

A CONDIÇÃO DE SAÚDE DE IDOSAS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Maria Helena Lenardt¹, Tatiane Michel², Ana Elisa Casara Tallmann³

RESUMO: O estudo teve como objetivo revelar as características multidimensionais das condições de saúde da população idosa feminina residente em instituição de longa permanência no município de Curitiba/PR. Trata-se de pesquisa quantitativa transversal descritiva, realizada em uma instituição de longa permanência, junto a 20 idosas residentes, no período de abril a julho de 2008. Os dados foram coletados mediante aplicação do questionário *Brazil Old Age Schedule* (BOAS) e registros dos prontuários, e organizados por estatística descritiva e distribuição de frequência. A média de idade das idosas foi de 79,82 ($\pm 8,23$) anos. As doenças crônicas mais frequentes foram: HAS ($n=17;85\%$), dislipidemias ($n=7;35\%$), depressão ($n=7;35\%$), deficiência visual ($n=6;30\%$), diabetes ($n=5;25\%$), varizes ($n=5;25\%$) e artrose ($n=5;25\%$). A média de medicamentos utilizados foi de 6,05. Observou-se elevada prevalência de doenças crônicas e consumo de medicamentos na população estudada. A identificação de potencialidades e necessidades guia o planejamento e execução da assistência gerontológica.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Instituição de longa permanência para idosos; Assistência a idosos; Doença crônica.

THE HEALTH CONDITION OF FEMALE AGED RESIDENTS ON A LONG TERM CARE INSTITUTION

ABSTRACT: The survey had the objective to reveal the multi-dimensional properties of the female aged residents' health conditions on a long term care institution in Curitiba/PR. It is a quantitative transversal descriptive research, developed on a long term care institution, with 20 aged residents, from April to July 2008. Data were collected through the questionnaire *Brazil Old Age Schedule* (BOAS) and the registries from the medical records and organized using descriptive statistics and distribution of frequency. The elderly's mean age was of 79,82 ($\pm 8,23$) years. The most frequent illnesses: SAH ($n=17;85\%$) dislipidemias ($n=7;35\%$), depression ($n=7;35\%$), visual deficiency ($n=6;30\%$), diabetes ($n=5;25\%$), varices ($n=5;25\%$) and arthritis ($n=5;25\%$). The mean of medicines used was of 6,05. It was observed a high prevalence of chronic diseases and medicines consumption on the population studied. The identification of the potentials and necessities guide the planning and execution of the gerontological assistance.

KEYWORDS: Homes for the aged; Aged; Old age assistance; Chronic disease.

LA CONDICIÓN DE SALUD DE ANCIANAS RESIDENTES EN INSTITUCIÓN DE LARGA PERMANENCIA

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo revelar las características multidimensionales de las condiciones de salud de la población anciana femenina residente en institución de larga permanencia en el municipio de Curitiba/PR. Se trata de una investigación cuantitativa transversal descriptiva, realizada en una institución de larga permanencia, junto a 20 ancianas residentes, en el periodo de abril a julio de 2008. Los datos fueron recolectados por medio de aplicación de un cuestionario *Brazil Old Age Schedule* (BOAS) y registros de los prontuarios, y organizados por estadística descriptiva y distribución de frecuencia. El promedio de edad de las mujeres mayores fue 79,82 ($\pm 8,23$) años. Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron: HAS presión arterial alta ($n=17;85\%$), dislipidemias ($n=7;35\%$), depresión ($n=7;35\%$), deficiencia visual ($n=6;30\%$), diabetes ($n=5;25\%$), várices ($n=5;25\%$) y artrosis ($n=5;25\%$). El promedio de remedios usados fue 6,05. Se observó elevada prevalencia de enfermedades crónicas y consumo de remedios en la población estudiada. La identificación de potencialidades y necesidades guía la planificación y ejecución de la asistencia gerontológica.

PALABRAS CLAVE: Anciano; Institución de larga permanencia para ancianos; Asistencia a ancianos; Enfermedad crónica.

¹Doutora. Professora Sênior do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná-UFPR. Líder do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos-GMPI/UFPR.

²Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Bolsista PROF/CAPES. Membro do GMPI/UFPR.

³Professora do curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas do Brasil-Unibrasil. Membro do GMPI/UFPR.

Autor correspondente:

Tatiane Michel

Rua XV de Novembro, 1500 - 80060-000 - Curitiba-PR

E-mail: tatiane.michel@uol.com.br

Recebido: 12/05/09

Aprovado: 28/06/09

INTRODUÇÃO

A progressão das doenças crônicas ocasiona amplas repercussões na vida das pessoas idosas afetadas. Muitas vezes elas são múltiplas e quando não são adequadamente acompanhadas ocasionam dificuldades na realização das atividades de vida diária e nas relações sociais. A atuação do profissional enfermeiro pode contribuir para prevenir ou retardar o aparecimento de condições incapacitantes⁽¹⁾.

As prevalências de doenças crônicas e de incapacidade aumentam com a idade, em ambos os sexos. Dos 28.943 idosos participantes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD/98, observou-se que 69% possuem pelo menos uma doença crônica, 43,9% hipertensão arterial, 37,5% artrite e o gasto mensal com medicamentos compromete um quarto da renda de metade da população brasileira⁽²⁾.

As mulheres tendem a viver mais, sendo sua expectativa de vida aos 60 anos de idade, em média, de 19,3 anos, enquanto que para os homens é de 16,8 anos. A ocorrência de deficiências físicas e mentais é maior entre elas, muitas moram sozinhas em decorrência da viuvez, têm menor nível de escolaridade e menor acesso a aposentadoria⁽³⁾. Os aspectos sociais, somados aos longos períodos de doenças crônicas e a solidão tornam as mulheres idosas mais suscetíveis à incapacidade e à utilização dos serviços de saúde.

O processo de envelhecimento associado à presença de doenças crônicas aumenta a necessidade de apoio social e profissional. Das 251 instituições de longa permanência existentes no Estado do Paraná, aproximadamente 40% delas abrigam somente idosos independentes, enquanto que 25% abrigam semidependentes e 35% idosos dependentes para a realização das atividades de vida diária⁽⁴⁾.

Para as instituições que abrigam idosos é imprescindível que tenham disponíveis os registros atualizados sobre as condições de saúde, bem como sobre os graus de dependência funcional e as deficiências físicas e cognitivas. Esses registros contribuem para a monitoração de alterações sobre o estado inicial, avaliação da eficácia terapêutica, identificação de potencialidades, riscos e demandas de cuidados e guiam o planejamento da assistência gerontológica multiprofissional.

As condições de saúde da população idosa podem ser determinadas a partir de seus perfis de morbidade e mortalidade, da presença de *déficits*

físicos e cognitivos, da utilização de serviços de saúde, além de outros indicadores mais específicos, como a percepção da própria saúde⁽²⁾. A capacidade funcional é um componente chave na avaliação da saúde do idoso, pois influencia diretamente sua autonomia, independência, bem-estar e sua manutenção na comunidade⁽⁵⁾.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde⁽¹⁾, quando os fatores de risco comportamentais e ambientais de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos, as pessoas permanecem sadias e capazes de cuidar de sua própria vida à medida que envelhecem. A saúde, participação e segurança constituem-se nos três pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo.

As descrições situacionais trazem subsídios fundamentais para qualquer modalidade de ação junto à população idosa. A identificação das características e agravos à saúde gera contribuições significativas para o planejamento e execução de um cuidado digno, voltado às necessidades e especificidades das idosas residentes em instituição de longa permanência.

O objetivo deste estudo foi revelar as características multidimensionais das condições de saúde da população idosa feminina residente em instituição de longa permanência no município de Curitiba-PR.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa de caráter quantitativo com delineamento transversal classificada como descritiva. O estudo foi realizado em uma instituição de longa permanência de caráter privado e filantrópico onde residem 153 mulheres, no período de abril a julho de 2008.

A instituição possui uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, administradores, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, odontólogo, farmacêutica, psicóloga, auxiliares de enfermagem, cuidadores de idosos e funcionários para a realização dos demais serviços como a limpeza, lavanderia, manutenção, cozinha, recepção, vigia, porteiro, motorista, *marketing*, publicidade, contabilidade e advocacia. De acordo com a definição da RDC n. 283⁽⁶⁾, cuidadores de idosos são “as pessoas capacitadas para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades da vida diária”.

A amostra do estudo foi selecionada segundo

os seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 65 anos, completos até o dia do início da coleta de dados; residir na ILPI há pelo menos três meses; ser física e cognitivamente capaz de responder aos questionamentos do minixame do estado mental-MEEM; obter pontuação no MEEM acima dos pontos de corte propostos por Bertolucci e colaboradores de 13 pontos para analfabetas, 18 pontos para aquelas com escolaridade baixa e média e 26 pontos para aquelas com escolaridade alta⁽⁷⁾; preencher e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido-TCLE.

A Organização Mundial de Saúde⁽¹⁾ demarca o início da velhice como sendo as pessoas com 65 anos de idade nos países desenvolvidos e 60 anos de idade para os países em desenvolvimento. Considerou-se pessoa idosa para este estudo aquela com idade igual ou maior de 65 anos a fim de facilitar os critérios de comparação às pesquisas realizadas em outros países.

Os critérios de exclusão foram: expressarem voluntariamente, a qualquer momento, o desejo de interromperem sua participação no estudo; apresentarem expectativa de vida inferior a seis meses, devido a doenças terminais devidamente diagnosticadas e documentadas; idosas que durante o período de pesquisa forem transferidas para outra ILPI ou hospital.

O processo de determinação da amostra teve início com a revisão dos prontuários a fim de selecionar as idosas aptas a participar do estudo por meio dos critérios de inclusão e exclusão. Neste item foram excluídas 46 idosas no critério etário, 2 pelo tempo de institucionalização e 17 com surdez, afasia ou retardo mental documentados nos prontuários.

A partir de observação e diálogo com as idosas foram identificadas aquelas com capacidade de manter diálogo, o que é necessário para a aplicação do minixame do estado mental-MEEM. Nessa etapa, as idosas com demência em estágio avançado ou comprometimento cognitivo acentuado devido a doenças neurológicas ou psiquiátricas foram excluídas. Por tratar-se de idosas residentes em instituição de longa permanência, é grande a prevalência desses transtornos físicos e cognitivos graves, restringindo o tamanho da amostra para o *screening* cognitivo a 34 idosas.

As 34 idosas selecionadas foram convidadas a realizar o MEEM. Utilizou-se nesse estudo o minixame do estado mental proposto por Folstein em 1975⁽⁸⁾ e adaptado por Brucki e colaboradores⁽⁹⁾ e a partir dos escores obtidos e pontos de corte segundo a escolaridade foram selecionadas 20 idosas cognitivamente aptas a responder o questionário

multidimensional de saúde.

A coleta dos dados primários constou de entrevistas junto às idosas com intuito de identificar a condição de saúde delas por meio de questionário multidimensional *Brazil Old Age Schedule*-BOAS, adaptado pelos membros do grupo multiprofissional de pesquisa sobre idosos-GMPI. As informações sobre a idade, tempo de institucionalização, doenças crônicas e medicamentos em uso foram obtidas mediante a utilização de formulário elaborado para a coleta dos registros dos prontuários.

O questionário BOAS⁽¹⁰⁾ é composto por 9 seções, num total de 113 questões, abordando a saúde física, utilização de serviços de saúde, atividades de vida diária, recursos sociais e econômicos, saúde mental, necessidades e problemas que afetam as pessoas idosas. Este questionário foi adaptado para as especificidades da população residente em instituição de longa permanência. Algumas atividades, como cozinhar o próprio alimento, atender ao telefone e lavar suas roupas não fazem parte das atividades rotineiras executadas por esses idosos, a maioria deles não tem sequer contato com o telefone, recebe suas refeições prontas sempre no mesmo horário, e a roupa é lavada por funcionários da instituição.

Os dados coletados foram organizados por estatística descritiva e distribuição de frequência empregando-se o programa Epi Info versão 6.01. Os resultados obtidos foram apresentados sob a forma de tabelas e gráficos e discutidos na linguagem descritiva.

As questões éticas deste estudo foram alicerçadas na Resolução n. 196/96 do Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado em 06 de março de 2008 pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná por meio de parecer consubstanciado sob o nº 475.012.08.02. As participantes foram consultadas e esclarecidas quanto à sua participação na pesquisa, sendo resguardado a qualquer momento o direito de desistir. A instituição foi comunicada quanto à viabilidade do estudo e do compromisso de manter o anonimato e autorizou a realização do estudo em suas dependências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1, visualizam-se os resultados sobre a idade, tempo de institucionalização, escolaridade, presença de tabagismo e etilismo e a situação econômica atual em comparação a quando tinha 50 anos de idade.

Tabela 1 - Distribuição da amostra de idosas residentes em instituição de longa permanência segundo as características sócio-demográficas, Curitiba-PR, 2008

Características		n.	%
Idade	65 a 69 anos	3	15
	70 a 79 anos	7	35
	80 anos ou mais	10	50
Tempo de ILPI	1 a 5 anos	7	35
	6 a 11 anos	3	15
	20 até 55 anos	10	50
Escolaridade	Analfabetas	10	50
	Ensino primário incompleto	4	20
	Ensino primário	3	15
	Primeiro grau	1	15
	Segundo grau	1	15
	Curso superior	1	15
Situação econômica atual	Melhor	13	65
	Mesma coisa	4	15
	Pior	3	20
Tabagismo	Nunca fumou	13	65
	Parou de fumar	3	15
	Fuma	4	20
Etilismo	Nunca ingeriu	13	65
	Ingere socialmente	7	35
Total		10	100

A idade média das idosas foi de 79,82 ($\pm$ 8,23) anos. A metade das idosas entrevistadas (n=10; 50%) possui 80 anos ou mais, 7 (35%) possuem entre 70 a 79 e 3 (15%) entre 65 a 69 anos. Quanto ao tempo de institucionalização, 7 idosas (35%) residem de 1 a 5 anos, 3 delas (15%) entre 6 a 11, enquanto que as outras 10 (50%) residem entre 20 até 55 anos.

Das idosas entrevistadas, a metade delas não sabe ler e escrever (n=10; 50%), e as outras 10 idosas (50%) são alfabetizadas; 10 idosas (50%) nunca frequentaram a escola, 4 (20%) possuem ensino primário incompleto, 3 (15%) ensino primário, 1 (5%) primeiro grau, 1 (5%) segundo grau e 1 (5%) com curso superior.

Sobre a atual situação econômica em

comparação a quando tinha 50 anos de idade, na Tabela 1 mostra-se que para 13 idosas (65%) está melhor, 4 (20%) acham que está a mesma coisa e para 3 (15%) está pior. Foram identificados nove tipos diferentes de trabalho que as idosas tiveram durante a maior parte de suas vidas: 7 delas (35%) eram donas de casa, 3 (15%) eram empregadas domésticas, 3 (15%) trabalharam em sítio (na roça), 2 (10%) faziam artesanato, 1 (5%) era auxiliar de cozinha, 1 (5%) cuidou de doentes no asilo, 1 (5%) estudava, 1 (5%) era professora de dança e 1 (5%) trabalhou na saúde pública.

As mulheres possuem tradicionalmente o papel de donas de casa e a responsabilidade dos cuidados com a família, em detrimento de trabalho remunerado. O atual envelhecimento populacional vem acompanhado de mudanças nas estruturas e papéis da família e nos padrões de trabalho, em que mais mulheres têm se tornado força de trabalho formal⁽¹⁾. Esses resultados sugerem que a população idosa feminina residente na instituição é, em grande parte, de idade avançada (acima de 80 anos) e analfabeta ou com baixa escolaridade. A presença de características como a pobreza, baixa escolaridade e a presença de múltiplas deficiências e doenças crônicas entre a população idosa feminina, principalmente naquelas com idades mais avançadas, as tornam frágeis e sujeitas à institucionalização⁽¹⁾.

A maioria das idosas (n=13; 65%) referiu que nunca fumou e 7 (35%) afirmaram que fumam ou já fumaram. Dessas 7, 3 delas pararam de fumar de 8 a 10 anos, e 4 ainda fazem uso de cigarro. 13 (65%) nunca ingeriram bebida alcoólica e 7 (35%) ingerem socialmente (de vez em quando). Apenas uma idosa referiu que ingeria diariamente em uma fase de sua vida em que teve problemas familiares, mas atualmente superou esses problemas e faz uso apenas socialmente.

O tabagismo é um fator de risco para diversas doenças crônicas, como a hipertensão arterial, o câncer e doenças pulmonares obstrutivas, e é visto como a principal causa evitável de doenças e morte prematura. As mudanças de metabolismo que acompanham o processo de envelhecimento aumentam a suscetibilidade dos mais velhos às doenças relacionadas ao consumo de álcool, como a desnutrição, doenças do pâncreas, estômago e fígado. Além disso, as pessoas idosas possuem maior risco de quedas e lesões associadas ao consumo de álcool e da mistura deste com medicamentos⁽¹⁾.

Na Tabela 2 apresentam-se os resultados da seção de saúde mental do questionário BOAS. Foram

utilizados os pontos de corte propostos pelos autores, que utilizam: 0 a 2 pontos (não há indicadores de demência), 3 a 5 pontos (leve) e mais de 6 pontos (severa). Para a depressão utilizam: até 7 pontos (não há indicadores), 8 a 12 pontos (leve) e mais de 13 pontos (severa). Observa-se que 6 idosas (30%) não possuem indicadores de demência, 5 (25%) há demência leve e 9 (45%) demência severa e, 13 idosas (65%) não possuem indicadores de depressão, 6 (30%) depressão leve e 1 (5%) depressão severa.

Esses resultados apontaram baixa prevalência de indicadores de depressão na amostra estudada e, por outro lado, elevada prevalência de indicadores de demência. Ressalta-se que um dos critérios utilizados para a seleção da amostra foram os escores no minixame do estado mental-MEEM acima dos pontos de corte⁽⁷⁾ sugeridos por Bertolucci e colaboradores. O *screening* cognitivo prévio à aplicação do questionário permitiu selecionar aquelas com melhor condição cognitiva para participar do estudo.

Tabela 2 - Distribuição da amostra de idosas residentes em ILPI segundo a presença de indicadores de demência e depressão, Curitiba-PR, 2008

Indicadores		n.	%
Demência	Não há	6	30
	Leve	5	25
	Severa	9	45
Depressão	Não há	13	65
	Leve	6	30
	Severa	1	5
Total		20	100

Com a realização do MEEM, a prevalência de declínio cognitivo encontrada foi de 26,47% e estas idosas foram excluídas da amostra. Ainda assim, observa-se que 14 (70%) das entrevistadas apresentaram indicadores de demência (leve ou severa), o que pode ser atribuído à baixa sensibilidade do MEEM na detecção de declínios cognitivos leves ou, por outro lado, a não utilização pelo BOAS de pontos de corte diferenciados conforme o grau de escolaridade e a elevada proporção de pessoas analfabetas e com baixa escolaridade na amostra deste estudo.

Os indicadores de depressão foram observados em 7 participantes (35%), a mesma porcentagem que possui registros dessa doença crônica nos prontuários e que realiza tratamento farmacológico. Entretanto, há

coincidência entre 5 dessas idosas que foram detectadas pelo BOAS e que realizam tratamento farmacológico. Enquanto que 2 idosas realizam tratamento farmacológico e não apresentaram sintomas detectados pelo BOAS e 2 apresentaram sintomas e não realizam tratamento farmacológico, 1 dessas últimas é a que apresentou indicadores de depressão severa. Esses resultados apontam para a importância de avaliações periódicas da presença de sinais e sintomas depressivos na população idosa, com a utilização de escalas de depressão. Isso é útil para a identificação de novos casos e para monitorar a eficácia do tratamento farmacológico e não farmacológico. A presença de sintomas depressivos causa um dano adicional e está associada a maior morbidade e mortalidade.

De acordo com a literatura, existe uma associação significativa entre os sintomas depressivos e as relações sociais. Os idosos socialmente mais integrados e satisfeitos com as relações familiares relatam menor número de sintomas depressivos. As mulheres idosas tendem a ser mais depressivas do que os homens idosos e as condições de saúde, comportamentos de risco e limitações físicas aumentam o número de sintomas depressivos. Esse autor sugere que encorajar o envolvimento social e a formação de redes amplas de suporte social para o idoso poderá ter um impacto positivo na saúde mental, especialmente naqueles que estão isolados por não terem parentes próximos, por terem baixo *status* sócio-econômico e por terem saúde precária⁽¹¹⁾.

As doenças crônicas registradas nos prontuários das participantes do estudo foram: hipertensão arterial sistêmica (n=17; 85%), dislipidemias (n=7; 35%), depressão (n=7; 35%), deficiência visual (n=6; 30%), diabetes (n=5; 25%), varizes (n=5; 25%), artrose (n=5; 25%), osteoporose (n=3; 15%), *Alzheimer* (n=3; 15%), deficiência física incluindo paralisia infantil, pé torto congênito e deformidade nos pés (n=3; 15%), esquizofrenia (n=2; 10%), hipertireoidismo (n=2; 10%), insônia (n=2; 10%), deficiência auditiva (n=2; 10%), hipotireoidismo (n=1; 5%), Parkinson (n=1; 5%) e insuficiência cardíaca congestiva (n=1; 5%).

Esses resultados são semelhantes aos encontrados no estudo Saúde, bem-estar e envelhecimento-SABE, em que as prevalências de doenças crônicas encontradas entre indivíduos idosos de ambos os sexos, foram: pressão alta (53,3%), artrite, artrose, reumatismo (31,7%), problemas cardíacos (19,5%), diabetes (17,9%), osteoporose (14,2%), doença pulmonar obstrutiva crônica (12,2%). Destaca-

se que os problemas osteomusculares (osteoporose, artrite, artrose) são mais frequentes em mulheres e as doenças crônicas pulmonares predominam nos homens. A hipertensão arterial é a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis em todo o mundo, em ambos os sexos. Nos idosos sua frequência aumenta bastante, o que leva a uma grande demanda à assistência médica para o seu controle e suas complicações, particularmente os acidentes vasculares cerebrais⁽¹²⁾.

A maior parte das idosas (n=17; 85%) faz uso de algum tipo de medicamento e 3 (15%) negaram a utilização contínua de medicamentos. Os registros dos prontuários dessas 3 idosas mostram que uma delas utiliza, quando necessário, codeína ou paracetamol e as outras duas fazem uso contínuo de medicamentos, entre eles os anticolinesterásicos. Em geral, as entrevistadas não souberam informar exatamente quais os medicamentos que estavam utilizando, e referiram o número de comprimidos, os horários aproximados (de manhã, no café, de noite, no jantar) e a finalidade (para pressão alta, para dor). Como, por exemplo, o que responderam duas delas:

Estou tomando três comprimidos de manhã e dois de tarde, mas não sei o nome.

Tomo todo dia. Não sei qual remédio é, de manhã, meio-dia e à tarde.

Na instituição os medicamentos ficam nas enfermarias e são controlados e administrados pela equipe de enfermagem.

Nos registros dos prontuários constam que todas as participantes deste estudo (100%) utilizam normalmente pelo menos 2 tipos de medicamentos. Constatou-se elevado consumo de medicamentos, a média de medicamentos utilizados é de 6,05 (mínimo=2; máximo=12). A presença de polifarmácia, isto é, a utilização de cinco ou mais medicamentos foi observada em 15 (75%) das idosas. Os medicamentos mais utilizados são: antihipertensivo (n=16; 80%), diurético (n=12; 60%), protetor gástrico (n=10; 50%), antiplaquetário (n=7; 35%), antilipêmico (n=5; 25%), antidepressivo (n=4; 20%), analgésico (n=4; 20%), hipoglicemiante (n=4; 20%), antifúngico (n=3; 15%), antipsicótico (n=3; 15%), anticonvulsivante (n=3; 15%).

O aumento da incidência de doenças crônicas entre os idosos contribui para a utilização de grande quantidade de medicamentos e, quanto mais

medicamentos são utilizados, maior é o risco de efeitos colaterais. O estudo realizado com idosos residentes em comunidade no sul do Brasil para descrever o uso de medicamentos encontrou-se a prevalência de 91% de uso de medicamentos (considerando também o consumo de chás), e 27% apresentaram polifarmácia⁽¹³⁾.

No estudo⁽¹³⁾, a polifarmácia aumentou com a progressão da idade e no gênero feminino, o que pode ser explicado por uma série de fatores incluindo o aumento da morbidade. As classes terapêuticas mais utilizadas foram: para o sistema cardiovascular (32%), para o sistema nervoso (22%) e para o trato gastrointestinal e o metabolismo (18%). O gasto médio mensal com medicamentos compromete aproximadamente um quarto da renda (23%) de metade da população idosa brasileira⁽²⁾.

Das 20 entrevistadas, 12 delas (60%) afirmaram que possuem problemas de saúde atualmente, enquanto que 8 (40%) responderam que não possuem. Entre os problemas de saúde que foram citados, a presença de dor foi a mais freqüente (n=6; 30%), seguido da doença de *Parkinson*, “azia”, ferida e “coceira no corpo”, cada um deles referido por 2 entrevistadas (16,67%). Também foram citados: fraqueza, artrose, problema de estômago, não enxerga bem, pressão alta, bronquite asmática e insônia. Embora todas as idosas entrevistadas possuíssem registros de doenças crônicas nos prontuários, os resultados mostram que, na maioria, elas referiram apenas aqueles sinais e sintomas que as incomodavam no dia da entrevista, em parte por não possuírem conhecimentos sobre as patologias.

Na Tabela 3, visualiza-se que 5 idosas (25%) referiram que sua saúde física está ótima, para 11 delas (55%) está boa e para 4 (20%) ruim. Comparando-se o estado atual de saúde com os últimos 5 anos, 12 idosas (60%) afirmam que agora está melhor, para 6 (30%) está a mesma coisa e para as outras 2 (10%) está pior. Comparando-se com as outras pessoas da mesma idade, observa-se que 16 idosas (80%) consideram que sua saúde está melhor, 3 (15%) estão a mesma coisa e 1 (5%) está pior. Esta última que considera sua saúde pior do que das outras pessoas da sua idade é portadora de diabetes *mellitus* e alegou que as outras têm mais liberdade na alimentação.

Tabela 3 - Distribuição da amostra de idosas residentes em ILPI segundo a percepção da saúde física, visão, audição, estado dos dentes, Curitiba-PR, 2008

Percepção das idosas		n.	%
Saúde física	Ótima	5	25
	Boa	11	55
	Ruim	4	20
Visão	Ótima	3	15
	Boa	10	50
	Ruim/Péssima	7	35
Audição	Ótima	3	15
	Boa	12	60
	Ruim/Péssima	5	25
Estado dos Dentes	Ótimo	5	25
	Bom	10	50
	Ruim	5	25
Total		20	100

Sobre a percepção que as idosas têm sobre sua visão, na Tabela 3 mostra-se que 3 delas (15%) responderam que está ótima, para 10 (50%) está boa, 6 (30%) referiram que está ruim e para 1 idosa (5%) está péssima. Ao serem questionadas se esse problema de visão atrapalha para fazer as coisas que elas precisam ou querem fazer, 7 (35%) responderam afirmativamente. Sobre a audição visualiza-se que 3 (15%) disseram que está ótima, 12 (60%) que está boa, para 4 (20%) está ruim e 1 (5%) refere que está péssima. E 4 (20%) afirmaram que esse problema de audição atrapalha para fazer as coisas que precisam ou querem fazer.

Esses resultados mostram diferentes percepções da visão e da audição das idosas desse estudo quando comparados aos encontrados entre idosos residentes na comunidade de Florianópolis – SC, em que 71,1% referiram que sua visão está ótima/boa, para 28,9% está ruim/péssima, para 83% a audição está ótima/boa e em 17% está ruim/péssima⁽¹⁴⁾.

Na Tabela 3 mostra-se que para 5 idosas (25%) o estado de seus dentes está ótimo, 10 (50%) referem que está bom e para as outras 5 (25%) está ruim ou péssimo. Quanto à falta de dentes, observa-se que em 14 (70%), a maioria ou todos os dentes estão faltando, enquanto que em 3 (15%) poucos estão faltando e nas outras 3 (15%) não há falta de dentes. Conforme observa-se no Quadro 1, 16 idosas (80%) utilizam dentadura, dente postiço ou ponte, e as outras 4 (20%) não utilizam. Sobre a presença de problemas dentários que atrapalham para mastigar os alimentos, 13 (65%) referiram não possuir enquanto que 7 (35%) possuem.

Esses resultados são semelhantes aos encontrados entre idosos residentes na comunidade

de Florianópolis, em que 65,2% referiram que o estado de seus dentes está ótimo/bom, 66,1% que a maioria ou todos os dentes estão faltando, 75,7% utilizam prótese dentária e 19,8% possuem problemas dentários que atrapalham a mastigação dos alimentos⁽¹⁴⁾.

No estudo realizado entre 324 indivíduos idosos de ambos os sexos residentes no bairro Partenon em Porto Alegre-RS, observou-se que 41,6% estão insatisfeitos com sua saúde bucal, 79% utilizam prótese dentária e em 63% há edentulismo (falta de dentes). O edentulismo é atribuído como parte do desgaste fisiopatológico do corpo e, também, a componentes sociais, culturais e da assistência à saúde. A boa saúde bucal facilita a ingestão e digestão, melhora a mastigação, auto-estima e comunicação (sorrir/falar), contribuindo para melhor qualidade de vida das pessoas idosas⁽¹⁵⁾.

No Quadro 1, mostram-se as tecnologias assistivas utilizadas normalmente pelas idosas. As mais utilizadas são a dentadura ou ponte (n=16; 80%), óculos ou lente de contato (n=13; 65%), bengala, cadeira de rodas e outros (n=4; 20%). No item outros foram citados o uso de aparelho ortopédico (n=1; 5%) e andador (n=3; 15%). Os apoios que as idosas referiram com maior frequência que precisavam ter ou trocar foram a dentadura ou ponte (n=9; 45%), os óculos ou lente de contato (n=6; 30%), aparelho para surdez (n=1; 5%) e a bengala (n=1; 5%).

Quadro 1 - Tipos de tecnologias assistivas utilizadas pelas idosas, Curitiba-PR, 2008

Tipos de tecnologias assistivas	usa		não usa		precisa	
	n.	%	n.	%	n.	%
Dentadura ou ponte	16	80	4	20	9	45
Óculos ou lente de contato	13	65	7	35	6	30
Aparelho para surdez	0	-	20	100	1	5
Bengala	4	20	16	80	1	5
Muleta	1	5	19	95	0	-
Cadeira de rodas	4	20	16	80	0	-
Outros	4	20	16	80	0	-

As tecnologias assistivas são equipamentos e produtos utilizados para manter ou melhorar as habilidades funcionais de indivíduos portadores de incapacidades e proporcionam benefícios ao compensar as deficiências físicas e cognitivas, restaurando e prolongando a independência deles. A utilização das tecnologias assistivas serve para melhorar a mobilidade (como os corrimãos, bengalas e andadores), facilitar a

interação com o ambiente (óculos, aparelhos auditivos) e promover a sensação de segurança física e emocional, diminuindo o risco de acidentes⁽¹⁶⁾.

Negaram a presença de incontinência urinária 13 idosas (65%), enquanto 7 (35%) afirmaram que possuem e 4 delas (25%) fazem uso contínuo de fraldas. Não foi observada a presença de sinais de incontinência (cheiro de urina) em nenhuma das idosas entrevistadas. No estudo Saúde, Bem Estar e Envelhecimento-SABE no município de São Paulo, a prevalência de incontinência urinária foi de 26,2% entre as mulheres e de 11,7% entre os homens⁽¹²⁾.

A incontinência urinária-IU apresenta elevada prevalência entre as pessoas idosas, afeta 30% dos indivíduos idosos da comunidade e até 60% daqueles internados em ILPIs e traz consequências físicas, emocionais e sociais associadas ao constrangimento e isolamento social. O envelhecimento, por si só, não é causa de incontinência urinária, embora as alterações funcionais possam predispor a ela. Outras condições frequentemente associadas ao envelhecimento patológico são consideradas causas de IU, como por exemplo, a alteração do estado cognitivo no *delirium* e demências, a restrição da mobilidade por artrite, lesões osteoarticulares, insuficiência cardíaca e a utilização de medicamentos como os diuréticos, sedativos, antipsicóticos, antidepressivos e antagonistas alfa-adrenérgicos⁽¹⁷⁾.

Negaram a ocorrência de quedas nos últimos três meses 14 idosas (70%), e 6 (30%) afirmaram que sofreram alguma queda nesse período. A ocorrência de quedas em pessoas idosas é considerado um sinal de alerta de doença importante ou iminente. Possuem risco maior para quedas aqueles indivíduos com: idade superior a 75 anos, internados em ILPIs ou hospitais, incapacidade funcional, doenças neurológicas, cardiovasculares, reumatológicas, consumidores de vários fármacos e aqueles que tenham sofrido quedas anteriores.

Em estudo realizado entre idosos que sofreram quedas, as doenças osteomusculares foram as mais comuns referidas por eles, seguido da confusão mental e da incontinência urinária. Os idosos institucionalizados apresentam maior risco para quedas devido a presença concomitante de múltiplos fatores de risco. Embora nas ILPIs exista uma preocupação maior com as medidas extrínsecas (ambientais) para prevenção de quedas, existe maior prevalência das causas intrínsecas (físicas) que se referem à presença de doenças, alterações sensoriais (visão e audição) e o uso de fármacos⁽¹⁸⁾.

Em geral, as idosas participantes do estudo mostraram-se independentes para a maior parte das atividades de vida diária, conforme se mostram no Quadro 2. Todas elas (n=20; 100%) comem sozinhas sua refeição, 18 (90%) penteiam seus cabelos, deitam e levantam da cama sem ajuda, 17 (85%) arrumam seu quarto e sua cama, se vestem, caminham em superfície plana e tomam banho sozinhas, e 15 idosas (75%) conseguem subir e descer escadas sem ajuda de outra pessoa. As atividades que exigem maior apoio são: sair da instituição utilizando um transporte, como ônibus, van ou táxi (n=7; 35%), sair da instituição para curtas distâncias, como caminhar pela vizinhança (n=7; 35%) e cortar as unhas do pé (n=6; 30%).

Das atividades que as idosas costumam realizar no seu tempo livre no Quadro 3 observa-se que as citadas com maior frequência foram: recebe visitas (n=19; 95%), vai à igreja ou serviço religioso (n=18; 90%), assiste televisão (n=17; 85%), ouve rádio (n=12; 60%) e sai para passeios longos, como excursão (n=11; 55%). Outras atividades realizadas pelas idosas incluem: anda pelo bairro (n=9; 45%), faz artesanato, costura, bordado, tricô (n=9; 45%), vai a festas, ao cinema, ao teatro (n=8; 40%), sai para visitar os parentes (n=8; 40%), faz alguma atividade para se distrair, como jogos de carta, bingo, xadrez, jardinagem (n=8; 40%). As atividades citadas com menor frequência foram: sai para encontro social ou comunitário (n=6; 30%), lê revistas e livros (n=5; 25%), outros (n=5; 25%), lê jornal (n=4; 20%), vai a jogos de esportes (n=1; 5%) e pratica algum esporte (n=1; 5%).

Quadro 2 - Distribuição das idosas segundo o grau de independência para as atividades de vida diária, Curitiba-PR, 2008

Atividades de vida diária (AVDS)	Realiza sozinha		Não realiza sozinha	
	n.	%	n.	%
Comer sua refeição	20	100	0	-
Pentear seus cabelos	18	90	2	10
Deitar e levantar da cama	18	90	2	10
Arrumar seu quarto, sua cama	17	85	3	15
Vestir-se	17	85	3	15
Caminhar em superfície plana	17	85	3	15
Tomar banho	17	85	3	15
Ir ao banheiro em tempo	17	85	3	15

Continua

Continuação

Subir/descer escada	15	75	5	25
Sair da instituição utilizando um transporte (ônibus, táxi)	7	35	13	65
Sair da instituição para curtas distâncias	7	35	13	65
Cortar as unhas do pé	6	30	14	70

Quadro 3 - Distribuição das idosas segundo as atividades que realizam no tempo livre, Curitiba-PR, 2008

Atividades	Participa		Não participa	
	n.	%	n.	%
Recebe visitas	19	95	1	5
Vai à igreja (serviço religioso)	18	90	1	10
Assiste televisão	17	85	2	15
Ouve rádio	12	60	8	40
Sai para passeios longos (excursão)	11	55	9	45
Anda pelo bairro	10	50	10	50
Sai para visitar os amigos	9	45	11	55
Artesanato, costura, borda, tricota	9	45	11	55
Vai a festas, ao cinema, teatro	8	40	12	60
Sai para visitar os parentes	8	40	12	60
Faz alguma atividade para se distrair	8	40	12	60
Sai para encontro social ou comunitário	6	30	14	70
Lê revistas e livros	5	25	15	75
Outros	5	25	15	75
Lê jornal	4	20	16	80
Vai a jogos (esporte)	1	5	19	95
Pratica algum esporte	1	5	19	95

As outras atividades mencionadas pelas participantes incluem: lavar roupa, rezar, escrever, desenhar com lápis de cera ou de cor, arrumar o guarda roupa e o bidê. Entre as atividades de artesanato, foi referido também fazer vassoura. Das atividades que realizam para se distrair, foi citado o jogo de paciência por duas delas e 6 idosas ressaltaram que gostam de jogar bingo. Todas as idosas do estudo (100%) referiram que praticam a sua religião.

De acordo com a resolução RDC n. 283⁽⁶⁾, a

ILPI deve propiciar o exercício dos direitos humanos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais de seus residentes. Assim, o atendimento integral institucional envolve a moradia, higiene e alimentação, entretanto apenas isso é insuficiente para garantir o adequado apoio necessário ao bem-estar dessa população, pois o envelhecimento, principalmente, quando associado a doenças crônicas, dependência e incapacidade envolve demandas complexas.

CONCLUSÕES

A amostra desse estudo foi composta por aquelas idosas com melhores condições cognitivas, selecionadas por meio do *screening* cognitivo. Deste modo, pode-se inferir que a população total apresenta maior prevalência de condições limitantes ou incapacitantes para as atividades de vida diárias.

As condições de saúde podem trazer amplas repercussões na vida dos idosos, principalmente na presença de doenças crônicas. Sabe-se que as doenças crônicas podem levar a deficiências nos órgãos do corpo e à incapacidade, consequentemente afetando a realização das atividades de vida diária e a participação social. Por isso, a atuação do profissional enfermeiro almeja manter ou restaurar a independência, utilizando-se para isso dos conhecimentos de gerontologia.

Ao revelarem-se as características da estrutura multidimensional de saúde contribuimos para a identificação de potencialidades e necessidades para guiar o planejamento e execução da assistência gerontológica multiprofissional. Levando em consideração esses aspectos, o enfermeiro pode maximizar as potencialidades, utilizar-se de medidas ambientais para compensar deficiências (como as tecnologias assistivas) e prevenir acidentes.

Além disso, a valorização dos aspectos pessoais facilita o controle e enfrentamento das doenças. Os aspectos da satisfação pessoal poderão ser promovidos trazendo contribuição positiva para a sensação de bem-estar, controlando os sinais e sintomas e incentivando e facilitando o engajamento dos idosos em atividades que promovam o envolvimento com a família e a comunidade.

A utilização de escalas para avaliação, tais como, o miniexame do estado mental, a escala de depressão geriátrica e das atividades de vida diária são instrumentos úteis e fornecem parâmetros quantitativos para a monitorização da eficácia terapêutica. Além das informações clínicas, os aspectos subjetivos

retratam a percepção individual dos idosos sobre sua saúde e sua valorização na assistência gerontológica e melhora na sensação de bem-estar.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
2. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Cad Saúde Publ.* 2003 Mai/Jun;19(3):735-43.
3. Pereira RJ, Franceschini SCC, Priore SE, Cotta RMM. Características demográficas e socioeconômicas da população idosa brasileira. *Mundo da Saúde.* 2005 Out/Dez;29(4):585-93.
4. Camarano AM. Condições de funcionamento e infraestrutura nas instituições de longa permanência: pesquisa IPEA. Julho, 2008. Disponível: www.ipardes.gov.br.
5. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pub.* 2007 Ago;23(8):1924-30.
6. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos. *Diário Oficial da União, Brasília*, 2005.
7. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O miniexame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
8. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975; 12(3):189-198.
9. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61(3B):777-81.
10. Veras RP, Silva SS. Questionário BOAS (Brazil Old Age Schedule) versão 2000. [acesso em 2007 Set 25]. Disponível: <http://www.unati.uerj.br>.
11. Ramos M. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. *Rev Dep Psicol UFF.* 2007 Jul/Dez;19(2):397-410.
12. Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
13. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região sul do Brasil. *Rev Saúde Publ.* 2005 Dez;39(6):924-9.
14. Benedetti TB, Petroski EL, Gonçalves LT. Perfil do idoso do município de Florianópolis. Relatório final de pesquisa. Florianópolis: Pallotti; 2004.
15. Ritter F, Fontanive P, Warmling CM. Condições de vida e acesso aos serviços de saúde bucal de idosos da periferia de Porto Alegre. *Boletim da Saúde.* 2004 Jan/Jun;18(1):79-85.
16. Mello MAF. O uso de tecnologia assistiva por idosos. In: Moraes EN, organizador. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia.* Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p. 609-21.
17. Maciel A, Meira MA, Dias RC, Marques LM. Incontinência urinária. In: Moraes EN, organizador. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia.* Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p. 423-37.
18. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Junior MLC. Quedas acidentais em idosos institucionalizados. *Acta Paul Enferm.* 2002 Jul/Set;15(3):51-9.