não sei. Nada”, revelando uma completa desesperança e falta de projetos futuro. Nem o resgate na memória de tarefas consideradas prazerosas foi possível. Este fato associado à tendência natural ao isolamento, especialmente nos idosos, decorrente de déficits sensoriais, motores cria um ambiente propício à instalação de alterações mentais, que comprometem seriamente a saúde física e mental.

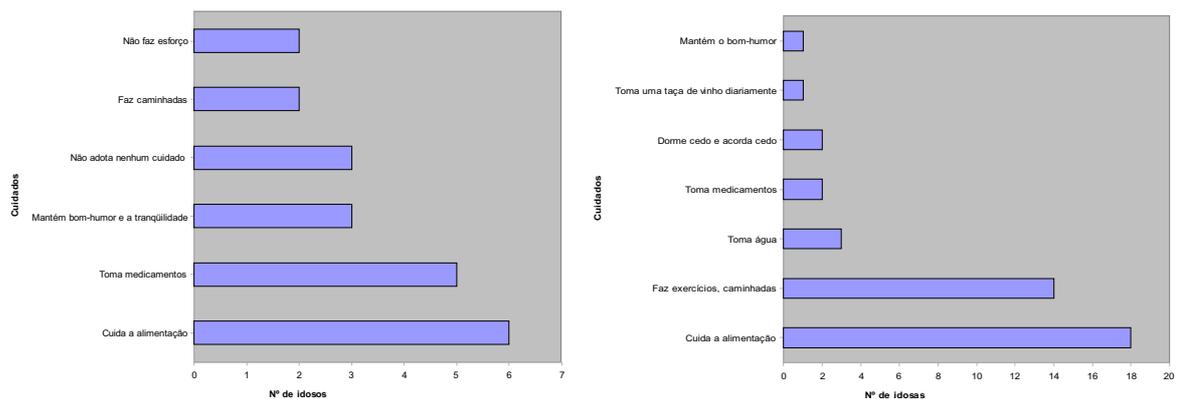
Os jogos como bingo, jogo de cartas e damas foram a sugestão de 3 participantes. De custo considerado baixo esses tipos de jogos estimulam o raciocínio e a memória, além de estimular a competição saudável e a sensação de vitória, importante para manutenção da auto-estima, além de contribuir para a socialização e comunicação.

O futebol de salão foi outro item apontado por 2 senhores, certamente a recordação dos tempos em que jogavam futebol foi a referência encontrada e embora os riscos envolvidos em tal atividade a contra indiquem o desejo de praticá-lo fica na memória, e as recordações de momentos felizes são importantes para manutenção da saúde mental. O trabalho com horta foi sugerido por 2 dos participantes, este sim bem mais acessível e de menor risco, já que a instituição possui uma horta, ambos senhores tiveram sua vida ligada à lida de campo.

Conforme o gráfico 27, a atividade mais solicitada foi a realização de bingos, os benefícios da socialização, convivência e variados estímulos mentais são alcançados com esta atividade sugerida por 7 das senhoras. Trabalhos manuais e caminhadas, passeios foram sugeridos por 6 pesquisadas. Ginástica foi a atividade sugerida por 5 senhoras, somando-se estes 2 últimos percentuais relacionados à atividades físicas (caminhadas, ginástica) temos 11 senhoras simpatizantes de um estilo de vida ativo. Atividades em grupo sem especificação de quais foram sugeridas por 4 das pesquisadas. Bailes foi a sugestão de 2 residentes se

considerarmos também uma atividade física podemos atingir então um público de 13 senhoras dispostas a incluir o movimento corporal no seu cotidiano.

A diversificação da atividade física leva a atingir diferentes públicos e propostas criativas devem fazer parte da estratégia dos trabalhadores proponentes, para manter a garantia de motivação de ambos os lados. Aulas de culinária foi sugerida por 1 das entrevistadas e uma respondeu “Nada” ao questionamento, cabendo ressaltar que esta senhora revelou ter diagnóstico de depressão no item relacionado à doenças crônicas.



## G 28

## G 29

**Gráfico 28 – Cuidados adotados para a manutenção da saúde. FGJAG. Bagé, 2008**

**Gráfico 29 – Cuidados adotados para a manutenção da saúde. V.V. Bagé, 2008**

Considerando-se o gráfico 28, o cuidado com a alimentação foi o mais citado por 18 idosas, tendo os mesmos critérios, evitando-se gorduras e açúcares em excesso. A alimentação nesse caso é de decisão da residente já que ela é independente na escolha dos alimentos. Quatorze residentes adotam a caminhada como medida mantenedora da saúde, resultado da incorporação e percepção da atividade física como benefício real. Tomar água foi citado por 3 participantes. A ingestão de medicamentos foi citada por 2 residentes, constata-se a mudança

de foco que tira a medicação como medida única e mais importante, sendo mais condizente com os novos conceitos de saúde. Dormir cedo e acordar cedo foi a resposta de duas residentes, e tomar uma taça de vinho, é o hábito de uma das entrevistadas. A manutenção do bom humor foi citado como medida para 1 das residentes.

Conforme o gráfico 29, percebemos que os cuidados com a alimentação em ambas as instituições foram os mais citados. Na instituição FGJAG, os residentes recebem a alimentação pronta o que diminui a opção individual. Por outro lado presenciei as refeições dos idosos e a direção e funcionários se orgulham do quesito alimentação, pois diariamente fazem parte do cardápio cinco tipos de pratos diferentes incluindo carnes, saladas, cereais (arroz, feijão, lentilha,...) café da manhã, fruta no meio da manhã, almoço, café da tarde, fruta, jantar (sopa, mingau, copo de leite). Como cuidados foram citados se alimentar bem e evitar gorduras e doces. Tomar medicamentos foi o segundo cuidado mais citado. Se por um lado é importante o controle das doenças, principalmente crônicas através do uso de medicamentos, por outro lado este fato usado como medida única, além de não eficiente, desresponsabiliza o idoso sobre a terapêutica de cuidados pessoais.

Manter o bom-humor e a tranquilidade foram os cuidados citados por 3 entrevistados, estudos conduzidos por Pires (2007) demonstram a influência destes fatores na manutenção da saúde, aliados com a prática de atividade física revelam benefícios sobre a capacidade funcional dos vários sistemas orgânicos, principalmente dos sistemas cardiovascular, respiratório, neuromuscular e metabólico. Fazer caminhadas foram citados por 2 participantes dos entrevistados e outros 2 adotam como cuidado não realizar esforço, este segundo aspecto requer um esforço no sentido da compreensão do residente à respeito do que este considera como esforço, para que não se confunda com sedentarismo, necessitando assim de uma orientação adequada. Três entrevistados revelaram não adotar nenhum cuidado.

## **5.6 Fatores Ambientais**

### **Análise das Instituições FGJAG e VV**

O ambiente, especialmente para o indivíduo idoso exerce uma influência sobre sua funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar. O ambiente "...se refere a um conjunto de atributos físicos, sensoriais, cognitivos, afetivos, espirituais, climáticos e funcionais que nos circundam no dia-a-dia e do qual fazemos parte" (PERRACINI, 2002 p.798). A autora, chama a atenção para o fato dos ambientes serem projetados com uma preocupação mais estética do que com o conceito de "design universal", onde parte-se do princípio que os

ambientes devem permitir que pessoas de todas as idades e capacidades funcionais possam desfrutá-los.

Vivemos em ambientes projetados para indivíduos adultos jovens, medianos e sem déficits funcionais. O envelhecimento crescente da população requer que essas medidas sejam revistas.

Embora exista o regulamento técnico aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2005) que define as normas de funcionamento para as instituições de Longa permanência para idosos – Conforme Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 283 de 26 de setembro de 2005 – na prática as instituições não estão planejadas e as adaptações do ambiente ainda são consideradas precárias.

Com relação à estrutura institucional externa observamos que ambas as instituições possuem área física e espaço para passeio e caminhadas. Na FGJAG não existem degraus na instituição, ela foi construída somente num nível. No portão de entrada até o acesso ao prédio existe um declive, acentuado, oferecendo certo grau de dificuldade ao idoso descondicionado.

A instituição possui pátio arborizado com bancos, semelhantes aos bancos de praça espalhados pelo pátio. O local também é apropriado para banhos de sol e realização de atividade física. Não existe um local específico para realização das atividades físicas, no interior da instituição. Necessitando de adaptações no salão reservado à assistir TV.

O refeitório é amplo, iluminado, entretanto as cadeiras de madeira são pesadas, criando certa dificuldade aos idosos mais frágeis.

Para atividades em grupo, reuniões, palestras normalmente é utilizado o refeitório e a área reservada à assistir TV e conversar, não existem paredes dividindo esses dois ambientes, podendo ser ampliado.

Nos banheiros observou-se a existência de barras de auxílio nos sanitários, e a largura também se revelou adequada à passagem de uma cadeira de rodas, o piso é antiderrapante. O assento do vaso sanitário não é elevado. No local de banho existe uma cadeira no box e barras de segurança laterais.

Nos quartos semelhantes à enfermarias onde ficam 8 camas dispostas, não existem barras de assistência em nenhum local para auxílio nas transferências e para adquirir o ortostatismo. Cabe ainda ressaltar que conforme a RDC 283, o máximo de camas aceitas por quarto são quatro. Também não existem poltronas ou cadeiras, somente as camas. O piso não é antiderrapante, mas o ambiente é iluminado e ventilado adequadamente.

No corredor existem barras paralelas somente em um dos lados e não em toda a extensão.

Na ILP VV o acesso é através do portão central, tendo um declive leve, sem comprometimento ou dificuldade maior, as casas-lares possuem uma calçada cimentada na faixa central que dá acesso à igreja, o piso é de paralelepípedos que representam algum risco pela sua irregularidade. Existe pátio arborizado, onde é realizada atividade física no verão, e o pátio cimentado, que também é utilizado para caminhadas e atividade física.

Não existe um local reservado, específico para atividade física, está é realizada no salão que é utilizado como refeitório pelas asiladas. O piso não é antiderrapante e as cadeiras são de madeira pesadas. Entretanto a iluminação e ventilação são adequadas.

O maior problema observado são os banheiros das casas-lares, os mesmos ficam na parte externa, sendo divididos a cada 2 residentes. O risco está ligado ao seu uso à noite devido a má iluminação no pátio e a exposição principalmente no inverno ao frio. Também a inexistência de barras paralelas de auxílio e o piso que é somente cimento, pode facilitar quedas.

Em muitos locais em que existiam escadas, estas foram substituídas por rampas acrescidas de barras paralelas, mas este fato não atinge a totalidade da instituição.

Modificações internas nas casas-lares, adquirem caráter particular de vontade e responsabilidade do residente, podendo ser sugeridas pelos funcionários da instituição.

A solidariedade presente entre as residentes observada principalmente nos casos de adoecimento e no auxílio de pequenas tarefas compensam algumas deficiências ambientais, sem servirem de justificativa para sua não implantação.

### **Fatores Ambientais**

Os Ambientes devem permitir que pessoas de todas as idades e capacidades funcionais possam desfrutá-los (PERRACINI, 2002).

| Ambientes            | Aspectos Positivos                          | Aspectos Negativos            |
|----------------------|---|-------------------------------|
| Acesso à ILP - FGJAG | Não existem degraus                         | Acentuado aclive e declive    |
| Acesso à ILP – V.V.  | Portão central sem desnível                 | Calçamento de paralelepípedos |
| Corredores FGJAG     | Possuem barra paralela em toda sua extensão | O piso não é antiderrapante   |

|                 |   |  |
|-----------------|---|--|
| Corredores V.V. | Barras restritas às regiões com escadas   | O piso não é antiderrapante  |
| Quartos FGJAG   | Possuem boa iluminação natural e ventilação   | Não existem barras nem poltronas, o piso não é antiderrapante                            |
| Quartos V.V.    | Possuem boa iluminação e ventilação, existem poltronas                                  | Não possuem barras paralelas, o piso não é antiderrapante                                |
| Banheiros FGJAG | Banheiros internos ,amplos com barras paralelas no box e sanitário, piso antiderrapante | O acento do vaso sanitário não é elevado   |
| Banheiros V.V.  | Banheiros amplos embora a porta seja estreita   | Banheiros Externos -não possuem barras – nem piso antiderrapante-o assento não é elevado |

**Fonte: elaborado pelo próprio autor.**

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios de envelhecer no Brasil são enormes as mudanças sociais, científicas e tecnológicas desafiam a capacidade de propiciar um envelhecimento digno ao cidadão brasileiro. Os idosos brasileiros experimentam uma relação de amor e ódio com as instituições e o Estado, sendo ora amados e protegidos, através das legislações, ora odiados e acusados de sorver os recursos do sistema de saúde e da previdência.

Inicialmente era a minha opinião que os idosos institucionalizados, eram em sua grande maioria infelizes e insatisfeitos por terem sido afastados do convívio familiar, mas percebi a complexidade e particularidade do assunto, assim me deparei com todas as situações e considero que as maiores deficiências estão nas condições oportunizadas pelas instituições e não somente no fato do afastamento familiar, pois algumas vezes a dificuldade de convivência era anterior à institucionalização do idoso. As dificuldades de manutenção do idoso no convívio familiar quando este se torna dependente e quando os recursos financeiros e humanos familiares são escassos se constituem nos principais fatores que levam à procura das ILPs.

Pude comprovar minha hipótese de que as AVDs, AIVDs e AAVDs contribuem na manutenção da funcionalidade e da capacidade física e mental dos idosos, embora muitas vezes estes não tenham consciência disso nem seus familiares.

A qualidade de vida oportunizada pelas instituições ainda deixa muito a desejar, condições adequadas de vida e saúde, pressupõe atividades: físicas, recreativas, espirituais e sociais, que estimulem o vínculo e a solidariedade o que se mostrou deficiente, principalmente na instituição mista.

A fisioterapia brasileira é considerada uma das melhores do mundo. Especificamente a fisioterapia geriátrica começa a crescer, prova disso são as publicações e trabalhos científicos a nível de mestrado e doutorado na área. Entretanto ainda existem muitos espaços a serem preenchidos, necessitando de profissionais que unam em seu atuar o conhecimento à prática, esta formação certamente precisa ser direcionada para uma ação profissional que se saiba trabalhar quando necessário de forma autônoma, mas principalmente em equipes multidisciplinares.

Assim o resultado deste estudo apontam para que se reforcem e ampliem a área da geriatria na formação dos futuros profissionais da saúde.

A complexidade do ser humano que envelhece é um desafio para todos, mas principalmente para os profissionais da saúde, elementos que assistem o idoso no momento de desequilíbrio de suas vidas e onde a exigência e responsabilidade são maiores. A reflexão do cotidiano, favorece o questionamento e é a única maneira de direcionar transformações sociais e políticas.

Os objetivos deste estudo foram analisar a funcionalidade dos idosos residentes identificando nas ILPs fatores que contribuem para sua manutenção obedecendo ao previsto no capítulo referente à saúde na PNI; estabelecer um perfil do idoso institucionalizado com relação à capacidade funcional e auto-percepção da saúde; identificar os fatores capazes de contribuir positivamente ou negativamente para a manutenção da capacidade funcional.

Considero-os atingidos. Com relação às ILPs e seu modelo de funcionamento ficou bastante clara a importância de manter ao máximo as atividades. Onde o sistema da ILP VV, se mostrou positivo com relação à manutenção da funcionalidade.

Não se quis com este estudo criar modelos ou sugeri-los de maneira fechada, acredito que o objetivo principal é de analisar, contextualizar, discutir com a direção e funcionários o que pode ser melhorado.

Os extremos não apontam um caminho, sendo necessário dimensionar o envelhecimento, discussões baseadas em dados contextualizados, associados à pesquisas e investimentos na promoção da saúde desde o início da vida, na educação e na distribuição de renda mais equitativa entre a população parece ser o caminho mais viável. Pois o envelhecimento é uma conquista e uma continuidade onde, a criança pobre que não teve

oportunidades de estudar e progredir se transformará no idoso carente de recursos e assistência. A importância de políticas e ações adequadas que possam garantir um mínimo de qualidade de vida em todas as fases são essenciais.

Este desafio deve ser dividido nas três esferas: institucionais, governamentais e familiares. O desafio é enorme para os três, os modelos institucionais deveriam ser uma opção a ser considerada e não a última das opções. Nas instituições pesquisadas pude compreender a importância de manter-se ativo, com poder decisório e capacidade funcional até o limite das possibilidades humanas e só então consentir o auxílio e a assistência necessária. No modelo das casas-lares não me deparei com mulheres infelizes por estarem residindo em uma instituição, pelo contrário encontrei pessoas ativas e convivendo com a dinâmica de uma sociedade que fazia intercâmbios com a comunidade em que vive.

Existe um desafio para todos que convivem e prestam assistência ao idoso, principalmente à equipe de saúde, onde frequentemente temos que vencer a vontade de auxiliar “demais”, e perceber que o auxílio desnecessário se reflete na aceleração de incapacidades.

A família sofreu profundas transformações, sua estrutura se alterou fenômenos como: a entrada da mulher no mercado de trabalho, a urbanização, as dificuldades econômicas, e a redução do número de seus componentes, alteraram sua dinâmica. Esses processos resultantes da sociedade capitalista onde as pessoas são valorizadas conforme sua capacidade de produção deixam o idoso em desvantagem. É preciso ressaltar que fenômeno inverso também ocorre, sendo que o idoso muitas vezes é o provedor do lar, sua aposentadoria é a garantia da sobrevivência dos seus membros, teríamos assim o resgate de parte deste poder, novamente por aspectos econômicos, fruto do modelo de sociedade atual. O vínculo entre os membros da família e a convivência intergeracional pode ser pacífica ou conflituosa, entretanto a diminuição do número de filhos, implica que se tenha menos familiares capazes de cuidar do seu idoso e necessitando de auxílio e amparo das instituições e profissionais qualificados.

Nas instituições pesquisadas pude constatar que os profissionais que prestam assistência ao idoso não possuem nenhum curso nas áreas de geriatria e gerontologia, tendo que aprender na prática e na resolução de problemas surgidos sem conhecimento prévio. Essa constatação provoca insegurança, podendo gerar procedimentos inadequados, que por desconhecimento da equipe são interpretados como adequados. Ressalta-se a importância do estudo da Geriatria e Gerontologia nos cursos da saúde e a oportunidade dos profissionais que trabalham com o idoso de confrontar a teoria com a prática vivenciada, possibilitando que “novos saberes promovam novos fazeres”(RODRIGUES, 2002).

Certamente pontos importantes baseados em ações preventivas, que tenham a preservação da funcionalidade e capacidade dos idosos devem ser coordenadas por unidades básicas de saúde, incorporando e “conversando” com os demais setores, para implementação de projetos que viabilizem o trabalho com os idosos, priorizando necessidades locais.

Finalizando é imprescindível o investimento imediato na saúde, educação e formação técnica dos jovens, nos programas de apoio aos familiares e na manutenção de idosos em atividades produtivas.

A polêmica existente que divide seus argumentadores em 2 mundos sem comunicação: ser contra ou a favor das instituições para idosos, a meu ver constitui-se, em pontos estanques, que descartam a possibilidade de reflexão aprofundada, onde um ponto de vista descarta totalmente o outro, sem levar em consideração que a complexidade do envelhecimento da sociedade, e das relações familiares não pode ter somente uma solução. Atualmente novos modelos de vivência para esta fase da vida, estão surgindo, sendo experimentados, a sociedade clama por um modelo onde seja qual for a alternativa escolhida, esteja assegurado o respeito ao ser humano, possibilidade e oportunidade de garantir seu crescimento e suas necessidades sejam estas, físicas, emocionais e sociais.

Em meu trabalho com idosos institucionalizados, tive a revelação das duas faces da moeda. Pessoas insatisfeitas por estarem ali, no asilo, como elas mesmas referiam e outras que tiravam o melhor do que lhes era oportunizado, participando das atividades propostas, se reunindo com amigas, recebendo visita de familiares, continuando sua vida. São formas distintas de envelhecer, ligadas a aspectos psicológicos, motivacionais e de auto-reflexão.

Fatos particulares ligados à personalidade e situação pessoal de enfrentamento do próprio envelhecer, não devem se confundir e desresponsabilizar as instituições que, em geral, não estão estruturadas para a assistência e atenção que o idoso merece. Faltam recursos financeiros, físicos, pessoal capacitado, responsabilidade, e estratégias que possibilitem a manutenção da funcionalidade.

Em lugares que há grupos de idosos organizados percebe-se que a atividade física é um ótimo caminho para recuperar a funcionalidade perdida, o grupo social a que o indivíduo pertence, as amizades e a ajuda mútua são aspectos fundamentais.

Na instituição percebi a solidariedade e o espírito de cooperação que envolvia a maioria das residentes nas casas-lares. Assim que os déficits funcionais, são percebidos pelas residentes, especialmente com relação as AVDs, normalmente ocorre auxílio da vizinha ou amiga, adiando o ingresso no asilo.

Assim, estes déficits se analisados isoladamente poderiam indicar o ingresso no “asilo”, que é o termo utilizado pelas residentes nas casas-lares para definirem onde residem as senhoras que necessitam de auxílio e cuidados constantes. Entretanto o espírito de solidariedade faz com que estas adiem o ingresso na ala das dependentes, o que considero extremamente positivo, porque enquanto forem responsáveis por si, possuem um objetivo de luta, no que são auxiliadas pelas vizinhas e algumas também por familiares e pessoas da comunidade.

Esta realidade parece estar presente não só a nível institucional mas da população em geral onde a solidariedade e criatividade na administração de recursos limitados têm contribuído mais na assistência aos idosos que a atenção oferecida pelo Estado. (FREITAS, 2002).

Este estudo não teve a pretensão de ditar modelos, mas de apontar alguns caminhos que precisam ser abordados e refletidos para serem inseridos ou não nas ILPs para idosos.

As questões regionais e objetivos que direcionam as ILPs devem contribuir para a auto-formação do trabalhador da saúde do idoso, trabalhando a aptidão diária na prestação de uma assistência digna ao idoso.

O envelhecimento e as doenças onde o fator de risco maior é a própria idade tendem a assumir caráter epidêmico, necessitando que condições de vida digna sejam oportunizadas em todas as fases da vida e que sejam previstas estratégias de controle desde cedo, para que fatores controláveis sejam postos em prática. No Brasil onde o crescimento dessa faixa etária não foi decorrente do desenvolvimento social, mas como consequência de um processo de urbanização, continuando os problemas chaves: má distribuição de renda e a estrutura do poder social que não sofreu alterações significativas. O aumento na expectativa de vida média do Brasileiro ocorreu, sem que proporcionalmente tenham ocorrido melhoras na condição de vida e de saúde da maioria dos brasileiros. A população brasileira e não só os idosos sofrem com más condições de higiene, habitação, trabalho, baixo poder aquisitivo, alimentação deficiente afetando grande parcela da população onde o envelhecimento revela a continuidade e a realidade mais dura deste fato.

O trabalho de recuperação da auto-estima, e a mudança de foco para as possibilidades, exigem muito mais que vontade dos profissionais, exigem conhecimento, muita persistência e adaptações ambientais tanto domiciliares, quanto institucionais bem como a utilização de equipamentos assistivos e o auxílio na medida adequada.

Neste contexto, pode-se dizer que é de fundamental importância refletir sobre este processo diferenciado de trabalho, pois o uso de instrumentos de avaliação possibilita o

reconhecimento de problemas que são comuns na população de idosos e freqüentemente negligenciados, permite modificar o foco de intervenção centrada na doença para uma intervenção preventiva e de manejo clínico pró-ativo daqueles problemas que mais afetam a qualidade de vida do idoso, fortalecendo e qualificando os espaços de escuta, tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários. Desse modo, o entendimento das necessidades especiais dessa etapa da vida facilita o planejamento conjunto de ações, por parte da equipe e familiares, para que seja proporcionado o suporte físico, afetivo e espiritual que o idoso necessita para viver com mais dignidade.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília: ANVISA; 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de ética em pesquisa. Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 1.395/99, Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, 1999.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. 4.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BORTZ, Walter M. **Viva mais de cem anos**. Rio de Janeiro, Record, 1995.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: problema para quem? Rio de Janeiro, 2001, mimeo.

CAMARGO, A. B. M. e SAAD, P. M. A transição demográfica no Brasil e seu impacto na estrutura etária da população. In: **O idoso na grande São Paulo**. São Paulo: Seade, Coleção Realidade Paulista, 1990. pp. 9-25.

CHAIMOWICZ, F. Health of the Brazilian elderly population on the eve of the 21 st century: current problems, forecasts and alternatives. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.31, nº2, 1997. Disponível em: [http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo). Acesso em: 10 Ago/2007.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DO IDOSO - DECRETO Nº 4.227, DE 13 DE MAIO DE 2002 - Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências.

COSTA, L. V. A. Apresentação. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: uma agenda para o final do século, 1., 1996, Brasília. Anais...Brasília,1996.

COUTRIM, R.M. da E. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. **Sociedade e estado**, 2006, vol.21, n.2, ISSN.

DERNTL, Alice. **Envelhecimento demográfico brasileiro**. São Paulo: Guanabara, 2002.

ESTATUTO DO IDOSO - LEI N o 10.741, DE 1 o DE OUTUBRO DE 2003 - LEI N o 10.741, DE 1 o DE OUTUBRO DE 2003 - Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

FREITAS, M. C.; MARUYAMA, S.A.T., FERREIRA T.F., MOTTA, A.M.A. **Perspectivas em gerontologia e geriatria:revisão da literatura**. Revista Latino Americana. Enfermagem 2002 março-abril.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R.D.; NERY, M. R. in: FREITAS, Elizabeth Viana de. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro:Guanabara, 2002.

FRONTERA, Walter R. **Exercício físico e reabilitação**. Porto Alegre:Artmed, 2001.

GOLDIM, José Roberto. Bioética e envelhecimento. In: FREITAS et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GUCCIONE, A.A. **Fisioterapia geriátrica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE, 2000). Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidosohtm>>. Acesso em: 10 abr. 2005.

JURILZA – RED Latinoamericana de Gerontologia – Editado por: RLG (23 de Febrero de 2004) Canal: estudos monografias y ponencias – MENDONÇA, Jurilza Maria Barros de; ARAÚJO, Roberto Costa. Brasília – Brasil, Outubro de 2003. – Secretaria Ejecutiva de la Secretaría Ejecutiva del Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos de la Secretaría Especial dos direitos Humanos Del Gobierno de Brasil.

KÜBLER-ROSS, E. **A roda da vida: memórias do viver e do morrer**. 3.ed. Rio de Janeiro: GMT, 1998.

LAMPINEN, P; HEIKKINEN, E. Reduced mobility and physical activity as predictor depressive symptoms among community-dwelling older adults: an eight-year followup study. *Aging Clin. Exp. Res.*, n.15, 2003. Disponível em: <<httpwww.periodicosapes.gov.br>>. Acesso em: 20 mar. 2006.

MEISTER, J.A.F. O sentido nas diversas etapas da vida. In: TERRA, N.L.(Org.). **Envelhecendo com qualidade de vida: programa Geron da PUCRS**. Porto Alegre:EDIPUCRS, 2001. pp.51-54.

MENDES, Márcia R. S. et al. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração**. Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 18, n.4, Out-dez 2005.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000400011&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400011&Ing=pt&nrm=iso). Acesso em: 25/05/2008.

MENDONÇA, Jurilza M<sup>a</sup> B. de. **O Brasil e a pessoa idosa**. Out. 2003. Secretaria executiva do Conselho Nacional dos direitos do Idoso da secretaria especial dos direitos humanos do Governo do Brasil. Out. 2003.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MORAGAS, Ricardo Moragas. **Gerontologia Social : Envejecimento y calidad de vida**. Barcelona: Herder, 1995.

NERI, A. L. (Org.) . **Psicologia do envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida**. Campinas, SP:Papirus, 1995.

\_\_\_\_\_. Qualidade de vida na velhice. **In: Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso**. 2.ed. ampl. Barueri São Paulo: Manole, 2007. Cap. 1, p. 4-29.

NOGUEIRA, V. M. R; SIMIONATO, I. O direito à saúde nos textos constitucionais. *In: Direito à saúde: discurso, prática e valor. Uma análise nos países do Mercosul. Relatório Parcial de Pesquisa*. Projeto Plano Sul de Pesquisa e Pós-Graduação – CNPq/ FUNCITEC. UFSC. Florianópolis, 2002.

OKUMA, S.S. **O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico**. Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997, 381p.

OLIVEIRA, A. L. T.; LUSTOSA, H. P. C. **Programa de intervenção e reabilitação para a terceira idade: uma proposta fisioterapêutica**. 2005. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Potiguar (UNP).

OTTO, E, R de C. **Exercícios físicos para a terceira idade**. São Paulo: Manole, 1987.

PARAHYBA, M.I.; VERAS, R.;MELZER, D. **Incapacidade funcional entre mulheres idosas no Brasil**. Revista de Saúde Pública, jun. 2005, vol.39,nº3.

PAPALÉO NETTO, M. Questões metodológicas na investigação sobre velhice e envelhecimento. *In: FREITAS, E.V. et al (Ed.). Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap.10, p.91-105.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. *In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro:Guanabara,2002. pp.79-84.

PAIXÃO Jr., Carlos Montes; REICHENHEIM, Michael E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, 2005, vol.21, n. 1, ISSN 0102-311X.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. *In: MORAES, M.; DEBERT, G.;PEIXOTO, C. Velhice ou terceira idade?*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.pp.69-84.

PERRACINI, Mônica Rodrigues. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. in: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PESSINI, Leocir. **Morrer com dignidade**. Aparecida. São Paulo: Editora Santuário, 1990.

PIRES, Cássio Mascarenhas R. Fisiologia do exercício aplicada ao idoso. In: REBELATTO, José Rubens, MORELLI, José Geraldo da Silva. **Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso**. 2.ed. ampl. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO – Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO - Portaria 1395/GM - POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO - Portaria n.º 1.395/GM Em 10 de dezembro de 1999. PROGRAMA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS – PNDH II - Garantia do Direito à Igualdade – Idosos

RAMOS, Luis Roberto. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, Elizabeth Viana de. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

RAUCHBACH ROSEMARY, A **Atividade Física para a 3ª Idade**. 1ª edição. Curitiba –PR: Lovise, 1990.

RODRIGUES, A. de M. **Construindo o envelhecimento**. Pelotas: Educat, 1998.

RODRIGUES N. C.; RAUTH, J.Cap. 12 Os desafios do envelhecimento no Brasil. **In: Tratado de geriatria e gerontologia**.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SHIGUEMOTO, Gilberto E. Avaliação do idoso: anamnese e exame da performance física. **In: Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso**. 2.ed. ampl. Barueri São Paulo:Manole, 2007. Cap. 3, p. 85-118.

SILVEIRA, T. M. da. Depressão. In: BERTHOLASCE, A. C. et al. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: UnATI, 2002.

SIQUEIRA, A. B.; CORDEIRO, R. C.; PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. **Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos**. Revista de Saúde Pública, 2004, vol.38, n. 5, ISSN 0034-8910.

STUCK, A.E.; WALTHER, T.J.M.; NIKOLAUS, T.;BULA, C.J.;HOHMANN, C.;BECK, J.C. **risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review**. Soc. Sci Med, 1999.

TIER, Cenir Gonçalves. **Depressão em idosos residentes em uma instituição de longa Permanência (ILP): identificação e ações de enfermagem e saúde**. Rio Grande: FURG, 2006. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande. - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2006.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**: 1.ed. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLILLO, R. **Depressão**: o mal do século atinge todas as idades. 2003. Disponível em: <[www.techway.com.br/techway/revista\\_idoso/comportamento/comportamento\\_renata.htm](http://www.techway.com.br/techway/revista_idoso/comportamento/comportamento_renata.htm)> Acesso em: 25 jun.2006.

VERAS, Renato P. **País jovem de cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. 3.ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994.

VIEIRA, E. B. Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

ZACARON, K. et al. **Nível de atividade física, dor e edema e suas relações com a disfunção muscular do joelho de idosos com osteoartrite**. Revista Brasileira de Fisioterapia. São Carlos, V.10, nº3, 2006.

## APÊNDICE

## Apêndice “A”

### Carta de Solicitação de Autorização para Realização da Pesquisa

#### Termo de Consentimento livre e Esclarecido

Ilmo. Sr<sup>a</sup>. Lúcia Helena de Menezes Sefrin

MD Presidente da Fundação Geriátrica José e Auta Gomes

Senhora Presidente

Solicito autorização para realizar, nesta instituição, uma pesquisa cujo título é “Políticas de saúde do idoso – implementação em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) sob a perspectiva da funcionalidade como parâmetro de saúde”. Procurarei identificar as ações políticas desenvolvidas nas ILPI, relacionando o grau de funcionalidade como principal parâmetro de análise da saúde dos idosos residentes.

Para realizar esse estudo precisarei entrevistar individualmente os idosos residentes nesta ILPI, além de aplicar-lhes um instrumento de coleta dos dados, para identificação da existência de problemas relacionados à funcionalidade.

Na apresentação dos resultados, será mantido o anonimato dos participantes. Ressalto ainda que estou e estarei disponível para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Seu consentimento é indispensável para realização desse estudo, podendo ser cancelado a qualquer momento, sem que isso possa causar ônus à instituição.

Sendo o que tinha a tratar no momento e certa de contar com sua colaboração, subscrevo-me.

---

Ft. Ionara Hoffmeister  
Responsável pela pesquisa  
Fone: (53) 3241 8001 - 99790555

---

Lúcia Helena de Menezes Sefrin  
Presidente Fundação Geriátrica José e Auta Gomes

Ilmo. Sr. Luciano Rivarola Costa

MD Presidente da Sociedade São Vicente de Paula – Vila Vicentina

Senhor Presidente

Solicito autorização para realizar, nesta instituição, uma pesquisa cujo título é “Políticas de saúde do idoso – implementação em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) sob a perspectiva da funcionalidade como parâmetro de saúde”. Procurarei identificar as ações políticas desenvolvidas nas ILPI, relacionando o grau de funcionalidade como principal parâmetro de análise da saúde dos idosos residentes.

Para realizar esse estudo precisarei entrevistar individualmente os idosos residentes nesta ILPI, além de aplicar-lhes um instrumento de coleta dos dados, para identificação da existência de problemas relacionados à funcionalidade.

Na apresentação dos resultados, será mantido o anonimato dos participantes. Ressalto ainda que estou e estarei disponível para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Seu consentimento é indispensável para realização desse estudo, podendo ser cancelado a qualquer momento, sem que isso possa causar ônus à instituição.

Sendo o que tinha a tratar no momento e certa de contar com sua colaboração, subscrevo-me.

---

Luciano Rivarola Costa  
Presidente Vila Vicentina – Sociedade São Vicente de Paula

---

Ft. Ionara Hoffmeister  
Responsável pela pesquisa  
Fone: (53) 3241 8001 – 99790555

### **Termo de Consentimento livre e esclarecido**

Declaro ter sido esclarecido acerca do objetivo, da forma de participação e da utilização das informações desse estudo, bem como estou ciente de que poderei cancelar este consentimento a qualquer momento, sem que isso possa causar ônus para mim ou para a instituição.

Na apresentação dos resultados, será mantido o anonimato dos participantes. Ressalto ainda que a pesquisadora estará disponível para qualquer esclarecimento que se faça necessário em qualquer fase de andamento da pesquisa.

Assim, aceito fazer parte da pesquisa intitulada :“Políticas de saúde do idoso – implementação em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) sob a perspectiva da funcionalidade como parâmetro de saúde”.

---

Idoso Residente na Instituição ou Responsável

---

Ft. Ionara Hoffmeister  
Pesquisadora  
Fone: (53) 3241 8001 - 99790555

## Apêndice “B”

### Entrevista estruturada realizada com o idoso residente

1. O Sr(a) possui alguma doença crônica?
2. Como se sente em relação à sua saúde?
3. O que você gostaria de fazer e não consegue?
4. O que você gosta de fazer no seu tempo livre?
5. Participa de alguma atividade em grupo( ginástica, artesanato, passeios) ?
6. O senhor (a) gostaria de participar de um grupo de atividade física?
6. Costuma ir à igreja, cultos, celebrações?
7. Costuma receber visitas? Com que frequência?  
( ) Semanalmente; ( ) mensalmente; ( ) Raramente;
8. Costuma visitar parentes, amigos,...? Com que frequência?
9. Que cuidados você adota para manter sua saúde?
10. Que atividade o Sr (a) gostaria que existisse na instituição?

## Apêndice “C”

### Ficha de observação Institucional – Adaptações do Ambiente para o idoso

#### II – Estrutura da instituição: Ficha de observação – Dados de observação e verificação do pesquisador quanto a:

Área física do local.

Área física para passeio, caminhadas.

Área física p/ tomar sol.

Salão p/ confraternização /palestras/cursos.

Sala p/ refeitório.

Local p/ atividade física.

#### **Estrutura arquitetônica:**

- a) Observação da existência ou não de estruturas capazes de facilitar a funcionalidade do idoso: (rampas, barras, assentos elevados,...)
- b) Observação de barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso e a funcionalidade;

**ANEXOS**

## Anexo “A”

### **Formulário de entrevista para o idoso residente**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nasc. \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_\_

### **Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD)**

| Atividade          | Independente   | Sim | Não |
|--------------------|--|-----|-----|
| 1. Banho           | Não recebe ajuda ou somente ajuda para uma parte do corpo  |     |     |
| 2. Vestir-se       | Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos                           |     |     |
| 3. Higiene pessoal | Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda ( pode usar andador ou bengala) |     |     |
| 4. Transferência   | Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda ( pode usar andador ou bengala)        |     |     |
| 5. Continência     | Controla completamente urina e fezes   |     |     |
| 6. Alimentação     | Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)                                    |     |     |
| 7. Deambulação     | Consegue se deslocar dentro de casa com passos seguros   |     |     |
| 8. Caminhar        | Consegue caminhar cerca de 100 m (pode usar andador ou bengala)  |     |     |

Modificado de Katz S, Downs TD, Cash HR et al. Gerontologist, 1970; 10:20-30.

Os itens 7 e 8 não fazem parte do documento original, tendo sido acrescentados pelo autor do estudo. O escore total é o somatório de respostas “sim”. Os critérios de classificação também são diferentes do documento original, tendo sido elaborados pelo autor da pesquisa.

## Anexo “B”

### Critérios para classificar a “Escala de Atividades da Vida Diária” – AVDs

| Soma total dos pontos | Nível independência/dependência |
|-----------------------|---------------------------------|
| 08 pontos             | Independência total +           |
| 07 pontos             | Independência -                 |
| 06 pontos             | Dependência parcial +           |
| 05 pontos             | Dependência parcial -           |
| 04 pontos             | Dependência importante +        |
| 03 pontos             | Dependência importante -        |
| 02 pontos             | Dependência submáxima +         |
| 01 ponto              | Dependência submáxima -         |
| 0 pontos              | Dependência máxima              |

Obs.: os sinais de positivo (+) e negativo (-) se referem a uma mesma nomenclatura por ex.: independência, porém com reforço + quando a soma foi total para aquele item ou – quando revelou deficiência numa questão, porém ainda pertence à categoria de independente. Os demais itens seguem esse mesmo raciocínio.

## Anexo “C”

**Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton**

|  |  |             |
|--|--|-------------|
| 1. O Sr.(a) consegue usar o telefone?  | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 2. O Sr.(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais? | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 3. O Sr.(a) consegue fazer compras?  | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 4. O Sr.(a) consegue preparar suas próprias refeições?   | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 5. O Sr.(a) consegue arrumar a casa?   | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 6. O Sr.(a) consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?                               | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 7. O Sr.(a) consegue lavar e passar sua roupa?   | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 8. O Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose e horário correto?  | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 9. O Sr.(a) consegue cuidar de suas finanças?  | Sem ajuda<br>Com ajuda parcial<br>Não consegue | 3<br>2<br>1 |

Para cada questão, a primeira resposta significa independência; a segunda, capacidade com ajuda; e a terceira dependência. A pontuação máxima é de 27 pontos e o escore tem um significado apenas para o paciente individual, servindo como base para comparação evolutiva. As questões 4 a 7 foram excluídas na ILP – FGJAG devido o modelo de funcionamento diferenciado.

**Anexo “D”****Ficha de observação Institucional – Adaptações do Ambiente para o idoso****II – Estrutura da instituição: Ficha de observação – Dados de observação e verificação do pesquisador quanto a:**

Área física do local.

Área física para passeio, caminhadas.

Área física p/ tomar sol.

Salão p/ confraternização /palestras/cursos.

Sala p/ refeitório.

Local p/ atividade física.

**Estrutura arquitetônica:**

a) Observação da existência ou não de estruturas capazes de facilitar a funcionalidade do idoso: (rampas, barras, assentos elevados,...)

b) Observação de barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso e a funcionalidade;